

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Neplodnost a její psychický dopad na partnerský vztah

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Mgr. Antonín Dolák, PhD.

Vypracoval:
Bc. Jana Ševčíková

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Neplodnost a její psychický dopad na partnerský vztah“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce. Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne 28. 2. 2012

.....

Jana Ševčíková

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Mgr. Antonínu Dolákovi, PhD. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Také chci poděkovat párům, které mi poskytly své výpovědi o jejich cestě za dítětem a to přes to, že pro ně prožívat vše znovu muselo být často velmi zraňující.

Jana Ševčíková

OBSAH

ÚVOD	6
1 RODINA	7
1.1 PROMĚNY TRADIČNÍ RODINY	7
1.2 FUNKCE MODERNÍ RODINY.....	9
1.3 PILÍŘE PARTNERSKÉHO VZTAHU	11
1.4 MATEŘSTVÍ.....	13
1.5 OTCOVSTVÍ.....	14
1.6 DOBROVOLNÁ BEZDĚTNOST	17
2 NEPLODNOST	19
2.1 PŘÍČINY NEPLODNOSTI NA STRANĚ ŽENY	20
2.2 PŘÍČINY NEPLODNOSTI NA STRANĚ MUŽE	23
2.3 NEPLODNOST A PSYCHIKA.....	25
3 ASISTOVANÁ REPRODUKCE	33
3.1 METODY ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	34
3.2 FINANČNÍ NÁKLADY NA LÉČBU NEPLODNOSTI	39
3.3 PSYCHICKÉ DOPADY NEÚSPĚŠNÉ LÉČBY	40
4 ADOPCE	42
5 NEPLODNOST A SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA	46
6 PŘÍPADOVÉ STUDIE NEPLODNÝCH PÁRŮ	50
6.1 CÍL PRÁCE	50
6.2 POUŽITÁ VÝZKUMNÁ METODA	51
6.3 VÝBĚR JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADŮ.....	51
6.4 KAZUISTIKA Č. 1: MARKÉTA A LUBOŠ	52

6.5	KAZUISTIKA Č. 2: PETRA A MIREK	57
6.6	KAZUISTIKA Č. 3: LENKA A SLÁVEK.....	60
6.7	KAZUISTIKA Č. 4: KLÁRA A MAREK.....	62
6.8	ANALÝZA DAT Z MEDICÍNSKÉHO HLEDISKA	65
6.9	ANALÝZA MUŽSKÉHO POSTOJE K LÉČBĚ	66
6.10	ANALÝZA ŽENSKÉHO POSTOJE K LÉČBĚ	68
6.11	ANALÝZA PARTNERSKÉHO VZTAHU	69
6.12	ETICKÝ PŘÍSTUP ZDRAVOTNÍKŮ K NEPLODNÉMU PÁRU.....	70
6.13	MOŽNÝ PŘÍNOS DIPLOMOVÉ PRÁCE PRO PRAXI.....	71
ZÁVĚR.....		73
RESUMÉ.....		75
ANOTACE.....		76
LITERATURA		77
INTERNETOVÉ ZDROJE.....		80

ÚVOD

Jediným legitimním důvodem k založení partnerského vztahu je citové pouto mezi mužem a ženou, které by mělo přinášet oddanost, toleranci a oporu ve všech životních etapách. Jednou z nejvýznamnějších etap v životě člověka je potřeba reprodukce, zanechání stopy po svém životě a předání zkušeností svým potomkům.

Rodičovství je pro většinu mužů a žen samozřejmým a přirozeným vyústěním partnerského vztahu. Značná část partnerských párů je při pravidelném nechráněném pohlavním styku schopna počít dítě během jednoho roku. Existují však páry, jejichž cesta za vlastním dítětem je trnitá a mnohdy jen obtížně schůdná. Příčinou problému s otěhotněním je diagnóza zvaná *neplodnost neboli infertilita*.

Nemožnost počít vlastní dítě se dotýká mnoha různých aspektů lidského života. Ovlivňuje např. vlastní sebehodnocení, kvalitní prožívání každodenního života a v neposlední řadě také intimní sféru v partnerství. Páry toužící po dítěti tak mohou být stavěny před nelehká rozhodnutí, zda využít možnosti asistované reprodukce nebo zvolit např. adopci. Další možnou variantou může také být přijetí a smíření se s vlastní bezdětností a případné následné hledání smyslu života v jiných hodnotách.

Ve své diplomové práci „*Neplodnost a její psychický dopad na partnerský vztah*“ se zaměřím na páry, které prošly tímto rozhodováním. Budu zjišťovat, co všechno jsou partneři ochotni svému cíli podřídit a jakým způsobem ovlivnila tato skutečnost vztah k sobě samým a vztah vzájemný.

1 RODINA

Rodina je pokrevní a citové spojení osob, které tvoří *nejzákladnější článek všech společností* v historii člověka. Představuje sociální instituci, jejímž primárním účelem je vytvářet útočiště a ochranu před nepřehledným veřejným světem. Tedy instituci, kterou lze chápat jako nástroj, který zajišťuje společenské procesy, základní zprostředkující funkce mezi jedincem a společností. Každá rodina se vyznačuje svou osobitou kulturou, svými vlastními stereotypy, hodnotami a návyky, kde každý její člen má svou nezastupitelnou roli a význam.

1.1 PROMĚNY TRADIČNÍ RODINY

Sociologové po dlouhou dobu přicházeli s tvrzením, že rodina je příkladem „*morfostatické instituce*“, tedy takovou, která chrání své členy, nemění svůj tvar, vnitřní uspořádání a změny ve svém okolí vyrovnává. O rodině si mohl být sociální teoretik dlouho jist, že se ve svých funkcích i základní struktuře neliší významně od toho, jak vypadala na počátku naší civilizace. Toto přesvědčení trvalo až do první poloviny dvacátého století.¹

Struktura a funkce tradiční rodiny spočívala v hierarchickém a neměnném uspořádání. Hlavou rodiny byl muž, který vládl pevnou rukou, žena a děti byly v podřízeném postavení, zcela ekonomicky závislí na svém živiteli. Rodičovství bylo nejpřirozenější součástí života a soužití více generací pohromadě znamenalo samozřejmost. Je však zřejmé, že stejně jako celá společnost i rodina prochází neustálým vývojem. Nemění se pouze ve svých základních charakteristikách a funkcích, které plní, nýbrž i ve formě svého uspořádání.²

Urbanizace a industrializace jsou důsledkem změn, které proměnily nejen tradiční společnost, ale i tradiční rodinu. Rodina v postmoderní době, jak se současná společnost nazývá, prošla řadou z mého pohledu strastiplných změn. Dochází

¹ Srov. MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. Vyd. 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002, s. 14. ISBN: 80-86429-05-9.

² Viz tamtéž

k roztržiténosti vztahů, k individualizmu, který se promítá negativně jak do vztahu partnerského, tak do vztahu mezi rodiči a dětmi.

Hodnoty duchovní byly nahrazeny hodnotami materiálními, což se odráží v každodenním životě všech členů domácnosti. Jednotlivec je zaměřen více na výkon a úspěch, než na sounáležitost a rodinu. Rodičovství se stalo aktem vědomé volby. Nízká plodnost a prodlužování období bezdětnosti mezi mladými lidmi, se staly v posledních deseti letech jevem více než častým.³

Výchova dětí probíhá za poklusu, chybí dostatečný prostor pro komunikaci a naslouchání a tak se všichni ztrácíme ve své izolovanosti a opuštěnosti. Už nežijeme spolu, ale pouze vedle sebe. Děti přestávají žít v realitě a inklinují k fiktivnímu světu prostřednictvím technologií moderní doby a to jen proto, že jejich rodiče jsou tak časově vytížení, že na svoje děti nemají čas. Doba se neustále zrychluje, populace žije ve stresu, frustraci a strachu z budoucnosti. A tak se pomyslná svoboda stává krutou nesvobodou a láska se vytrácí z našich životů.

Je však jisté, že nejkrásnějším dobrodružstvím není vyhrát v loterii, mít krásný dům nebo nové auto. Nejkrásnější způsob života není být inženýrem, mít nádherného psa, zlaté rybičky a super zařízený byt! Ne, nejkrásnější dobrodružství a největší výhra je láska.⁴

Přes všechny problémy a peripetie, kterými rodina ve svém historickém vývoji prošla, zůstává i na počátku nového století nepostradatelnou a těžko nahraditelnou institucí i pro dospělého člověka, natož pro dítě.

Dnešní rodina se nepochybně nachází v jiné situaci. Již sama definice, vymezení rodiny jako „malé primární sociální skupiny“ je velmi obtížné. Tradiční kritéria přestávají platit. Především institucionální spojení zákonným manželským svazkem není nutnou podmínkou rodinného života. Výrazně přibývá soužití, kdy toto kritérium

³ Srov. HAŠKOVÁ, Hana. *Fenomén bezdětnosti*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009, s. 19. ISBN:978-80-7419-020-9.

⁴Srov. GILBERT, Guy. *Evangelium podle svatého lotra*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 56. ISBN: 978-80-7367-450-2.

naplněno není. V důsledku toho přibývá dětí, které se rodí mimo legitimní manželství, v současné době je takových dětí přibližně třetina.⁵

Je celá řada aspektů, které vedou mladé lidi k tomu, že se rozhodnou nevstupovat do manželství a žijí ve svazcích, které nejsou formálně spjaty. Pavel Raus spatřuje důvod v obavách mladých lidí z neúspěchu, tedy z rozpadu manželství, který je umocněn faktem, že každé druhé manželství se rozpadá. Podle něj je subjektivní uspokojení jednotlivce primární a zachování formy je chápáno jako přetvářka.⁶ I takováto soužití však mohou fungovat jako rodina a splňovat další znak a to je, že členové rodiny bydlí pod jednou střechou a spolupracují mezi sebou v rámci společensky uznávané dělby práce.⁷

1.2 FUNKCE MODERNÍ RODINY

Tak jako došlo k proměně rodiny, mění se i její jednotlivé funkce. Požadavky, které jsou kladeny na dnešní rodinu, neustále vzrůstají, důsledkem se pak stává skutečnost, že své funkce plní nedostatečně. Mezi základní a nezastupitelné funkce, které by současná funkční rodina měla plnit, se řadí:

- Biologicko-reprodukční funkce
- Ekonomicko-zabezpečovací funkce
- Ochranná funkce
- Sociálně-výchovná funkce
- Emocionální funkce

Biologicko-reprodukční funkce je významná jak pro společnost jako celek, tak pro jednotlivce, který je součástí rodiny. Ačkoliv podstata této funkce je neměnná,

⁵ KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 79-80. ISBN: 978-80-7367-383-3.

⁶ Ing. Pavel Raus, M.A.Clin.Psy., M.A. Theol. Vystudoval klinickou psychologii a teologii na WheatonCollge v USA. Přednáší na ETS v Praze, kde také vede katedru pastorace. Dále pracuje v neziskové organizaci Paraklétos – pomoc jednotlivcům a rodinám v problémech. Dostupný z WWW: http://www.element.cx/letaky/A3_familyFest.pdf.

⁷ KRAUS, Blahoslav, SÝKORA, Petr. *Sociální pedagogika I*. Vyd. 1. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 33.

v důsledku vlastní seberealizace a profesnímu růstu dochází ve vyspělých zemích k odkládání rodičovství, k poklesu plodnosti a porodnosti. Přesto je rodičovství v soudobé české společnosti považováno za jednu ze základních komponent identity dospělého člověka a znamená tak silnou sociální normu. Rodičovství tak může být chápáno jako nezbytná součást naplnění lidského života, případně i jako jeho poslání.⁸

Ekonomicko-zabezpečovací funkce rodiny zahrnuje řadu aspektů. Rodina je chápána jako významný prvek v rozvoji ekonomického systému společnosti. Její členové se zapojují do výrobní i nevýrobní sféry v rámci výkonu určitého povolání a současně se rodina stává významným spotřebitelem, na němž je značně závislý trh.⁹ Je také třeba zdůraznit, že základní lidské potřeby jsou uspokojovány prostřednictvím rodiny, která nově supluje úlohu sociálního státu v případě ekonomického oslabení některých svých členů v důsledku nezaměstnanosti či dlouhodobé nemoci. Intervence státu lze v takových případech označit spíše za minimální.

Ochrannou funkcí rodiny se rozumí zajištění životních potřeb všech jejích členů. Jde o pomoc a oporu, kterou danému člověku poskytne osoba, jež je mu nejbližší (sociální opora v rámci dyády, tzn. dvojice lidí) např. pomoc matky dítěti a dítěte matce, pomoc jednoho manžela druhému, vzájemná pomoc nejbližších členů rodiny.¹⁰

Sociálně výchovnou funkci rodiny lze chápat jako ústřední úlohu socializačního procesu. Styl interakce mezi rodiči (otec – matka, rodiče – prarodiče, ale i rodiče – škola atd.) působí nejen jako samostatný formativní vliv na utváření meziosobních vztahů dítěte v rodině i mimo ni, ale značně předznamenává i povahu a stabilitu vztahů v budoucnosti. Přístup rodičů k dětem, styl vedení a emoční klima mají výrazný dopad na jejich rozvoj. Cílem výchovy v rodině je tedy především utváření dovednosti orientace v životě, kultivace autonomního rozhodování a podpora v samostatnosti.¹¹

⁸ Srov. HAŠKOVÁ, Hana. *Fenomén bezdětnosti*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009, s. 109. ISBN: 978-80-7419-020-9.

⁹ KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 81. ISBN: 978-80-7367-383-3.

¹⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, s. 95. ISBN: 80-7178-774-4

¹¹ Srov. ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Vyd. 1. Brno: Paido, 1998, s. 193-194. ISBN: 80-85931-48-6

Emocionální funkce rodiny je jednou zásadní a nezastupitelnou funkcí, jakou rodina má disponovat. Žádná jiná instituce nedokáže totiž vytvořit podobné a tak potřebné citové zázemí, pocit lásky, bezpečí a jistoty, a tak podstata a smysl, nemohou být nikdy proměněny. Lze však sledovat transformaci úrovně a kvality, v jaké se rodina s požadavky této funkce vypořádává. Od 90. let minulého století lze u nás v důsledku všech změn pozorovat, že přibývá rodin, které tuto funkci plní jen s velkými obtížemi. Narůstá počet dětí citově deprimovaných, nebo i týraných.¹²

Rodina je prvním a dosti závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj, jeho vztahy k jiným skupinám lidí. Rodina dítě orientuje na určité hodnoty, vystavuje ho určitým konfliktům, poskytuje mu určitý typ podpory. Tímto způsobem osobitě zabarvuje to nejpodstatnější, co dítěti předává – sociální dovednosti, bez kterých se ono v dospělosti neobejde.¹³

1.3 PILÍŘE PARTNERSKÉHO VZTAHU

Partnerský vztah mezi ženou a mužem, lze přirovnat ke stavbě domu. K tomu, aby tato stavba byla pevná a poskytovala v budoucnu ochranu před větrem, vánicí či deštěm, je nutné vytvoření takových základů a opěrných pilířů, které budou schopny nepříznivému počasí odolat. Dobrý partnerský vztah je nejen darem života, ale především výsledkem poctivé a tvrdé práce, která nikdy nekončí. Abychom mohli jít ruku v ruce se svým partnerem i v těžkých životních situacích, musíme si osvojit celou řadu principů.

Jedním ze základních pilířů dlouhodobého partnerského vztahu je *tolerance*. Toleranci je těžké se naučit. Často vychází právě z našich životních zkušeností, z naší osobnosti a je velkou měrou dána výchovou. Je dobré brát partnera se všemi jeho

¹² KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 83. ISBN: 978-80-7367-383-3.

¹³ MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Vyd. 1. Praha: Slon, 2003, s. 8. ISBN: 80-8585-024-9.

přednostmi a vadami, stanovit si vlastní limity, ale rozhodně se nesnažit o jeho změnu či převýchovu.

Dalším a velmi důležitým aspektem, jak uvádí Matějková, je *podobný životní styl a hodnoty*. Ty lze jen velmi těžko odhalit či poznat na prvních schůzkách, k jejich poodhalení pomůže až společné bydlení partnerů. V životních postojích a hodnotách nás velmi ovlivňuje naše původní rodina, výchova a odkoukaný životní styl. Jsou zde zahrnuty každodenní maličkosti, zvyky, stereotypy, postoje, které by měli být mezi partnery v určité symbióze. Pokud jsou mezi partnery značné rozdíly, může to vést až k rozpadu vztahu.¹⁴

Své místo ve vztahu muže a ženy má také *přátelství*. Přátelství je jistota pomoci a podpory jeden druhému a snaha o pochopení partnera i v jeho odlišnostech. Po několika letech zůstává jako nosná součást vztahu, která je výsledkem respektu a tolerance mezi partnery. Přátelství je to, co dělá partnerský vztah nosným.

Jako živnou půdu vztahu lze označit *společné plány*. Umožňují partnerům žít v perspektivě budoucnosti. Dávají naplnění z pozitivních očekávání. Vyhýbání se společnému plánování je jasnou známkou konfliktního vztahu. Společné plány dávají vztahu řád a rámec, uskutečňují partnerský vztah.

Podstatným a nenahraditelným pilířem partnerského vztahu je *emocionální otevřenost*. Každý den přináší své radosti a smutky, které je potřeba sdělit svému nejbližšímu okolí. Je podstatné o svých pocitech a potřebách v partnerství otevřeně mluvit, jen tak je možné předejít osamělosti a frustraci ve vztahu.¹⁵

Vztah, který se o tyto pilíře opírá, by měl být schopen překonat všechny nástrahy a nezdary, které na něj v průběhu života čekají. Měl by oběma zúčastněným přinést pocit přijetí, bezpečí a vzájemné oddanosti. Takové klima v rodině je poselstvím pro další generace.

¹⁴ Srov. MATĚJKOVÁ, Erika. *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 21-22. ISBN: 978-80-247-1832-3.

¹⁵ Srov. MATĚJKOVÁ, Erika. *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 24, 27, 28. ISBN: 978-80-247-1832-3.

1.4 MATEŘSTVÍ

Mateřství bylo od nepaměti považováno jako nejzákladnější poslání v životě ženy. V tradiční rodině bylo postavení ženy pevně dané, úkolem ženy byla starost o domácnost, plodit děti a příkladně pečovat o ně a manžela.

Příchod feminismu přinesl ženám řadu změn a svobod, které umožnily jejich aktivní působení ve veřejném životě a vlastní seberealizaci. Žena se tak stává rovnocenným partnerem muže. Má možnost vzdělávat se na univerzitách, rozvíjet intelektuální stránky své osobnosti, budovat kariéru, cestovat a rozhodovat o tom, zda a kdy se stane matkou. Tato skutečnost přináší trend, který sociologové označují jako „*pozdní mateřství*“.

Mateřství starších žen, jak uvádí Sobotková, není již dnes novým jevem, avšak jeho příčiny jsou na přelomu 20. a 21. století zcela jiné, než tomu bylo před několika málo desítkami let. Počet starších matek se rok od roku rapidně zvyšuje. V Anglii byl v šedesátých letech průměrný věk vdané prvorodičky 24 let. V devadesátých letech je to u vdaných již 29,1 roku. Nejnovější statistiky ukazují, že téměř 10% porodů v Anglii připadá na matky starší 35 let. Obdobné údaje platí pro všechny vyspělé země. U nás je tento trend také zřejmý, ale nastupuje oproti západním zemím opožděně. Podle dostupných údajů se procento starších matek u nás pohybuje kolem 6%. Celková porodnost klesá a od roku 1994 se v České republice snižuje počet obyvatel.

Ženy, které odkládají mateřství, mají většinou vyšší vzdělání a budují nejdříve svou profesní kariéru. Další důvod pozdního mateřství lze spatřovat ve zvýšené rozvodovosti. V současnosti je mnohem více rozvedených a znovu uzavíraných manželství než dříve. Studie ukázaly, že starší matky mají velmi často mladší partnery. Matky rodící poprvé po čtyřicátém roce mají partnery průměrně o tři roky mladší. Roste také počet nesezdaných párů a počet svobodných matek.

Načasované těhotenství na určitou dobu ovlivňuje mnoho faktorů, a pro mnohé ženy to není záležitost vlastního rozhodnutí jako spíše výsledek okolností. Jednou z důležitých determinant časování mateřství je pocit emocionální připravenosti

mít dítě. Starší matky popisují pocit připravenosti jako „*emocionální zralost*“, či stabilitu, která následovala po dosažení ostatních životních cílů, kterými je nejčastěji profesní uplatnění a finanční zabezpečení.¹⁶

Skutečným důvodem pro rozhodnutí ženy otěhotnět je tlak „*biologických hodin*“, který přichází po třicátém věku ženy. Z medicínského hlediska je věk ženy zásadním ukazatelem na plodnost ženy. Ideální věk pro početí dítěte je 25. rok života ženy, pokud se však sama rozhodne pro těhotenství až po 30. roce svého věku, vystavuje se skutečnému riziku, že už přirozené početí nebude možné.

1.5 OTCOVSTVÍ

Otcovství či paternita je vztah otce k dítěti, podobně jako mateřství je vztah matky k dítěti. Otec se v ideálním případě spolu s matkou podílí na materiálním zabezpečení, výživě a výchově dítěte, utváření morálních hodnot, odhalování skrytých talentů a rozvoji osobnosti dítěte.¹⁷

Tato suchá definice, aniž by možná chtěla, vystihuje, jaké postavení v rodičovství a v očích společnosti otec má. Všimneme-li si poznámky „*v ideálním případě*“, budí to v nás dojem, že otec či otcovství je něco, co je nestabilní, nepotřebné, nespolehlivé, tedy něco, co je pouze dočasné.

Přestože se otcovství na počátku 21. století potýká s nezájmem, je zarážející, jak velká role je podle studií otců a otcovství přisuzována představě autoritářského otce v mnoha západních zemích. V 18. Století byl otec tak *dominantní osobností*, že slova rodič a otec se používala jako synonyma. Přesycení naší kultury patriarchálními představami nás přivedlo k mylnému dojmu, že tyto představy přesně odrážejí každodenní chování otců.

¹⁶ Srov. SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, s. 112-116. ISBN: 80-7178-559-8.

¹⁷ WIKIPEDIA: otevřená encyklopedie. *Otcovství*. [online]. 2011 [cit. 2011-12-27]. Dostupný z WWW:<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Otcovství>>.

Otcové ztrácejí výrazně svou pozici ve srovnání s matkami. Více než 150 let byly děti výhradně ženskou záležitostí. Zatímco muži se věnovali produkci, matky zaměstnávala reprodukce a jejich investice do dětí byla viditelnější než stejně odvedená práce otců. Velký počet dnešních dětí je naprosto závislých na své matce. Taková závislost může vyústit v potřebě za každou cenu udržet představu matky jako hodného člověka, což se může projevit také na obrazu otce. Dnešní otcové platí za tuto idealizaci mateřství způsobem, jaký nikdo nepředvídal.

Otcové se stávají *neviditelnými*. Ačkoliv se neposkvrněné početí nestalo žádnou epidemií, je běžné mluvit o „svobodných“ matkách a o rodinách „s jedním rodičem“. Skutečnost, že muži nevedou v naší společnosti tažení za právo stát se otcem spolupodílejícím se na rodinném životě, může pak vzbudit dojem, že o intimní otcovství prostě nemají zájem.

Sami muži často nevědí, co si mají pod pojmem správný otec představit. Charakterizují-li otce, volí pojmy jako je zaopatření, ochrana a opora. Vlastní hodnotu pro své děti však řadí až na konec seznamu. Přes všechny zmiňované těžkosti se začínají objevovat hnutí otců. Jde většinou o rozvedené otce, kteří bojují za střídavou péči svých dětí a rovnocenné postavení v jejich výchově.

Charlie Lewis ve svých výzkumech s novopečenými otci zjistil, že muži se jen zřídka vědomě rozhodují, zda se stanou otcem. Téměř polovina dotazovaných otců uvedla, že toto téma se svou ženou vážně neprobírala. Žena obvykle přestala užívat antikoncepci na základě svého rozhodnutí. Bristolský vědec Brian Jackson na začátku 80. let zjistil, že každý pátý muž těhotenství své partnerky rozhodně odmítal. Mužova nechuť stát se otcem je významným ukazatelem jeho pozdějšího rodičovského chování, kdy mnoho mužů zaujímá negativní či neutrální vztah ke svým dětem a manželkám, od kterých nakonec odcházejí.¹⁸

Příčinou těžkopádnosti a malé otevřenosti mužů v otázce otcovství může být skutečnost, že je rodiče na takovou roli nepřipravily. Zatímco mladé ženy jsou

¹⁸ Srov. BURGESSOVÁ, Andrienne. *Návrat otcovství: jak se stát moderním otcem*. Vyd. 1. Brno: Jota, 2004, s. 8, 26, 27, 37, 109, 110. ISBN: 80-7217-296-4.

k mateřství vedeny, mladým mužům se často doporučuje, aby odešli dobýt svět. Existuje také značný rozpor mezi načasováním mužské a ženské touhy po dětech. Ačkoli v raném středním věku se reakce srovnávají a po dětech touží téměř stejně mužů jako žen, mezi dvacátým a čtyřicátým rokem života touží muži po rodičovství ve srovnání se ženami podstatně méně. Jelikož většina dětí se rodí lidem z této věkové skupiny, zdálo by se, že mnoho mužů má děti dříve, než jsou na to skutečně připraveni.

Pokud jsou děti plánované a chtěné oběma rodiči, nastávající otcové pociťují nadšení a zakoušejí pocity vlastní důležitosti a zodpovědnosti. Těhotenství vyvolává v mnoha párech intenzivní pocit sounáležitosti a někteří otcové si ke svému nenarozenému dítěti budují velice silný vztah.¹⁹

Přestože otcovství prošlo celou řadou nelehkých změn, lze říci, že role otců ve výchově dítěte je zcela nezastupitelná. Muži mají tolik kvalitních vlastností a darů, které svým dětem jsou schopni plnohodnotně předat. Svou hravostí, touhou neustále objevovat nové věci, svým humorem a lehkostí bytí, ochranností si dokážou získat každé dětské srdce, a proto je nutné, aby zůstávali po celý čas v blízkosti svých dětí. Význam pout mezi dětmi a jejich biologickými matkami je proto stejně důležitý jako mezi dětmi a jejich otci.

Mateřskou lásku známe. Mateřskou lásku máme. Lásku otcovskou potřebujeme a hledáme ji. Důvěra otce v nás nám dodává odvahu riskovat, vzdávat se a růst²⁰

¹⁹Srov. BURGESSOVÁ, Andrienne. *Návrat otcovství: jak se stát moderním otcem*. Vyd. 1. Brno: Jota, 2004, s. 111, 113. ISBN: 80-7217-296-4.

²⁰ROHR, Richard, MARTOS, Joseph. *Cesta divokého muže*. Vyd. 1. Brno: Cesta, 2002, s. 77. ISBN: 80-7295-032-0.

1.6 DOBROVOLNÁ BEZDĚTNOST

Existují páry, které se vědomě rozhodly, že děti mít nechtějí. Jejich počet se odhaduje na 5%, v některých studiích dokonce až na 15%. Negativní stereotyp bezdětné ženy dnes již není tak silný jako dřív, kdy žena, která neplánovala děti, byla považována za sobeckou, chladnou, případně nešťastnou či citově nestálou.²¹

Přesto žena, která nepřivede na svět potomstvo, musí disponovat vnitřní silou, aby svoji bezdětnost ustála před okolím. Pořád přežívá tendence bezdětné nějak exkomunikovat ze společnosti takzvaně normálních lidí. Veřejné mínění má jistou setrvačnost a posun k větší liberalizaci ještě chvíli potrvá, a to zvláště na venkově nebo v malých městech.²²

Otázka dobrovolné bezdětnosti je však sporná. Jak ukazují výzkumy, bezdětnost je málokdy popisovaná jako jednoznačné, definitivní rozhodnutí – volba. Definitivnost se s bezdětností zpravidla pojí až u starších respondentů a to jako důsledek mnoha malých i velkých rozhodnutí, okolností, událostí a pocitů, které ve své jednotlivosti nepůsobí nijak fatálně. Mezi tyto okolnosti patří například nevhodný partner pro život, nedokončené studium, vztah se zadaným partnerem, potrat dítěte v mladém věku, ekonomická situace, bytová situace či zdravotní stav jednoho z partnerů.

Volba celoživotní bezdětnosti je tedy něčím, co činí jen málokdo. A také hranice mezi dobrovolností a nedobrovolností je často křehká, nejasná a různě překračovaná. Ačkoliv v mediálních diskusích nedobrovolná bezdětnost v zásadě splývá s biologickou neplodností a příběhy o dobrovolné bezdětnosti obsahují zpravidla rozhodnutí se pro život bez rodičovství, v problémově orientovaných rozhovorech s bezdětnými taková hranice mezi dobrovolností a nedobrovolností ztrácí na přesvědčivosti.

²¹ Srov. SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, s. 114. ISBN: 80-7178-559-8.

²² ONA DNES: *Dobrovolně bezdětná: divné, nebo normální?*[online]. 2007 [cit. 2011-12-28]. Dostupný z WWW: <<http://ona.idnes.cz/dobrovolne-bezdetna-divne-nebo-normalni/>>.

To, co lidé zpravidla volí a o co usilují, jsou děti. Usilují o to, aby se jim dítě nenarodilo v „nesprávnou“ dobu, v „nesprávných“ podmínkách a s „nesprávným“ partnerem.²³ Pokud jsou všechna tato kritéria konečně splněna, přichází vhodná doba k plánování potomka. Ženy začnou pokukovat po dětské výbavičce a muži ve své mysli řeší, jaké sporty své dítě naučí, až bude na světě. Spočítá se vhodná doba porodu, vysadí se antikoncepce a plány se začnou realizovat. Jaké je však zklamání, když otěhotnění nepřichází ani po několika dlouhých měsících plných pokusů, očekávání a propadů. Ve vztahu roste napětí, vyvstávají obavy, že se jejich sen nesplní a slovo neplodnost se stává frekventovaným pojmem v diskuzích páru.

²³ Srov. HAŠKOVÁ, Hana. *Fenomén bezdětnosti*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009, s. 126, 128. ISBN: 978-80-7419-020-9.

2 NEPLODNOST

Žijeme v době, kdy počet obyvatel naší planety neustále narůstá, přesto dochází k paradoxní situaci. V ekonomicky vyspělých zemích světa sledujeme pokles porodnosti a narůstající fenomén nedobrovolné bezdětnosti. Každý pátý pár ve fertilním věku má problém počít potomka, řada z nich tak končí ve specializovaných centrech pro léčbu neplodnosti metodami asistované reprodukce.²⁴ Pro řadu párů tak začíná běh na dlouhou trať mnohdy bez cílové pásy.

Podle definice Světové zdravotnické organizace je jako neplodnost respektive sterilita chápán stav, kdy žena i přes pravidelný nechráněný styk s frekvencí 2x týdně do jednoho roku neotěhotní.²⁵

V českých podmínkách se termín „sterilita“ označuje jako neschopnost páru otěhotnět po více než roce nechráněného styku, termín „infertilita“ pak neschopnost donosit plod, tedy „potrácivost“.²⁶ Naproti tomu se termínu „infertilita“ užívá v zahraniční literatuře pro všechno: pro neplodnost a potrácivost ženy, pro neplodnost muže i pro neplodnost páru. Má to svůj smysl, neboť rozlišení na sterilitu a infertilitu nemusí být přesné, vzhledem k tomu, že vlastně většinou nevíme, zda se vajíčko neoplodnilo vůbec nebo zda se oplodnilo, ale hned zaniklo při menstruaci.

Všechny uvedené termíny jsou sice medicínské, ale běžně se používají i v laickém jazyce. Slovo sterilita či neplodnost vzbuzuje představu něčeho, co je zcela zbaveno jakéhokoliv projevu života. Angličtina je vstřícnější a rozlišuje medicínské „sterility“ a „infertility“ a psychologické „childless“ a „child free“, což obojí znamená bezdětnost, avšak v případě prvním jde o stav,

²⁴ DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, s. 7. ISBN: 80-251-0771-X.

²⁵ BABY ONLINE: *Nemohu otěhotnět*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/neplodnost>>.

²⁶POTRÁCIVOST: je onemocnění, při kterém žena není schopna donosit nebo porodit životaschopný plod. Všeobecně se odhaduje, že 80 % všech oplodněných vajíček končí tak, že 20 % z nich je potraceno a zbytek samovolně zanikne v následujícím cyklickém krvácení, aniž by si toho žena povšimla. Po 2 samovolných potratech jsou pacientky vedeny jako infertilní. V populaci žen v reprodukčním období se odhaduje, že 4 % tvoří právě infertilní ženy. Dostupný z WWW:<<http://www.moje-rodina.cz/tehotenstvi-a-porod/pacientka-s-diagnozou-potractivost/>>.

kdy něco schází, a naproti tomu v případě druhém lze mluvit o čemsi zřejmě chtěném. U nás se také užívá termín „nedobrovolně bezdětný“ a to ve snaze postihnout onu psychologickou stránku problému.²⁷

Odhaduje se, že v průběhu svého života se s problémy infertility setká 12–15 % partnerských párů.²⁸ Příčiny je možné zjistit v 40% u muže, ve 35-40% u ženy a v 20% se nacházejí příčinné faktory u obou partnerů. V 5% zůstává příčina neplodnosti nepoznána a to i po důkladném vyšetření.²⁹

Neplodnost lze rozdělit do tří základních skupin a to na primární, sekundární a idiopatickou. O „primární“ neplodnosti hovoříme tehdy, kdy k otěhotnění ženy nedošlo nikdy. U „sekundární“ kdy v minulosti k otěhotnění došlo, ale nyní i přes pravidelný nechráněný pohlavní styk v průběhu jednoho roku k početí nedošlo. A „idiopatická“ neboli neobjasněná, kdy není ani po všech dostupných vyšetřeních odhalena příčina neplodnosti. Další dělení se pak váže k pohlaví, a dělí se na ženskou a mužskou neplodnost. V těchto kategoriích jsou specifikovány příčiny, které vedou k nedobrovolné bezdětnosti.

2.1 PŘÍČINY NEPLODNOSTI NA STRANĚ ŽENY

Ženská plodnost je ovlivněna mnohými faktory. Mnohdy se však u ženy sejde hned několik nepříznivých situací najednou, a pak je jen nepatrná naděje, že se ženě podaří otěhotnět. Pokusím se popsat některé příčiny, které lze označit za nejčastěji se vyskytující.

Jedním z nepříznivých, ale v poslední době i dost častým faktorem, bývá *věk* ženy. Podle vědeckých studií plodnost ženy skutečně s věkem klesá. Věk hraje svou roli již krátce po třicítce. Čím je žena starší, tím je pravděpodobnost otěhotnění

²⁷Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 14. ISBN: 978-80-7262-591-8.

²⁸Slepičková, Lenka. *Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2009, Vol. 45, No. 1, s. 177.

²⁹MALÝ, Zdeněk. *Cesta k vytouženému dítěti: průvodce léčbou neplodnosti*. Vyd. 1. Brno: Unica, 2006, s. 7. ISBN: neuvedeno

menší. S věkem se snižuje nejen počet vajíček ve vaječnicích, ale snižuje se i jejich kvalita a s ní i vhodnost k oplodnění. Je dokázáno, že ženy kolem dvaceti let mají kvalitnější vajíčka než ženy po třicítce. To může vést u žen ve vyšším věku k opakovaným potratům, neúspěšnému oplodnění in vitro, případně k poruše chromozomální výbavy plodu.³⁰

Mezi nejčastější gynekologické příčiny neplodnosti patří „*endometrióza*“. Endometrium je latinský název pro výstelku dutiny děložní. Jde o onemocnění, při kterém se částičky endometria nacházejí mimo dutinu děložní. Lokalizace těchto částiček nemusí být omezena jen na oblast pánve ženy, ale může se vyskytovat kromě srdečního svalu a sleziny prakticky kdekoli. Projevuje se nejčastěji bolestivou menstruací, dlouhodobými bolestmi v podbřišku či bolestí při pohlavním styku. Vyskytuje se u 20 – 50 % neplodných žen.³¹

Další příčinou může být syndrom „*polycystických vaječníků*“. Jedná se o onemocnění charakterizované poruchou menstruačního cyklu ve smyslu nepravidelné a opožděné menstruace. Pacientky se syndromem polycystických vaječníků často trpí nadváhou. V průběhu nepravidelného menstruačního cyklu mnohdy nedochází k vývoji zralého a oplození schopného vajíčka.³²

Tělesná váha ženy je podstatným faktorem ve snaze otěhotnět. Celosvětově vzrůstající výskyt obezity u žen má výrazně negativní vliv na jejich plodnost. Obezita je spojena s poruchami menstruačního cyklu a anovulací. U žen podstupující umělé oplodnění je v případě obezity jednak snížena úspěšnost léčby, jednak vyšší riziko spontánního potratu po úspěšné léčbě. Pokud má žena vysoký či naopak nízký index BMI je u ní vhodná úprava váhy. Takové ženy by měly nejdříve podstoupit konzultaci

³⁰ NAŠE PORODNICE: *Věk a ženská neplodnost*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.naseporodnice.cz/vek-a-zenska-neplodnost.php/>>.

³¹ ENDOMETRIÓZA: *Jak se endometrióza projevuje*. [online]. 2010 [cit. 2012-01-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.endometrioza.cz/co-to-je-endometrioza.php/>>.

³² Srov. BABY ONLINE: *Nemohu otěhotnět*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/neplodnost/>>.

týkající se stravovacích návyků a stresu. U žen s polycystickými vaječníky lze redukcí tělesné váhy dospět k obnovení ovulačních cyklů.³³

Poruchy štítné žlázy jsou nejčastější endokrinologickou abnormalitou u žen v reprodukčním věku. Nejčastější příčinou hypotyreózy tj. hypofunkcí štítné žlázy v reprodukčním věku je autoimunitní poškození štítné žlázy. Tyto ženy mají velmi často poruchy menstruačního cyklu, vyskytuje se u nich častěji neplodnost a těhotenská morbidita. Je dokázán i vyšší výskyt spontánních potratů, především v prvním trimestru těhotenství.³⁴

Problémy také může způsobit příliš „*hustý cervikální hlen*“. Poševní hlen má uprostřed cyklu v době ovulace velice zvláštní složení. Za normálních okolností je tekutý jako slina, aby jím mohly proplouvat semenné buňky. Vlivem onemocnění může dojít ke změně konzistence poševního hlenu, který je pak příliš hustý a tvoří tak překážku pro spermie. Seběmenší nepovšimnutá infekce této oblasti může vyřadit semenné buňky ze hry. Nepříznivé prostředí jim však může vytvořit také alergická reakce sliznice. Také ta může semenným buňkám zabránit v proniknutí k buňkám vaječným.³⁵

Vedle biologických příčin jsou příčiny *psychické*, některými přeceňované a druhými opomíjené. Vzhledem k tomu, že v oboru asistované reprodukce pracuji již sedmým rokem, přikláním se ke skupině první. Neschopnost počít přirozenou cestou vlastní dítě je z mého pohledu jedna z nejvíce zátěžových životních situací, která se dotýká ženy i muže současně. Proto budu příčinám psychickým věnovat pozornost v samostatné podkapitole s názvem „*Neplodnost a psychika*“.

Z celého výčtu příčin je zřejmé, že porucha plodnosti je způsobena celou řadou přidružených zdravotních problémů, které lze označit za nemoc a které lze i ve většině případů léčit.

³³ Srov. OSTRÓ, Alexander, PILKA, Ladislav, LEŠNÍK, František. *Reprodukční medicína: současnost a perspektivy*. Vyd. 1. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 2009, s. 10, 109. ISBN: 978-80-7182-278-3.

³⁴ Srov. OSTRÓ, Alexander, PILKA, Ladislav, LEŠNÍK, František. *Reprodukční medicína: současnost a perspektivy*. Vyd. 1. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 2009, s. 105. ISBN: 978-80-7182-278-3.

³⁵ ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti: příčiny neplodnosti, metody léčby, mimotělní oplodnění, zákony*. Vyd. 3. Praha: Grada. 2004, s. 101. ISBN: 80-247-1010-2.

2.2 PŘÍČINY NEPLODNOSTI NA STRANĚ MUŽE

V současné době je zřejmé, že muž se na neplodnosti páru podílí v přibližně 40% případů. Mluvíme o „*andrologickém*“ faktoru neplodnosti. Mužská neplodnost může mít vrozené nebo získané příčiny. Na tvorbu spermií (spermatogenezu) má negativní vliv celá řada faktorů. Důležitou z poruch je sestup varlat při narození, které významně ovlivňují tvorbu spermií v dospělosti, dále zánětlivá onemocnění varlat, nadvarlat či prostaty, komplikovaný průběh příušnic v postpubertálním věku, běžné horečnaté choroby zhoršují proces tvorby spermií až na dobu 3 měsíců, spalničky, infekční mononukleóza nebo zánět jater.

Nepříznivý vliv však mají i některé *fyzikální faktory*. Časté saunování nebo horké koupele, nošení přiléhavých oděvů nebo dlouhé sezení (např. u dálkových řidičů) mohou způsobit zhoršení tvorby spermií. Nejlepší je vždy prevence, a proto své úsilí zaměřujeme na odstranění těch faktorů, o nichž víme, že mají na tvorbu spermií nepříznivý vliv.³⁶

K fyzickým příčinám neplodnosti patří životní či pracovní prostředí, kdy se do těla dostávají látky snižující či znemožňující plodnost, jakými jsou některé *chemikálie*, zejména olovo a arsen, které se nachází i v cigaretách a také vystavení nadnormativně navýšené expozici radiace. Radiace může být uvolňovaná rovněž z podlah budov nebo se vyskytovat na pracovišti. Některé průmyslové látky spermie vyloženě poškozují, v důsledku toho má pár nejen problémy s početím, ale žena dále sklony k potratům nebo hrozí vyšší riziko narození poškozeného dítěte.³⁷

Je nutné zmínit, že někteří muži se rozhodli sami pro bezdětnost, když podstoupili sterilizaci neboli „*vasektomii*“. Jde o celkem jednoduchý chirurgický zákrok, kdy dojde k přerušení či částečnému odstranění chámovodu. Ve své praxi jsem se setkala s vasektomií převážně u zahraničních pacientů. Tento druh mužské „antikoncepce“ je velmi závažným rozhodnutím a to z důvodů, že ve většině případů jde

³⁶ NEPLODNOST: *Mužská neplodnost*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.neplodnost.org/muzska-neplodnost.html>>.

³⁷MUŽSKÁ NEPLODNOST: *Fyzické příčiny neplodnosti*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.muzskanepplodnost.cz/fyzicke-priciny-neplodnosti/>>.

o stav trvalý a nezvratný. Pokud se tedy muž rozhodne pro tento krok, je velmi důležité zohlednit tento fakt.

Jako další a velmi častá příčina mužské neplodnosti je „*erекtilní dysfunkce*“ neboli impotence. Toto selhání často nesouvisí s pokročilým věkem muže, ale vyskytuje se u mužů ve věku 35 až 65 let. Příčiny lze hledat v celé řadě aspektů, kam lze zařadit diabetes, kardiovaskulární onemocnění, rakovinu prostaty, nevhodnou životosprávu, stres, úzkost, psychické a fyzické vyčerpání.

Prvním krokem při vyšetření neplodného páru by měla být vždy analýza semene, tedy „*spermiogram*“. Protože jeho vyšetření je snadné, předchází dalšímu vyšetřování manželského páru.³⁸

Spermiogram je kvantitativní mikroskopický rozbor ejakulátu. Získává se nejčastěji pomocí masturbace do sterilní odběrové nádoby přímo v centru asistované reprodukce. Některým mužům působí klinické prostředí v tomto směru potíže. Je rovněž možné, aby muž získal ejakulát doma, jestliže ho ovšem dodá do hodiny od ejakulace a je s ním zacházeno dle pokynů lékaře. Pro většinu mužů však nepředstavuje toto vyšetření žádný větší problém, je-li místo odběru alespoň trochu důstojné.³⁹

Před samotným vyšetřením je požadována 3-5 denní pohlavní abstinence. Při vyhodnocování se androlog zaměřuje na *koncentraci* spermií v ejakulátu, na *pohyb* spermií směrem v před, který se dále dělí na progresivní, pomalý a neprogresivní. Další součástí je vyhodnocení tvaru a stavby spermií, mluvíme o tzv. „*morfológii*“, zde se rozlišují spermie s normální morfológií a morfológií patologickou. Také se sleduje velikost objemu ejakulátu, test přežívání spermií, viskozita vzorku a jeho pH.

³⁸OSTRÓ, Alexander, PILKA, Ladislav, LEŠNÍK, František. *Reprodukční medicína: současnost a perspektivy*. Vyd. 1. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 2009, s. 170. ISBN: 978-80-7182-278-3.

³⁹ Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 44-45 ISBN: 978-80-7262-591-8.

Výsledné hodnoty se pak srovnávají s manuálem WHO, který stanovuje minimální hodnoty jednotlivých parametrů ejakulátu, u nichž lze očekávat úspěšné oplození přirozenou cestou, poslední korekce byla provedena v roce 2010.⁴⁰

Aby muži přijali toto vyšetření bez problémů, je velmi nutné, aby o jeho obsahu byli předem informováni a mohli se na něj psychicky připravit. Mám však poznatky, kdy některé ženy cíleně o tomto vyšetření předem nehovoří, ze strachu, že by jej partner odmítl podstoupit. Pak však dochází k tomu, že jsou muži šokováni a odběr se nezdaří.

Stejně jako jiné nemoci mají také poruchy plodnosti svůj odraz nejen v tělesném, ale také v psychickém stavu těch, kdo se s nimi potýkají. Někdy jako rozmanitě se projevující doprovod dlouhotrvající a nejisté léčby, jindy dokonce jako "hlavní podezřelý" u těch pacientů, kde nebyla shledána žádná prokazatelná příčina nemožnosti počít vlastní dítě.⁴¹

2.3 NEPLODNOST A PSYCHIKA

Mnoho terapeutů, výzkumníků, ale i pacientů a laiků pokládá za jednu z možných hlavních příčin poruch plodnosti nějaký *psychický zádrhel*. Za dostatečný důkaz se obvykle uvádí otěhotnění po adopci, otěhotnění po první návštěvě či změně lékaře nebo po objednání na novou léčebnou proceduru, narušení dříve normálního ovulačního cyklu v okamžiku naplánování umělého oplodnění, otěhotnění po psychoterapii, psychofarmakoterapii nebo placeboterapii. To je pohled tzv. lineární kauzality. Když psychická příčina zmizí, zmizí i problém.⁴²

Často jsou psychické problémy spíše důsledkem než příčinou neúspěšné snahy o těhotenství. Při stresu se aktivují hormonální osy a do krevního oběhu se vyplavují

⁴⁰ TRÁVNÍK, Pavel, ČECH, Svatopluk. *Základy obecné a speciální embryologie pro klinické embryology*. Vyd. 1. Brno: Ybux s.r.o., 2011, s. 15. ISBN: 978-80-904697-0-9.

⁴¹ RODINA: *Neplodnost a psychika*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek8126.htm>>.

⁴² KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 24-25. ISBN: 978-80-7262-591-8.

ve zvýšené míře některé hormony, které ovlivňují nejen chování ženy, ale i její tělesné pochody. Hormon kortizol může způsobit, že žena přestane ovulovat a menstruuovat. Působí také na imunitní systém, který tlumí a to může ovlivnit proces zahánění vajíčka v děloze. Ostatní stresové hormony ovlivňují pohyblivost vejcovodů a prokrvení dělohy.

Při stresu dochází ke snížení libida a tím pádem se snižuje i frekvence pohlavních styků a šance otěhotnět. Dominující emoce, které bývají spojované se sterilitou, jsou úzkost, přecitlivělost a deprese. Úzkost a přecitlivělost ženy pramení z jejího úporného snažení. Pravidelně si měří bazální teplotu, hlídá si plodné a neplodné dny a v době ovulace vyžaduje po partnerovi pohlavní styk. Každý měsíc čeká na menstruaci, a pokud se dostaví, dále to prohlubuje její zklamání.⁴³

Postavení muže v tomto období není o nic lehčí. Přestože se může zdát, že muži prožívají neplodnost s větším nadhledem, je tlak na jejich psychiku také velmi silný. Rozdíl je jen v nižší míře projevení emocí. Muži jsou zaskočeni emocionálním kolapsem své partnerky, a přestože je to trápí, nejsou mnohdy schopni adekvátní reakce a pomoci. Důležitým aspektem je, jakým způsobem oba partneři tuto nepříznivou životní etapu zvládnou a jak spolu umějí komunikovat.

Problematika zvládání těžkých situací je v psychologické literatuře tradována pod termínem „coping“. Termín je odvozen od řeckého „kolaphus“ – rána uštědřená protivníkovi v boxu. Tím, kdo tuto ránu dává, je člověk, který se do těžké životní situace – do stresu – dostal. Tím, na co je tato rána zaměřena, je nejčastěji těžkost, která daného člověka do stresu dovedla tzv. stresor.⁴⁴

Jsou páry, které společně sdílený problém a trápení sblíží a jejich vztah se utuží. Pokud se pro jednoho z partnerů stane neplodnost obsesí, může nastat partnerská krize a vzájemné odcizení. Dostavuje se deprese, hněv, vzájemné obviňování a postupné rozklížení vztahu. Je určitě zapotřebí vyhledat pomoc odborníků z řad psychologů,

⁴³BABY WEB: *Neplodnost a psychika*. [online]. 2009 [cit. 2012-01-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a1500-Neplodnost-a-psychika.aspx>>.

⁴⁴KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. s. 69. ISBN: 80-7178-774-4

terapeutů, kvalifikovaných lékařů, kteří se zabývají asistovanou reprodukcí. Vhodné je také konfrontovat svoje pocity a názory s lidmi, kteří mají stejnou zkušenost prostřednictvím diskusních fór na internetu. Zabezpečit si dostatečné množství informací o všech dostupných metodách asistované reprodukce, o klinikách, které se touto problematikou zabývají, hledat své vlastní strategie pro odbourávání stresu, komunikovat s nebližšími a nevzdávat se beznaději a frustraci.

FRUSTRACE

Frustrace, pojem odvozený od latinského slova „*frustra*“ (marně), znamená zmaření potřeby. Jde vlastně o pocity a vnitřní stavy, které taková situace vyvolává. Jedinci, usilující o dosažení určitého cíle, se do cesty postaví vážná překážka, která maří realizaci potřeby anebo znesnadňuje její naplnění. Něco si přejeme, po něčem toužíme, chceme toho dosáhnout, není to však snadné a někdy se to ukáže být zcela nedosažitelné. Cesta k cíli bývá vždy lemována překážkami a některé mohou být i takové, že je prostě zdolat nelze. Překážky nám může klást samo prostředí a to jak fyzické, tak sociální.⁴⁵

V životě se každý člověk setká s těžkostmi menšími či většími. Ne každý si však tuto skutečnost připustí a začne „nakukovat přes plot“ k sousedovi, kde se vše jeví šťastnější a bezproblémovější. Zdá se nám, že ostatním se daří lépe, vše jim vychází a na co si ukáží, to mají hned. To je však zkreslený pohled, problémy sice nejsou mezi všemi rozděleny rovnoměrně a spravedlivě, ale každý má svou „Pandořinu skříňku“⁴⁶, s kterou se v určitých fázích života potýká a vyrovnává.

⁴⁵ ŠTĚPANÍK, Jaroslav. *Umění jednat s lidmi 3: stres, frustrace a konflikty*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 11. ISBN: 80-247-1527-9.

⁴⁶ PANDORINA SKŘÍŇKA má původ v řecké mytologii. Pandora byla žena, kterou stvořil na Diův rozkaz Héfaistos, aby lidé byli potrestáni za to, že jim Prométheus přinesl oheň ukradený z Olympu. Pandora ze zvědavosti odklopila víko skříňky obsahující rozmanité strasti a mezi lidi, do té doby šťastné, se rozlétklo zlo. DOSTUPNÝ Z WWW:<<http://www.dejepis.com/index.php/>>.

S různě velkou a různě významnou nepřízní osudu se každý člověk setkává denně a každý den hledá cesty, jak se s ní vyrovnat.⁴⁷ Mnohé z frustračních a traumatizujících událostí nemůžeme vlastní vůlí zásadně ovlivnit ani změnit. Nemůžeme zastavit čas, ani zastavit nevyлéčitelnou chorobu. Můžeme ovšem reagovat tak, abychom situaci co nejlépe zvládli a usnadnili její překonávání nejen sobě, ale také ostatním, kterých se týká.⁴⁸

Nenaplněná touha po dítěti je jednou z nich. Zasahuje do života radikálně a nekompromisně. Podstatné však je, jak velká je ona touha. Pokud pár chce mít miminko jen malinko, pak jej neúspěch na cestě za ním asi příliš trápit nebude a zvládne ho snadno. Těžší to má ten, kdo chce mít dítě hodně a touha po něm se stane jedinou metou v životě.⁴⁹ V takovém případě se dostavuje vztek, napětí a zklamání z neúspěchu, přichází snaha o vyřešení neřešitelné situace, organismus se frustraci brání. Nejčastěji je tento stav řešen agresí, ať už slovní, kdy postižený nadává na příčinu frustrace, na svět a na všechno kolem sebe anebo agresí namířenou přímo proti něčemu či někomu. Může dojít k poškozování věcí, ubližování někomu druhému, či dokonce sebepoškození.

Jako obrana před frustrací člověku slouží některé v minulosti osvědčené obranné mechanismy, ty lidem pomáhají cítit se méně nepříjemně a lépe zvládat náročné životní situace. Tyto techniky jsou odvozené ze dvou základních reakcí na stres z agrese a úniku. Mezi nejčastější patří tyto obranné mechanismy:

- *Racionalizace* je rozumové zdůvodnění toho, proč jsme neuspěli.
- *Kompenzace*, náhrada nedosažitelného něčím snadnějším, co pro nás bude mít podobný význam.
- *Sublimace*, uplatnění něčeho společnosti nepřijatelného v oblasti, kde je to nejen přípustné, ale také žádané.

⁴⁷Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 195. ISBN: 978-80-7262-591-8.

⁴⁸ Srov. ŠTĚPANÍK, Jaroslav. *Umění jednat s lidmi 3: stres, frustrace a konflikty*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 18. ISBN: 80-7178-774-4978-80-247-1527-8.

⁴⁹ Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 196. ISBN: 978-80-7262-591-8.

- *Projekce*, nápady a myšlenky, které jsou pro nás nepříjemné, přisoudíme někomu jinému.
- *Regrese* tedy infantilní kompenzace, např. útěk k osobě s mateřským chováním.⁵⁰

Přehled studií zabývajících se osobními charakteristikami lidí nadějněji bojujících s životními těžkostmi, dává v současné době již možnost uvažovat o určitém osobnostním rysu, který byl nazván “osobnost s vyšší mírou zdraví“. Jejimi nejvýraznějšími rysy jsou představa o vlastní schopnosti řídit chod dění, optimismus a nezdolnost. Na straně druhé je možno pozorovat, že na základě psychologických studií existuje osobnostní rys zvaný „osobnost se sklonem k nemocem“. Lze ji charakterizovat pesimismem, depresivitou, hostilitou a zlostí. Tyto osobnostní rysy jsou obecnými dispozicemi k tomu, jednat určitým způsobem v poměrně široké paletě různých zátěžových situacích.⁵¹ Dále trávající frustrace a nenaplnění tužeb a cílů vede k závažnému psychickému stavu, který nazýváme deprese.

DEPRESE

Deprese je jako hustá, temná tma.⁵² Je to nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení. Zasahuje jak toho, kdo jí onemocněl, tak celou jeho rodinu. Vede k pocitům ztráty smyslu života. Je jedním z nejčastějších problémů, který lidé v životě zažívají, a vyskytuje se u každého pátého člověka alespoň jednou za život. Depresí onemocní každý rok 5 % obyvatelstva nezávisle na věku. Ženy tomuto onemocnění podléhají dvakrát častěji než muži.⁵³

⁵⁰ Srov. WIKIPEDIA: otevřená encyklopedie. *Frustrace*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-18]. Dostupný z WWW:< <http://cs.wikipedia.org/wiki/Frustrace/> >.

⁵¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, s. 82. ISBN: 80-7178-74-4

⁵² VINAY, Joshi. *Stres a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, s. 86, 94. ISBN: 978-80-7367-211-9.

⁵³ PRAŠKO, Ján; BULÍKOVÁ, Barbora; SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Vyd.1. Praha: Galén, 2009, s. 7. ISBN: 978-80-7262-654-4.

Pro depresivní poruchu jsou typické prožitky smutku, ztráty energie, schopnosti se soustředit, snížení výkonnosti, ztráta sebedůvěry, zpomalené psychické tempo. Smutek se může měnit od lehkého pocitu sklíčenosti až po úplné zoufalství. Pocit ztráty energie může být lehký, nebo může dojít do takového stupně, že člověk je schopen jen ležet a nehýbat se. Pocity vlastní nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem, zpočátku cizím, postupně i nejbližším. Soustředění na aktivitu je zhoršené, pozornost je odváděna depresivními myšlenkami. Od běžného smutku či rozladěnosti se liší tím, že je intenzivnější, trvá déle a nepříznivě ovlivňuje výkonnost nemocného.⁵⁴

S jejím vznikem velmi úzce souvisí stres. V běžné řeči se o stresu hovoří jako o události nebo sledu událostí, které obvykle způsobují reakci v podobě „distresu“ (špatného stresu), ale někdy také jako o vypjaté situaci, která vede k pocitu radostné nálady, tedy „dobrého stresu“. Lidé, kteří zažívají velké množství životních stresů, jsou vznikem deprese mnohem více ohroženi, a ti kdo již depresi mají, zažili s velkou pravděpodobností nějaký závažný stres v nedávné minulosti.⁵⁵

Spouštěčem depresivní poruchy se stávají vážné životní události jako je například úmrtí v rodině, ztráta či změna zaměstnání, problémy ve vztazích, onemocnění, neplodnost a její léčba, odchod dětí z rodiny, menopauza, odchod do důchodu.

Některé typy deprese se častěji objevují v určitých rodinách, což může znamenat, že je zde přítomna vrozená biologická zranitelnost. Nanejvýš pravděpodobné je to u maniodepresivní poruchy⁵⁶. Zdá se však, že ne každý, kdo zdědil zranitelnost

⁵⁴ PRAŠKO, Ján. *Co je to deprese a jak se léčí: stručný průvodce pro pacienty*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999, s. 5. ISBN: 80-7254-030-0.

⁵⁵ Srov. VINAY, Joshi. *Stres a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, s. 86, 94. ISBN: 978-80-7367-211-9.

⁵⁶ MANIODPRESIVNÍ PSYCHÓZA: neboli bipolární afektivní porucha je velmi vážné psychické onemocnění, kterým trpí 1% světové populace. Jak již samotný název napovídá, u člověka trpícího touto poruchou dochází ke střídání pocitů nekontrolovatelné radosti a vitality – mánie a pocitů smutku a prázdnoty – deprese. Tyto stavy se střídají a objevují se v nepravidelných časových intervalech, kdy postižený může být v klidovém stádiu i několik let.

DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.vylecit.cz/1034/maniodepresivni-psychoza/>>.

v maniodepresivní poruše, jí také onemocní. Pravděpodobně zde hrají roli další faktory, zejména stresující zážitky a prostředí, které spouštějí začátek nemoci.⁵⁷

Podle zjištění několika psychologů hrají důležitou roli při vzniku deprese také iracionální představy a myšlenky, které pacienta děsí, i když k nim nejsou faktické podklady. Spoluúčinkují také psychologické faktory jako sebehodnocení, existence či neexistence sociální opory, pocity beznaděje a bezmoci i představy o tom, zda pacient může, či nemůže něco dělat proti tomu, co se děje.⁵⁸

Deprese je u většiny lidí léčitelné onemocnění. Pokud není léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu, což následně vede ke vzniku dalších onemocnění. I když depresi člověk prožívá trýznivě, lze ji dobře léčit antidepresivy, psychoterapií, fototerapií⁵⁹ nebo elektrokonvulzivní léčbou.⁶⁰

Sama neplodnost a její léčba je, jak jsem již zmiňovala, velkou psychickou zátěží, která pokud není vhodným způsobem zpracována, může vést k rozvoji těžké deprese. Bylo prokázáno, že míra stresu neplodných pacientů se rovná stresu pacientů s rakovinným onemocněním. Některé páry pokládají za největší psychickou hrozbu strach, zejména z toho, že nikdy nebudou schopni přivést na svět své vlastní dítě.

⁵⁷ Srov. PRAŠKO, Ján. *Co je to deprese a jak se léčí: stručný průvodce pro pacienty*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999, s. 8. ISBN: 80-7254-030-0.

⁵⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, s. 187. ISBN: 80-7178-74-4

⁵⁹ FOTOTERAPIE je vědeckou medicínou uznávaná metoda, určená k léčbě depresí a s ní spojených poruch spánku, používaná i v jiných oborech (neonatologie, hojení ran, rehabilitace, lázeňství). Léčba probíhá často ambulantně u psychiatra případně psychologa. Stejně tak je možné si lampu zakoupit. Alternativně se podobná metoda používá také k předcházení Jet-lagu (problémy se spánkem způsobené přeletem do vzdáleného časového pásma). Mnohé letecké společnosti nabízí svým pasažérům na dlouhých tratích speciální pokrývky hlavy, na kterých je umístěný zdroj světla. DOSTUPNÝ z WWW: < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Fototerapie/> >.

⁶⁰ ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA je účinná a bezpečná léčba pro pacienty s psychiatrickým onemocněním bez věkového omezení. Jedná se o aplikaci střídavého proudu do mozku ze sítě přes speciální přístroj, v němž se proud transformuje z 220 V na 60 V, doba průtoku mozkem je 0,1 až 0,4 s přes elektrody přiložené na spánkovou krajinu, za použití krátkodobé celkové anestezie. Výkon je prováděn za přítomnosti anesteziologa, anesteziologické sestry, psychiatra a proškolené sestry 2-3krát týdně v celkovém počtu 4-10 šoků. DOSTUPNÝ z WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/elektrokonvulzivni-lecba/> >.

Když páry, které se snaží o otěhotnění, zjistí, že jsou neplodné, obvykle zpanikaří a nejdříve skutečnosti nechtějí věřit, odmítají ji. Pravdu vytlačí ze své mysli a slovu neplodnost se snaží všemocně vyhnout. Postupem času dojde ve většině případů k přijetí pravdy. Pokud však dojde k odmítnutí reality, výsledkem může být zhoršení původní diagnózy a nutnosti náročnější léčby. Tento stav pak opět jen zvýší psychické napětí.⁶¹

Pokud muž a žena přijmou diagnózu neplodnosti za svou, čeká je zásadní rozhodnutí a to jakým směrem a cestou se budou ubírat dál. Dá se říci, že jsou možné pouze tři cesty. Léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce, adopce či pěstounská péče a v poslední řadě již zmíněná „dobrovolně“ „nedobrovolná“ bezdětnost.

⁶¹ Srov. DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, s. 70. ISBN: 80-251-0771-X.

3 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Jestliže víra či jiné morální aspekty nepřekážejí páru vydat se cestou asistované reprodukce, pak ji s největší pravděpodobností zvolí. Je vhodné podotknout, že tato cesta může být přes veškeré odhodlání dlouhá, psychicky vyčerpávající a finančně značně náročná. Prvním krokem je jistě nutný pečlivý výběr centra, který se asistovanou reprodukcí zabývá, dále určení si limitů, kam je pár ochoten zajít, tj. kolik cyklů je schopen podstoupit a kolik finančních prostředků je ochoten vynaložit.

Obor asistované reprodukce je velmi progresivní ve svém vývoji a postupech. Vzhledem k složitosti všech metod je velmi důležitá správná a srozumitelná komunikace ze strany zdravotníků k neplodným párům. Ta jim má zprostředkovat vzhled do dané problematiky a co nejlepší pochopení všech zákroků a metod. Jelikož nechtěná bezdětnost přináší silnou psychickou zátěž, komplexní odborné konzultace, jejímž obsahem by měly být psychologické a sociální otázky, je zcela na místě. Takové poradenství by mělo být součástí každého centra a měli by se ho účastnit lékaři, zdravotní sestry či profesionální konzultanti.

Poradenství by mělo probíhat před vyšetřením, v průběhu celého vyšetřování a léčby, ale také po léčbě a to bez ohledu na výsledek. Pacienti by měli mít možnost se svobodně rozhodovat o plánované léčbě na podkladě informací podložených lékařskými důkazy. Informace z pohovorů je vhodné doplnit texty s obrázky nebo prostřednictvím audiovizuální techniky.⁶² Jen tak je možné, aby pacienti pronikli do pro laika velmi složitého procesu a měli možnost se rozhodnout pro nejefektivnější metody asistované reprodukce s přihlédnutím na své ekonomické možnosti.

Metody asistované reprodukce zahrnují celou řadu moderních technologických postupů, při kterých jsou vajíčka odebírána z vaječníků, oplodněna mimo ženské tělo a následně zavedena - transferována do dělohy. Asistovaná reprodukce může být použita u žen s poškozenými vejcovody, endometriózou, v léčbě neplodnosti žen

⁶² Srov. OSTRÓ, Alexander, PILKA, Ladislav, LEŠNÍK, František. *Reprodukční medicína: současnost a perspektivy*. Vyd. 1. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 2009, s. 10. ISBN: 978-80-7182-278-3.

z důvodu věku i u případů nevysvětlitelné neplodnosti. Asistovaná reprodukce bývá rovněž použita u neplodnosti mužské.⁶³

Je dobré poukázat na první „dítě ze zkumavky“, kterým byla Angličanka Luisa Brownová, narozená již v roce 1978. U nás se metodou asistované reprodukce narodilo první dítě v roce 1982, zákrok tehdy v Brně provedl tým pod vedením prof. MUDr. Ladislava Pilky, DrSc., a to metodou GIFT⁶⁴, kterou profesor Pilka se svým týmem vyvinul. Ve východním bloku jsme byli jako první země.⁶⁵ Od této doby došlo k velkému posunu a rozvoji používaných metod, které každoročně zvyšují procento úspěšnosti asistované reprodukce, ta činí přibližně 40 - 50% klinických gravidit.

3.1 METODY ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Neplodnost je problém postihující velmi intimní oblast partnerů. Z tohoto důvodu musí být léčba naprosto individuální a měla by probíhat v atmosféře vzájemné důvěry. Partnerská dvojice musí být podrobně informována o všech aspektech léčby. Po vyhodnocení spermiogramu, analýze hormonů, gynekologickém a ultrazvukovém vyšetření je možno sestavit plán léčby s konkrétními hormonálními léky a časovými údaji, včetně zahájení léčebného stimulačního cyklu, odběru vajíček a s termínem transferu embryí do dělohy.

Podrobný rozpis užívání léků obdrží dvojice v den zahájení léčebného stimulačního cyklu. Aby mohlo dojít ke vzniku embrya a následnému transferu, musí žena dle rozpisu odpovědně užívat všechny předepsané léky. Ve vaječnicích tak dochází

⁶³ Srov. DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, s. 44. ISBN: 80-251-0771-X.

⁶⁴ GIFT (gamete intrafallopian transfer) prvotní, dnes již téměř opuštěný postup, přenos gamet do vejcovodu, sloužil k přemostění risikového průchodu spermií ženským pohlavním traktem a umožňoval přirozený postup fertilizace in situ. Největším problémem byla nedostatečná znalost pochodů, které probíhají při průchodu spermií ženským pohlavním traktem a jsou nutné pro úspěšné oplození. Proto nebyly tyto postupy příliš úspěšné. Protože nezasahovaly podstatně do přirozených mechanismů oplození, nebyly proti nim podstatné etické námitky.
DOSTUPNÝ z WWW: < <http://www.volny.cz/bioetika/clanky/2004/2/hach.html/> >.

⁶⁵ Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 60. ISBN: 978-80-7262-591-8.

k růstu a vyžívání většího počtu folikulů s vajíčky. Odběr vajíček se musí uskutečnit těsně před tím, než nastane samovolná ovulace a uvolnění vajíček z vaječníků.⁶⁶

K odběru vajíček dochází v krátkodobé celkové anestezii, kdy se ženě punkční jehlou přes pochvu z folikulů odsají vajíčka s folikulární tekutinou. Každé nalezené vajíčko je následně zkontrolováno pod mikroskopem, po té vloženo do speciální kultivační misky, která je uložena do inkubátoru. Spermie od partnera či od dárce je zpracováno v andrologické laboratoři tak, aby ze vzorku ejakulátu pomocí zvláštní promývací metody byly získány ty nejaktivnější spermie, které se následně použijí k oplodnění vajíček.

Mezi nejjednodušší a nejméně finančně náročnou metodu umělého oplodnění patří *IUI (Intrauterinní inseminace)*. Spermie se pomocí laboratorní metody *SWIM-UP* (vycestování) promyjí a zkoncentrují. Prostřednictvím speciálního katetru se zavedou do dutiny děložní v období ovulace ženy. Jedná se o relativně jednoduchý a bezbolestný výkon, provádí se ambulantně bez anestezie. Tento typ léčby je vhodný při hraničních hodnotách spermioqramu.⁶⁷

Mezi méně náročnou metodu asistované reprodukce patří *IVF (In vitro fertilizace)*. Jde o spontánní spojení spermie s vajíčkem mimo tělo matky v embryologické laboratoři a to bez zásahu člověka. Podstata spočívá v tom, že do speciální kultivační misky, která obsahuje speciální roztok (médiu) se dají vajíčka a promyté spermie, které sami proniknou do vajíček. Druhý den se vajíčka očistí a zjistí se, zda jsou oplodněna. Vzniklá embrya jsou kultivována v laboratorních kultivačních boxech a po 3-5 dnech transferována (přenesena) do dělohy ženy.

Nejčastější a nejefektivnější metodou umělého oplodnění je metoda *ICSI (Intracytoplazmatická injekce spermii)* jde o mikromanipulační techniku,

⁶⁶ MALÝ, Zdeněk. *Cesta k vytoženému dítěti: průvodce léčbou neplodnosti*. Vyd. 1. Brno: Unica, 2006, s. 8. ISBN: neuvedeno

⁶⁷. Srov. KLINIKA REPRODUKČNÍ MEDICÍNY A GYNEKOLOGIE: *intrauterinní inseminace* [online]. 2006 [cit. 2012-01-30]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.crmzlin.cz/page/1760.intrauterinni-inseminace-iui-/>>.

kteřá umožňuje zavést jednu vybranou spermii do cytoplasmy oocytu (vajíčka).⁶⁸ Celý proces se provádí v mikromanipulátoru pod mikroskopickou kontrolou. Mikromanipulátor je přístroj, který převádí poměrně hrubé pohyby na jemné miniaturní pohyby. Do tohoto přístroje se upevní držící pipeta (skleněná trubička s kónusem o průměru 0,1 mm). Tou se přidržuje vajíčko. Menší manipulační pipetou (s kónusem o průměru 0,01 mm) se nasaje jedna spermie a vpraví se do ženské pohlavní buňky.⁶⁹ Tato metoda se používá, pokud je neplodnost způsobena mužským faktorem.

Poměrně novou metodou se stalo *PICSI (Preselected Intracytoplasmic Sperm Injection)* Jde o mikromanipulační techniku umožňující vybrat v laboratorních podmínkách zralou spermii. Využívá se při ní Petriho miska speciálně ošetřená vrstvou hyaluronanu. Tato látka je důležitou součástí mezibuněčné hmoty obalů vajíčka a právě vazba spermie na hyaluronan má pro oplození zásadní význam. Tento test tak umožňuje vybrat embryologovi nejvhodnější spermii a oplodnit jí pomocí intracytoplasmatické injekce vajíčko.⁷⁰

Velký posun v embryologii přinesla metoda *PGD (preimplantační genetická diagnostika)* Její podstatou je genetické vyšetření embrya ještě před jeho transferem do dutiny děložní. Tato technika je vlastně diagnostickým testem pro vyloučení známých genetických vad nebo chromozomálních abnormit. Vyšetření je provedeno po mikromanipulačním odběru jedné nebo dvou buněk z osmibuněčného embrya. Tyto buňky jsou následně geneticky vyšetřeny. Embryo se tímto zákrokem nepoškodí, neboť každá buňka v tomto stádiu je schopna samostatného vývoje. Nejčastější indikací pro preimplantační genetické vyšetření bývá chromozomální porucha u některého

⁶⁸ Srov. K GARDNER, David; WEISSMAN, Ariel; M HOWLES, Colin; SHOHAM, Zeev. *Textbook of Assisted Reproductive Technologies: laboratory and Clinical perspectives*. New York: Informa Healthcare 2009, 171 s. ISBN: 13-9780415448949

⁶⁹ LÉKAŘI ONLINE: *Intracytoplazmatická injekce spermií- ICSI* [online]. 2006 [cit. 2012-01-30]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-neplodnosti/zakroky/injekce-spermii-icsi>>.

⁷⁰ Srov. SANATORIUM PRONATAL: *Embryologie*. [online]. 2008 [cit. 2012-01-30]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.pronatal.cz/pages/pece-embryologie-mimotelni-oplodneni.php/>>.

z rodičů, porod dítěte s vrozenou vývojovou vadou, vyšší věk ženy, neúspěšné předchozí IVF cykly a opakované potraty.⁷¹

Pokud je příčinou neplodnosti andrologický faktor a v ejakulátu muže se nenacházejí žádné spermie, lze použít metodu *MESA (Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration)*, což je mikrochirurgický odběr spermií z nadvarlete muže. Pokud se však v nadvarleti žádné spermie nenacházejí, lze je možné získat přímo z varlat metodou *TESE (Testicular Sperm Extraction)*, kdy se chirurgicky odebere malé množství semenotvorných kanálků, kde v optimálním případě jsou spermie obsaženy. Tyto zákroky provádí urolog v celkové anestezii.

Nejsou-li spermie nalezeny, je možné využít zamrazené spermie od dárce. Darování vajíček je metoda vyvinutá pro ženy, u nichž se vlastní vajíčka nevyvíjejí nebo jejichž vajíčka nelze z různých důvodů použít, například kvůli genetické zátěži, či u žen jejichž věk přesahuje čtyřicítku. *DÁRCOVSTVÍ SPERMIÍ A VAJÍČEK* je v České republice legislativně ošetřeno a umožněno za předpokladu, že jsou splněny všechny podmínky uvedené v zákoně. Dárcovství buněk je anonymní, takže není možné, aby si pár dárce či dárkyni vybral sám. Při výběru dárce či dárkyně jsou samozřejmě zohledněny aspekty, jako je krevní skupina, fyziognomická shodnost s příjemci buněk, zdravotní způsobilost včetně genetického vyšetření a věk.

V souvislosti s tím, jak byly postupně metody asistované reprodukce zdokonalovány, bylo zjištěno, že šance na správné uhnízdění embrya může být zvýšena při *PK (prodloužené kultivaci)* embrya do stádia blastocysty.⁷² Do tohoto stádia se embryo dostává asi 5 dnů po oplození vajíčka. Před tím, než byla tato technika v roce 1999 poprvé použita, byla embrya zaváděna druhý až třetí den. Vývoj nového kultivačního média na bázi aminokyselin umožňuje nyní ponechat embrya v laboratoři podobu pěti dnů i déle, až do doby, kdy dosáhnou plné zralosti ve stádiu blastocysty. Vysoce kvalitní embrya ve stádiu blastocysty mají větší šanci na uhnízdění,

⁷¹REPROFIT: *Diagnostika a léčba neplodnosti*. [online]. 2006 [cit. 2012-01-30]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.reprofit.cz/page.php?id=25&rodic=7&lang=cz>>.

⁷²BLASTOCYSTA je dutý kulovitý útvar vzniklý koncem 5. dne embryonálního vývoje DOSTUPNÝ z WWW: <<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/blastocysta>>.

a tím pádem může být do dělohy přeneseno jedno či dvě embrya, čímž se snižuje riziko mnohočetného těhotenství.⁷³

Lidské embryo je pokryto obalem zvaným zóna pellucida, k tomu aby se embryo dobře uhnízdlilo v děložní sliznici, je zapotřebí, aby ze svého obalu „vycestovalo“. Tento proces označujeme jako hatchování. V laboratorních podmínkách se hovoří o *AH (asistovaném hatchingu)*, kdy embryolog nařízne obal embrya pomocí laseru nebo velmi jemné skleněné jehly (mikropipety) těsně před transferem (přenosem) embrya do dělohy a tímto otvorem embryo snáze vyklouzne a následně se uhnízdlí v děloze.

Při hormonální stimulaci vaječníků dozrává více vajíček, tudíž má každá žena po oplození spermii také více embryí. Z nich se jedno či dvě transferují pomocí katetru do dělohy a další zbylá embrya, jejichž vývoj je optimistický, je možné uchovat pro další přenos díky *KRYO (kryokonzervaci - zamrazení)*.⁷⁴ Pro tuto metodu jsou určena ta embrya, která jsou dobré kvality, a jejich vývoj není zastaven.

Jen taková embrya mají dispozici dát vznik těhotenství po jejich rozmrazení a metodě *KET (kryoembryotransferu)* do dělohy. Před zamrazením jsou embrya vystavena účinkům látek, které zabrání jejich poškození v průběhu kryokonzervace. Embrya jsou po skupinkách (obvykle 2-4 embrya) uložena do speciálních slámek, které jsou položeny nad páry tekutého dusíku a poté uloženy do kryonádoby naplněné tekutým dusíkem.⁷⁵ KET je metoda, která je minimálně náročná na psychický stres, nezasahuje se při něm do hormonálního systému ženy, neprobíhá žádná hormonální stimulace, není zapotřebí anestezie či punkce vajíček. Embrya se speciálním postupem rozmrazí a jeden či dva dny kultivují v kultivačním boxu, kde dochází v optimálním případě k jejich dalšímu vývoji. Poté se transferují pomocí katetru do dělohy ženy.⁷⁶

⁷³ Srov. DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, s. 48. ISBN: 80-251-0771-X.

⁷⁴ Srov. MALÝ, Zdeněk. *Cesta k vytouženému dítěti: průvodce léčbou neplodnosti*. Vyd. 1. Brno: Unica, 2006, s. 13,15. ISBN: neuvedeno

⁷⁵ PRONATAL: Embryologie. [online]. 2011 [cit. 2012-01-31]. DOSTUPNÝ z WWW:<<http://www.pronatal.cz/pages/pece-embryologie-mimotelni-oplodneni.php>>.

⁷⁶ Srov. MALÝ, Zdeněk. *Cesta k vytouženému dítěti: průvodce léčbou neplodnosti*. Vyd. 1. Brno: Unica, 2006, s. 15. ISBN: neuvedeno

V případě, že se jedná o řádný cyklus umělého oplodnění, tedy žena byla hormonálně nastimulována a proběhla punkce vajíček, je ukončena tato procedura metodou označovanou jako *ET (embryonální transfer)*. Ten pacientka podstoupí nejčastěji pátý den po odběru oocytů, kdy embrya prošla určitým embryonálním vývojem. Optimální jsou embrya ve stádiu blastocysty. Tento zákrok není bolestivý a pro pacientku náročný. Provádí se prostřednictvím katetru, do kterého jsou v malém množství kultivačního roztoku (média) nabrána jedno či dvě embrya. Katetr je ženě šetrně zaveden pochvou do sliznice v dutině děložní. Při tomto výkonu může být přítomen partner ženy, který jí, v tak pro ni významné chvíli, poskytuje psychickou oporu. Po zavedení embryí do dělohy, zůstane žena přibližně 15 minut na lehátku a poté může odejít domů. Přibližně za 14 dní si doma provede těhotenský test, jehož výsledek se následně ověří krevním testem.

S výběrem a zvolením jednotlivých metod asistované reprodukce neplodným pářům pomáhá ošetřující lékař v daném centru, který je navrhne na základě jejich anamnézy. Je nutné pár obeznámit i s cenami jednotlivých nadstandardních metod a postupů, které nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami.

3.2 FINANČNÍ NÁKLADY NA LÉČBU NEPLODNOSTI

Každá touha člověka je většinou spojena i s určitými finančními náklady. Když chce mít pěkný dům, nové auto či pěknou dovolenou, vždy ho to něco stojí a pak je odměněn dosažením cíle. Přestože touha po dítěti nejlépe vlastním je od nepaměti základní lidskou potřebou, která je obvykle naplňována bez nutnosti peněz, v případě neplodných pářů je toto pravidlo, jak již mnoho dalších, nesplněno. Finanční náklady na léčbu neplodnosti jsou značné a cíl ne vždy naplněn. Obsah peněženky či tučnost bankovního konta je tak v určité fázi poměrně významným činitelem při rozhodování o dalším postupu neplodné dvojice. Její finanční situace totiž ovlivňuje možnost podstoupit léčbu metodami, které zdravotní pojišťovny buď neproplácejí, nebo proplácejí jen v určitém rozsahu.⁷⁷

⁷⁷ Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 170. ISBN: 978-80-7262-591-8.

Některé výkony asistované reprodukce jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění na základě doporučení registrujícího ženského lékaře ženám ve věku od 18 do 39 let, přičemž věkové omezení je dáno datem narození s připočtením 364 dní. Z veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny maximálně 4 monitorované cykly se stimulací a v rámci nich nejvíce 3 cykly s přenosem embryí.⁷⁸ Zdravotní pojišťovny hradí hormonální stimulaci, odběr vajíček, metody IUI, IVF a ET.

Ostatní výše uvedené metody, tedy ICSI, PICSI, KRYOKONZERVACE, PK, AH, MESA, TESE, jsou nadstandardní a tudíž hrazeny pacienty. Přibližná částka, kterou si pár připlácí, se pohybuje okolo 30-50 tisíc korun podle zvolených metod. Pokud je však žena starší než 40 let, musí si hradit celý cyklus sama a tato částka je nemalá a pohybuje se kolem 90 tisíc korun.

3.3 PSYCHICKÉ DOPADY NEÚSPĚŠNÉ LÉČBY

Jak jsem již uvedla, úspěšnost asistované reprodukce se pohybuje kolem 40 - 50%, u žen starších 40 let je úspěšnost výrazně menší tedy pouze kolem 10%. Z těchto údajů vyplývá, že přibližně polovina cyklů je neúspěšná. Páry, které se ocitnou po všech nadějích tváří v tvář neúspěšnému cyklu buď z důvodu negativního těhotenského testu či následnému samovolnému potratu, se musí rozhodnout, zda v budoucnu chtějí a mohou si dovolit cyklus další. Musí si však připustit skutečnost, že ani nový cyklus nemusí být úspěšný.

Pokud se nedaří najít příčinu neplodnosti nebo dojde k tomu, že je jeden cyklus za druhým neúspěšný, dostaví se celá řada negativních emocí, které jsou typické pro většinu neplodných párů. První na řadě je *hněv*, který při léčbě neplodnosti pocítují jak muži, tak ženy. Emoce nemají s logikou nic společného a je proto běžné, že lidé se většinou zlobí nesprávně. Často se zlobí na sebe a své nedokonalé tělo, jindy směřují svůj hněv na partnera nebo na sebe, že odkládali založení rodiny či začátek léčby.

⁷⁸MEDICÍNA: Podmínky asistované reprodukce [online]. 2011 [cit. 2012-01-31]. DOSTUPNÝ z WWW: < <http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss/> >.

Další častým pocitem je *vina*. Lidé trpící neplodností často hledají vinu ve své minulosti. Příkladem jsou ženy, které v minulosti podstoupily přerušení těhotenství. U mužů je to pak vasektomie, případně nepodstoupení kryokonzervace spermií před chemoterapií.

Ve výpovědích respondentů, kteří poskytli své osobní zkušenosti v celé řadě publikací je nejčastěji zmiňovaná pocíťovaná *závist*. Ta se objeví kdykoliv otěhotní nějaká žena v blízkém okolí, nebo když neplodná žena uvidí kočárek s miminkem. S logickým myšlením nemá taková reakce nic společného, přesto se ženy takto smýšlející za svou závist a neschopnost projevit radost ze štěstí druhého stydí.⁷⁹

Velmi častým projevem u infertilních párů je také *smutek*. Ten je provází jako stín po celou dobu jejich snažení. Je to smutek, se kterým je neschopné se vyrovnat a který odezní až po naplnění snu v podobě dítěte.

Pro ty, jimž léčba nepřinese dítě, je rozhodnutí o pokračování či ukončení léčby velmi těžké. Někteří se rozhodnou poměrně brzy, například už po třech neúspěšných pokusech umělé inseminace. Jiní se k rozhodnutí dopracují až po letech léčby a mnoha neúspěšných pokusech IVF. Ať už se rozhodnou dříve nebo později, rozhodnutí samotné pro dvojici znamená, že se vzdávají svých snů o tom, že budou mít své biologicky vlastní dítě. Rozhodnutí je velmi psychicky náročné. Pocity beznaděje, neschopnosti a smutku jsou v tomto období zcela běžné.⁸⁰

Někteří lidé naopak pocítí značnou úlevu, protože v ukončení léčby spatřují částečně návrat k normálnímu životu a nový začátek. Mnozí se zaměří na své zapomenuté koníčky, cestování, kariéru či regeneraci partnerského vztahu, který po všech peripetiích zaznamenal značné trhliny a smíří se s životem bez dětí. A ti další, kterým nevadí, že by mohli vychovávat dítě cizí, se po určitém vydechnutí a nabrání sil zaměří na náhradní rodinnou péči.

⁷⁹ Srov. DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, s. 71. ISBN: 80-251-0771-X.

⁸⁰ DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, s. 91. ISBN: 80-251-0771-X.

4 ADOPCE

Adopce je jedna z dalších cest, jak naplnit touhu po životě s dítětem byť ne biologicky vlastním. Ale ani tato cesta není bez překážek a lze ji označit jako „cestu odvážných“. Páry, které se odhodlají vykročit tímto směrem, čeká spousta nástrah, prověrek, čekání, zásahů do nejintimnějších stránek života ze strany úředníků. Pokud se tedy rozhodnou pro adopci, musí se obrnit trpělivostí a přijmout do života prvek zvaný exhibicionismus, který se v průběhu adoptivního procesu bude určitě hodit.

Člověk patří k těm nemnohým druhům pozemských živočichů, kteří jsou schopni přijímat za vlastní mláďata svého druhu. Existují v nás nepochybně vedle biologických potřeb i síly psychické a společenské, které podmiňují touhu po dětech, přičemž tato touha, je-li velmi silná a je-li dlouho neuspokojována, může nakonec vést k přijetí „cizího“ dítěte. Spolu s rodičovstvím biologickým je tu tedy i rodičovství psychologické. Jedno s druhým rozhodně nemusí být v protikladu, nýbrž zpravidla, tj. v tak zvané normální rodině s dětmi, působí souhlasně a jedno druhé posiluje a umocňuje. Na druhé straně však dobře známe i případy, kdy toto pravidlo neplatí. Jsou rodiče, kteří své vlastní dítě opouštějí a jsou lidé, kteří vlastní děti nemají a cizí dítě si osvojí, neboli adoptují.⁸¹

Nejznámější a pro bezdětné páry nejobvyklejší formou je osvojení neboli adopce. Ročně je v České republice osvojeno kolem pěti set dětí.⁸² Při osvojení přijímají manželé či jednotlivci opuštěné dítě za vlastní, takže mají stejná práva a povinnosti, jako by byli jeho rodiče. Osvojením vzniká mezi osvojiteli a dítětem vztah jako mezi biologickými rodiči a vlastními dětmi. Zároveň dítě získává příjmení nových rodičů. Osvojit lze pouze dítě nezletilé. O osvojení rozhoduje soud a před jeho rozhodnutím musí uplynout nejméně tři měsíce, po které zájemce o dítě pečuje zcela na své náklady. Zákon rozlišuje dva typy osvojení.

⁸¹ Srov. MATĚJČEK, Zdeněk, DYTRYCH Zdeněk. *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 65. ISBN: 80-7169-897-0.

⁸² KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 77. ISBN: 978-80-7262-591-8.

Osvojení zrušitelné: práva a povinnosti rodičů přecházejí na osvojitele, ale v rodném listě dítěte zůstávají uvedeni biologičtí rodiče dítěte. Osvojení lze ze závažných důvodů zrušit rozhodnutím soudu na návrh osvojitele nebo osvojence. Za osvojence podává návrh na zrušení zákonný zástupce dítěte. Zrušitelný typ osvojení je podmínkou při osvojení dítěte mladšího jednoho roku, neboť nezrušitelně osvojit pouze dítě starší jednoho roku.⁸³

Osvojení nezrušitelné: osvojitelé mohou být pouze manželé, manžel rodiče dítěte, pozůstalý manžel rodiče dítěte nebo manžel osvojitele dítěte. Zcela výjimečně může dítě nezrušitelně adoptovat i osamělá osoba. Po provedeném nezrušitelném osvojení budou matriky jako rodiče dítěte zapsáni jeho osvojitelé.⁸⁴

Pár, který se rozhodne adoptovat opuštěné dítě, čeká spousta administrativních záležitostí. Nejdříve si musí vyzvednout tiskopis na oddělení sociálně právní ochrany v místě svého trvalého bydliště. Jde o žádost o přijetí dítěte do náhradní rodinné péče. K vyplněnému formuláři následně přiloží doklad o státním občanství, zdravotním stavu, ekonomických poměrech rodiny apod.

Po odevzdání dokladů přichází na řadu sociální šetření v bytě žadatelů. Sociální pracovnice zjišťuje, zda bude mít dítě vhodné životní podmínky. O celkovém stavu napíše zprávu, která se stane součástí svazku „Žádost o přijetí dítěte do náhradní rodinné péče“. Svazek dále obsahuje výpis z Rejstříku trestů, písemný souhlas žadatelů s tím, že orgán sociálně-právní ochrany je oprávněn zjišťovat a ověřovat další potřebné údaje z jejich soukromí, písemný souhlas žadatelů s účastí na přípravě fyzických osob k přijetí dítěte do rodiny, vyjádření žadatelů k osvojení dítěte z ciziny.⁸⁵

⁸³ MATĚJČEK, Zdeněk. *Náhradní rodinná péče – Průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, s. 33. ISBN: 80-7178-304-8

⁸⁴ Srov. DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, 93 s. ISBN: 80-251-0771-X.

⁸⁵ Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 80. ISBN: 978-80-7262-591-8.

Kopie takového spisu se postupuje krajskému úřadu, který provádí odborné posouzení žadatelů o adopci. Zkoumá také psychický a zdravotní stav, předpoklady k výchově dítěte, motivaci vedoucí ke snaze osvojit si dítě a všechny další okolnosti, které mají vztah k osvojení. Poté, co projde žadatel odborným posouzením, je zařazen do evidence žadatelů.⁸⁶

Dále žadatelé absolvují přípravný kurs, který zajišťuje krajský úřad sám nebo ve spolupráci s jinou pověřenou organizací. Příprava má různé formy, od několikahodinových besed po víkendové bloky, ale obsah je vždy stejný. Žadatelé jsou seznamováni s problémy, které s osvojením dítěte souvisí, a s jejich možným řešením.

Pokud žadatelé získají ze strany psychologů kladný posudek, nastává doba čekání na dítě.⁸⁷ Přání převzít do péče dítě co nejlepší nemůže být vždy uspokojeno, takže od podání žádosti do převzetí dítěte uplyne často několik let. V této čekací době někteří žadatelé upraví své nereálné představy, jiní své žádosti zruší, některým se rozpadne manželství. Proto celkový počet žadatelů významně nenarůstá. S dlouhodobou čekací lhůtou jsou spojeny mnohdy značně vysoké požadavky na „kvalitu“ osvojeného dítěte.⁸⁸

Jestliže ani po dvanácti měsících v evidenci krajského úřadu není nalezeno vhodné dítě, je kopie spisu podstoupena Ministerstvu práce a sociálních věcí, které se snaží dalších šest měsíců nalézt pro žadatele vhodné dítě v jiných krajích České republiky. Pokud ani ministerstvo neuspěje, je spis postoupen Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí, který hledá dítě vhodné pro adopci mimo Českou republiku. Krajský úřad žadatelům oznamuje, že se vhodné dítě k adopci našlo, žadatel

⁸⁶ Srov. DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, s. 94. ISBN: 80-251-0771-X.

⁸⁷ Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 81. ISBN: 978-80-7262-591-8.

⁸⁸ MATĚJČEK, Zdeněk. *Náhradní rodinná péče – Průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, s. 33. ISBN: 80-7178-304-8

se s dítětem seznámí a do třiceti dnů podá žádost o svěřeni dítěte do péče. Po třech měsících péče o svěřené dítě mohou žadatelé o osvojení podat okresnímu soudu návrh na osvojení nezletilého dítěte, ten také o osvojení rozhodne. Po nabití právní moci rozsudku o osvojení vzniká mezi osvojitelem a osvojencem vztah jako mezi rodiči a dětmi.⁸⁹

Jak je zřejmé z předcházejících řádků ani získání dítěte do náhradní rodinné péče, není procházkou sadem růžovým. Jde o velmi zátěžovou zkoušku, jejíž výsledek se mnohdy pozná až po letech. Tím, že je dítě svěřeno do péče, vše totiž teprve začíná. Jaké bude adoptované dítě a jací budou adoptivní rodiče, zvládnou svoji novou roli, budou milující a tolerantní ke svému dítěti, vznikne mezi nimi vzájemné citové pouto, jak jej přijme nejbližší okolí, mají sdělit později dítěti pravdu o adopci? Vystává celá řada podobných otázek a pochybností, touha mít dítě se stala skutečností a teď začíná reálný život ve třech a je převážně na nich, jak bude vypadat jejich budoucnost. S některými otázkami a problémy se však adoptivní rodiče nemusí sami umět vypořádat, pak je vhodné hledat pomoc u odborníků, terapeutů či některých nestátních organizací zabývajících se problematikou náhradní rodinné péče.

⁸⁹ Srov. DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, s. 94-95. ISBN: 80-251-0771-X.

5 NEPLODNOST A SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Touha po dítěti je u naprosté většiny lidí vrozená, a proto se před touto otázkou dříve či později ocitne skoro každý z nás. Zdá se, že pro většinu mladých lidí se stává plánované těhotenství přirozeným. Je ovšem důležité, abychom dítěti zodpovědně připravili to nejlepší prostředí, do kterého se narodí, a ve kterém bude vyrůstat. Dítě má přece právo na to, aby se narodilo jako chtěné a my jeho příchod s radostí a láskou očekávali.⁹⁰

Život však přináší celou řadu situací, které jsme neplánovaly a které nám výrazně naše záměry a představy významně ovlivňují. Prvotní snahou budoucích rodičů je zajistit si bydlení a mít přiměřené příjmy, které umožní stabilní prostředí pro budoucího potomka. To ale není zas tak jednoduché. Problematika neplodnosti či bezdětnosti, ač se to zdát nemusí, primárně vychází z mnoha základních lidských potřeb. Jak již bylo uvedeno, přímo souvisí se zaměstnaností, bytovou politikou státu, výchovou k rodičovství, proměnou současné rodiny, ale také schopností vypořádávat se s životními těžkostmi atd.

Tento výčet je velmi podobný oblastem, kterými se zabývá sociální pedagogika, která jako multidimenzionální obor neřeší pouze patologické jevy ve společnosti, ale zasahuje do všech oblastí života lidí. Jejím hlavním úkolem je pomoc lidem, kteří se vypořádávají s životními překážkami, problémy a ohroženími v různých prostředích. Snaží se optimalizovat a usměrňovat životní situace a procesy, a to s akcentem na vnitřní potenciál jedince a jeho individualitu. Centrálním tématem tohoto oboru je rozvoj sociální kreativity, aktivizace sil každého vychovávaného. Současně k základnímu obsahu patří rozvíjení životního způsobu, tj. jeho kultivace a optimalizace s ohledem na individuální předpoklady jedince a minimalizace rozporů mezi ním a společností.⁹¹

⁹⁰ BANNEROVÁ, Ivana. *Bakalářská práce: Problematika neplodnosti – sociální a společenské souvislosti*. Brno: IMS, 2008, s. 2

⁹¹ Srov. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 81. ISBN: 978-80-7367-383-3.

Jak již jsem nastínila, sociální pedagogika zasahuje do všech sfér lidského života. Hlavními tématy je pomoc, podpora, prevence, socializace a resocializace. Socializace představuje proces postupného začleňování člověka do společnosti, který bude v optimálním případě plnohodnotně fungovat ve světě dospělých. K socializaci dochází prostřednictvím výchovy a sociálního chování. Jde o celoživotní proces, který má člověku poskytnout výbavu pro život ve společnosti, pro pracovní prostředí a každodenní styk s druhými lidmi.⁹²

Tak jako v mnoha jiných obtížích v životě lidí má sociální pedagogika své nezastupitelné místo, tak ani v problému zvaném neplodnost nezůstává v pozadí. Čím tedy může přispět sociální pedagogika neplodným párům? Zde vidím hlavní úkol v prevenci, výchově a pomoci.

Prevence: jestliže si připustíme, že příčiny neplodnosti částečně souvisí s nesprávným životním stylem, pak můžeme pomoc sociální pedagogiky spatřovat právě v tomto směru. Termín životní styl vyjadřuje široký komplex činností a s nimi spjatých postojů, norem, hodnot, návyků, které mají trvalý ráz a vystihují jeho osobitost.

Mezi znaky životního stylu řadíme:

- Kognitivní hodnocení sebe samého a svého postavení ve světě
- Způsob prožívání životních situací
- Vztah k práci, odpočinku a pohybové aktivitě
- Dovedností sociální interakce
- Ego úroveň ke zvládnutí náročných životních úkolů⁹³

Dojde-li k absenci či nerovnováze těchto prvků, stane se životní styl pro člověka destruktivním. V současné postmoderní společnosti se hodnoty a normy výrazně změnila a člověk se zaměřil více na pracovní výkon a materiální hodnoty. To přináší větší míru stresu, nedostatek pohybu, nekvalitní

⁹² Srov. BURIÁNEK, Jiří. Sociologie. Vyd. 2. Praha: Fortuna, 2001, s. 39-40. ISBN: 80-7168-754-5.

⁹³ Srov. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 166-167. ISBN: 978-80-7367-383-3.

stravování, sociální izolaci. Všechny tyto faktory se pak velmi výrazně podílejí na vzniku celé řady civilizačních chorob, jako je infarkt myokardu, cukrovka, vysoký krevní tlak, obezita, neplodnost a další. Výchova ke zdravému životnímu stylu je jedním z úkolů sociální pedagogiky, která prostřednictvím osvěty, programů pro plnohodnotné trávení volného času, může výrazně přispět k potlačení tohoto trendu.

Výchova: jak již jsem uvedla na začátku své práce, proměnou prošla i rodina v postmoderní společnosti, dá se dokonce označit za krizi rodiny. Dochází k izolovanosti a individualismu uprostřed primární rodiny. Vztahy mezi rodiči a dětmi jsou značně poškozené a nedostačující. Výchovu suplují školní zařízení. Z těchto důvodů mi vyvstává otázka: „jakými se stanou tyto děti rodiči?“. Jestliže žijí ve svém nereálném světě díky internetu a počítačovým hrám, kdy jediný skutečný kontakt mají se svou klávesnicí. Co pak budou předávat svým dětem, z jakých zdrojů budou čerpat a budou chtít mít vlastně děti? Pomoc může sociální pedagogika poskytnout prostřednictvím rodinné výchovy na školách, svou úlohu velmi dobře plní i centra pro rodinu, sdružení pro podporu rodiny a péče o děti. Zde dochází k vědomé přípravě k rodičovství a mateřství formou přednášek, seminářů a workshopů. Rodina a rodičovství by se měli opět stát hlavním mottem v životě člověka.

Pomoc: tady bych svoji pozornost obrátila na páry, které nemohou mít své vlastní děti a chtějí mezi sebe přijmout dítě cizí prostřednictvím náhradní rodinné péče. Jak již jsem uvedla, žadatelé o dítě do adopce se setkávají na úřadě se sociální pracovníci, která je doprovází celým adoptivním procesem. Úkolem sociální pracovnice je především chránit a hájit zájmy dítěte, které bylo odloženo svými biologickými rodiči. Nicméně je velmi důležitá citlivost a profesionálnost ze strany pracovníků z oblasti náhradní rodinné péče směrem k žadatelům o dítě. Je zapotřebí, aby se vžily do pocitů, kterým jsou tyto páry vystaveny.

Chybí jim pocit soukromí, musí projít celou řadou nepříjemných šetření, zpovídat se cizím lidem. Mají oprávněný pocit, že si musí dávat pozor na to, co říkají, komu a jak to říkají, aby třeba nepodstatná poznámka adopci nezhatila.⁹⁴

Tyto všechny aspekty by měli vést k tomu, aby se sociální pracovník díval na žadatele o adopci s empatií, soucitem a pochopením. Vždyť přeci obor, který vystudovali, tedy sociální pedagogika je primárně zaměřena na socializaci a klade důraz na naplnění slov jako je láska, altruismus, empatie, pomoc, morálka, etika, asertivita, pochopení, soucit, bezpečí, ochrana.

Studium tohoto oboru by mělo studentům pomoci chápat věci v širších souvislostech, otevírat jim nové obzory a úhly pohledu a především pomoci uvádět výše uvedené pojmy do života a praxe. V konečném efektu se tak mohou stát přínosem a obohacením pro společnost, své okolí i sama sebe a přispět k pozitivním vztahům v naší společnosti.⁹⁵

⁹⁴ Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 86. ISBN: 978-80-7262-591-8.

⁹⁵ Srov. SYTAŘ, Tomáš. *Bakalářská práce: Rizika sekt a sektářství*. Brno: IMS, 2010, s. 24.

6 PŘÍPADOVÉ STUDIE NEPLODNÝCH PÁRŮ

Jen člověk, který na vlastní kůži prožije složitou cestu za dítětem, může pochopit podobně postižené dvojice, které se s neplodností potýkají. Díky tomu, že pracuji v oboru asistované reprodukce již sedmým rokem, můžu zodpovědně říci, že se ve mně mísí pocity lítosti a obdivu vůči lidem, kteří s touto životní překážkou tak vytrvale bojují. Přestože vidím smutek v očích těchto lidí každý den, jen stěží si dokážu představit, co každodenně prožívají, jak hluboce jsou zraněni a vyčerpáni.

V této části práce se budu věnovat prostřednictvím kazuistiky párům, které stály neplodnosti tváří v tvář. Některé touto zkouškou prošly úspěšně, další však se ztrátou všech bodů. Ty se však musely zvednout, děsivé zážitky nechat za sebou a kolísavým krokem jít vstříc dalšímu životu.

6.1 CÍL PRÁCE

V této části diplomové práce se zaměřím na čtyři konkrétní páry, které se dlouhodobě pokoušely, či stále pokoušejí počít dítě i přes stanovenou diagnózu zvanou infertilita.

Cílem této práce je zjištění:

- Jak neplodnost ovlivnila partnerský vztah vybraných respondentů, zda došlo k jeho oslabení nebo naopak k posílení.
- Jak se s případnými úspěchy či neúspěchy léčby vyrovnávali ženy a muži jako jednotlivci.
- Jaké emoce a pocity přináší nenaplněná touha po vlastním dítěti.
- Zpracování kazuistik
- Analýza zjištěných skutečností po stránce sociologické a psychologické

6.2 POUŽITÁ VÝZKUMNÁ METODA

V této praktické části diplomové práce použiji kazuistiku neboli případovou studii neplodných párů. Jedná se o kvalitativní metodu, která se zabývá výzkumem jedné osoby, situace či případu. Jde o způsob práce s jednotlivým případem, kdy se přehledně uspořádají všechna fakta, která jsou o případu známá a ta se následně analyzují. Díky metodě případových studií lze postihnout některé souvislosti, které nejsou na první pohled zjevné a tím pochopit celý případ do hloubky⁹⁶.

Tento typ sběru dat zároveň přináší řadu nevýhod a analytických omezení. Obojí vyplývá především z časové náročnosti této metody a obtížnosti při hledání respondentů, kteří jsou ochotni a schopni hovořit o svých zkušenostech, což platí obzvláště u výzkumu citlivých a intimních témat, jakým je i neplodnost v celé své šíři. Je také nutno podotknout, že výpovědi respondentů mohou být zkresleny díky emočním prožitkům souvisejících s úspěchem či neúspěchem léčby a časovým odstupem.

6.3 VÝBĚR JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADŮ

Výběr partnerů pro tyto kazuistiky vyplýval z faktu, že se jednalo o páry, u nichž byla diagnostikována některá z poruch fertility. Většina z nich prošla léčbou neplodnosti na klinice asistované reprodukce. Vzhledem k tomu, že pracuji na jedné z těchto klinik, mohla jsem prostřednictvím svého zaměstnání oslovit neplodné páry a požádat je o spolupráci. Přestože jsem se snažila získat informace obou z páru, vzhledem k intimnosti problematiky jsem se setkala s vstřícností ke spolupráci především ze strany žen.

Partneři žen byli zdrženlivější, přesto s výzkumem souhlasili. Jednotlivé páry byly seznámeny a ujištěny o dodržení absolutní anonymity vůči jejich osobám. Jejich jména v této práci jsou s ohledem na citlivost a intimnost tématu změněna. Snažila jsem se vybrat páry s rozdílnými příčinami neplodnosti, s rozdílným vzděláním a náboženským vyznáním. Také se liší konečný způsob početí u dotazovaných párů. První pár počal pomocí asistované reprodukce, druhý pár prozatím podstoupil léčbu

⁹⁶Srov. METODICKÝ PORTÁL: *Kazuistika*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-31]. DOSTUPNÝ Z WWW: <http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/K/Kazuistika/>.

bez úspěchu, třetí počal po neúspěšném IVF cyklu přirozeným způsobem a poslednímu se podařilo získat děti prostřednictvím adopce.

Informace byly získány prostřednictvím individuálního rozhovoru, jehož cílem bylo získat autentický vhled do zkušenosti s neplodností a její léčbou. Všichni dotazovaní dali ke spolupráci souhlas na základě svého svobodného rozhodnutí.

6.4 KAZUISTIKA Č. 1: MARKÉTA A LUBOŠ

▪ ANAMNÉZA

Markéta (27 let) a Luboš (29 let) jsou oba středoškoláci, žijí ve Vyškově, manželé jsou od roku 2006, nejsou věřící. Paní Markéta se pokoušela se svým manželem otěhotnět ještě před svatbou v jednadvaceti letech a to přes to, že neměli své vlastní bydlení a žili u rodičů Luboše. Oba dva jsou nekuřáci, alkohol konzumuje ojediněle v přiměřeném množství pouze Luboš, protože Markéta je epileptička. Žádný z nich jinak neprodělal interní či jiné onemocnění. Jejich sterilita je zařazena mezi sterilitu primární.

Markéta měla již od mládí nepravidelný menstruační cyklus, brala 5 let antikoncepci, po půl ročním snažení o otěhotnění navštívila svého gynekologa, který neshledal žádnou poruchu. Na tomto základě byl Luboš odeslán na vyšetření spermioqramu, kde byl zjištěn zdrcující závěr, že v ejakulátu se nenachází žádné spermie a diagnóza zněla andrologická infertilita. Paní absolvovala tři hormonální stimulační cykly, kdy nedošlo k dozrání vajíček. Na základě této diagnózy se pár rozhodl pro spermie i vajíčka z dárcovského programu. Pacientka podstoupila jeden cyklus s darovanými embryi bez otěhotnění a druhý s darovanými embryi s otěhotněním. Došlo k porodu děvčátka, které však zemřelo třetí den po porodu. Léčba neplodnosti trvá již 6 let.

▪ KATAMNÉZA

V případě Markéty a Luboše je zřejmé, že když se seznámili, netušili, že plánování rodičovství bude spojeno s takovými útrapami. Prvního půl roku se snažili o otěhotnění, bez stresu a obav. „*Tehdy jsme to nebrali nějak vážně, prostě*

se poprvé nezdařilo. Doktorka kladla důraz na to, že jsem byla nějaký rok na antikoncepci, a když jí mám ani ne půl roku vysazenou, může bránit v otěhotnění.“ Po té, co se vzali, se však situace nezměnila ani po dalším půlroce snažení a Markéta začala mít obavy. *„Když jsem šla asi na páté negativní potvrzení, rozhodla jsem se něco dále s tím dělat. Na gynekologii jsem o tom řekla mé doktorce, ta mi udělala základní prohlídku, konstatovala, že jsem naprosto v pořádku a dala mi žádanku pro manžela, aby si zašel na spermioqram. Když jsem přišla domů a zmínila to, byl zásadně proti tomu. Po asi hodinové debatě jsme skončili u toho, že v žádném případě nikam nejde, že je to ponížení jeho mužství.“* Pro muže obecně je vyšetření spermioqramu značným zásahem do jejich intimity. Obavy plynou v první řadě z výsledku, který se následně dozví z úst lékaře a v druhé řadě ze studu, který toto vyšetření provází. Určitě potřebují čas se na vyšetření psychicky připravit. Luboš nakonec vyšetření podstoupil. *„Řekl mi, že teda na to půjde, ale jen kvůli mně. Ráno, když vstával do práce, mi dal pusu a řekl, ať ho objedná. Věděla jsem, že nad tím celou noc přemýšlel a nedalo mu to. Manžela jsem objednala a do týdne už jsme seděli v autě a jeli do nemocnice. Celou cestu nepadlo ani slovo. Šlo na něm vidět, jak je nervózní a lhala bych, kdybych řekla, že já byla v pohodě.“*

Luboš podstoupil první vyšetření v nemocnici v Ostravě. Po odběru ejakulátu čekali v čekárně na vyhodnocení spermioqramu, pak si je lékař pozval do ordinace a sdělil první zdrcující zprávu. *„Vešli jsme dovnitř a už podle pohledu pana doktora jsem tušila něco zlého. Řekl nám, ať se posadíme. Když jsme usedli, otočil se k nám a řekl: je mi to hrozně líto. V tu chvíli jsem měla už skleněné oči. Pan doktor pokračoval a říká (tu větu si budu do smrti pamatovat), pane Š. podle výsledku bohužel v životě nebudete mít děti. Není tam ani jeden náznak života, nic. To už jsem plakala.“* V ejakulátu pana Luboše nebyly nalezeny žádné spermie. Tento verdikt je pro muže ten nejhorší ze všech, jedna taková věta změní celý jeho život a značně zasáhne do vztahu mezi partnery. *„Když jsme vyšli z nemocnice, u první lavičky zastavil, sedl si a plakal. Poprvé v životě jsem ho viděla plakat. Seděl, hlavu měl v dlaních a plakal. Nevěděla jsem co dělat i já plakala. Měla jsem v sobě zmatek a nešla jsem za ním. Nechala jsem ho tam a sedla si opodál. Nevěděla jsem, co mám dělat. Když jsme přijeli domů, zavřel se do pokoje a znovu plakal. Když mě k sobě po hodině zavolal a viděl mě uplakanou, dal mi otázku. Byla to nejhorší otázka. Zeptal se mě, jestli spolu zůstaneme.“* Tak velký otřes

pro muže i ženu, může přežít pouze silný a stabilní vztah. Velmi důležitá je komunikace a otevřenost, pokud se partneři vzájemně izolují, přinese to pouze napětí, nedůvěru a frustraci. *„Zůstala jsem sedět a jen na něj koukala. Řekl mi, že mám na lepšího chlapa a nechce, abych si s ním zkazila život. Pokračoval, že mě chápe, že mu je všechno moc líto a dodal, že je na tomto světě zbytečný že tu nemá uplatnění jako muž, takže by bylo nejlepší, kdyby nežil. Pořád jsem plakala a ani jsem ho neobjala a nic jsem neřekla. Nevěděla jsem, co!“* Každý z páru se potřeboval s touto skutečností vypořádat nejdříve sám, aby následně mohli pokračovat ruku v ruce po cestě za dítětem. *„Proplakala jsem celou noc. Když už jsem nad ránem neměla ani kousek slzy začala jsem přemýšlet. Došlo mi, že se o sebe musíme opřít a že to zvládneme. V hlavě se mi honila spousta věcí, a jelikož máme v rodině několik párů, co absolvovaly umělé oplodnění, viděla jsem v tom světlo naší budoucnosti.“*

Za dva týdny se paní Markéta objednala ke své gynekoložce, která na základě výsledku spermioqramu doporučila páru kliniku asistované reprodukce nacházející se nedaleko jejich bydliště. *„Do 14 dnů jsme byli objednáni na kliniku a já byla posedlá dítětem natolik, že jsem v hlavě neměla nic jiného. Chtěla jsem jen dítě. Na klinice nás přivítali, manžela poslali na spermioqram a řekli, ať si zavoláme za 14 dní. A najednou se to ve mně zlomilo. Ne že bych dítě nechtěla, ale nechtěla jsem se vracet na tu kliniku. Dostala jsem strach a pocit že to v sobě nemám úplně v pořádku. Večer jsem to sdělila manželovi a ten řekl, že už tam nepojedeme a až pocítím, že je ta správná chvíle, začneme to řešit. Ten večer mě uklidnil.“* Po nějaké době se manželé odstěhovali do svého nového bytu. Ten si zařídili a touha mít dítě se opět vrátila. *„Když jsme byli na výroční večeři, nahodila jsem téma „dítě,, a manžel se jen culil. Říkal, že na to už pár měsíců čeká, jen na mě nechtěl tlačit, takže celý večer běželo téma umělého oplodnění a darovaných spermií. Manžel nad tím musel přemýšlet, protože to bral jak jasnou věc a nechtěl slyšet jiné řešení. Řekl, že to bude naše tak i tak.“* Ne každý muž je ochoten vychovávat dítě, které není biologicky vlastní. Někteří muži se raději rozhodnou pro život bez dítěte. Nechtějí, aby případné odchylky ve vzhledu dítěte vyvolávaly posměšné reakce okolí a nejapné otázky. Luboš byl však dost silný a odhodlaný tyto rizika si nepřipouštět.

V březnu 2009 manželé zahájili svůj první cyklus IVF s darovanými spermiemi. Markéta začala s hormonální stimulací, která obnáší injekční aplikaci léku. Některé ženy ji zvládnou samy, jiným ji píchají sami partneři, případně zdravotní sestry v místě bydliště. „*Seděla jsem půl hodiny a přesvědčovala jsem se. Pak jsem najednou dostala odvahu a píchla. Bylo to rychlé a nebolelo to. Jen na psychiku to bylo šílené.*“

Markéta špatně zareagovala na hormonální léčbu a začala silně krvácet. Musela podstoupit kyretáž⁹⁷ a poté odložit léčbu o tři měsíce. „*Doktor mi napsal novou léčbu a já znovu nastoupila na hormonální stimulaci. Výsledek léčby byl děsivý. Moje vajíčka nedozrávala, tudíž nebylo co odsát. Takhle to bylo u třech dalších pokusů, kdy jsem vždy dostala nové hormony. Doktor mi sdělil, že ho to mrzí, ale že jediná možnost je použít vajíčka od dárkyně*“. V momentě, kdy manželé překonali skutečnost, že jejich dítě bude mít jiného biologického otce, stála před nimi další a bohužel ne poslední zkouška. Měli se rozhodnout pro celé darované embryo. „*To, co prožíval manžel před třemi lety, bylo najednou u mě. Byl tady znovu problém, znovu stejné prázdno v očích a v životě jako na samém začátku. Pořád jsem se omlouvala a plakala. Manžel mě pevně držel a řekl, že je to v pořádku a že je přeci řešení. Jenže já se považovala za nic a připadala jsem si na světě úplně zbytečně.*“

Paní podstoupila embryonální transfer s darovanými embryi. Její muž musel v den přenosu služebně do zahraničí a tak Markéta musela jet na kliniku sama. Setkala se však s naprosto nepříjemným chováním ze strany lékaře, které ji ještě více psychicky rozkolísalo. „*Šla jsem na sál a manžel mě podporoval po telefonu. Lékař, který přenos dělal, mi vysvětlil, co se bude dít a byl chladný jak nejhorší zima. Měla jsem z něj pocit, že ho obtěžují. Ani úsměv, připadala jsem si hrozně. Sestřička donesla embrya a ani ne po deseti minutách se dal doktor na odchod. Pár věcí k tomu dodal a řekl, že zbytek mi řekne sestřička. Nepodal mi ani ruku, neřekl ani blbou větu ve smyslu, ať to dobře dopadne, vůbec nic!*“ Laskavá komunikace, vstřícnost a empatie by měly být hlavní zásadou všech lékařů a zdravotníků bez ohledu na obor, ve kterém pracují. Opak je však často pravdou. Arogance, namyšlenost, přehlíživost a nesrozumitelná mluva vzbuzuje další úzkost a napětí na straně pacienta, který je v té době nejvíce

⁹⁷ KYRETÁŽ: diagnostický a léčebný malý operační výkon. Podstatou je abraze (výškrab) děložní sliznice nástrojem zvaným kyreta. Získaná sliznice je poté podrobena mikroskopickému (histologickému vyšetření). Jako akutní výkon slouží k zástavě silného krvácení z dělohy.
DOSTUPNÝ z WWW:< <http://www.onkogyn.cz/verejnost/kyretaz/> >.

zranitelný. Výpověď Markéty snad povede k zamyšlení všech čitateľů a přehodnocení svých postojů a chování k druhým lidem. Mohlo by se zdát, že jde o banalitu, ale následná zkušenost paní Markéty potvrdí, že úsměv a vstřícnost je mnohdy víc než zlato.

Po čtrnácti dnech od transferu si paní Markéta udělala domácí test na graviditu, ten však vyšel negativně. *„Udělala jsem si test a byl negativní jako všechny předchozí. Plakala jsem a byla jsem přesvědčená, že je to mnou, že prostě nemám mít nikdy děti.“*

Po domluvě s lékařem se manželé rozhodli, že půjdou do dalšího cyklu na stejné klinice, avšak s jiným lékařem, ke kterému měli větší důvěru. *„Jako pacientka jsem trvala na tom, aby přenos dělal druhý doktor a manželovi kladla na srdce, aby u toho byl přítomen. Řekla jsem manželovi, že když už se to napodruhé nepodaří, na další pokus nejdu, až pak za nějakých pár let. Ten ale trval na tom, že když se to znovu nepodaří, půjdu na to ještě po třetí.“* Tento cyklus stejně jako předchozí byl s darovanými embryi, byl u něj přítomen Luboš a prováděl ho lékař, kterého si pár zvolil. *„Byla jsem úplně klidná. Nedalo se to s prvním přenosem ani srovnávat. Když embrya přinesli, doktor nahodil soustředěný výraz a mluvil, co právě dělá. Když sestřička odešla, řekl, tak a jsou v teple u maminky. Přišlo mi to velmi milé. Podal ruku manželovi, řekl, že všechno dobře dopadne, usmál se a mrknul na mě. Rozloučil se a odešel. Bylo to super, byla jsem úplně klidná. Pan doktor mě přesvědčil o své lidskosti a profesionalitě. Jen jeden jeho úsměv před přenosem mě úplně uklidnil a dal nám najevo, že je to člověk jako my. Věřím, že kdyby první přenos probíhal takto, určitě by se to podařilo.“*

Tento cyklus byl skutečně úspěšný a Markéta s Lubošem dosáhli vysněného cíle. To, zda se skutečně Markétě podařilo otěhotnět díky přítomnosti manžela a empatického lékaře, nelze s jednoznačností říci, avšak psychická pohoda hraje v úspěchu výraznou roli. *„Test ještě probíhal, ale já už viděla, jak se tam barví obě čárečky, a začala jsem plakat. Manžel znejistěl a koukal na mě a na test a netušil, proč brečím. Pak se na test podíval a zaradoval se a zeptal se mě, proč pláču, když je pozitivní. Hloupá otázka, řekla jsem mu. Měla jsem hroznou radost a najednou plakal i on, tak jsem se ho stejně hloupě zeptala, ale to mě už objímal.“*

Mohlo by se zdát, že cesta tohoto páru byla naplněna a skončila po dlouhých útrapách šťastně. Avšak po necelém roce mi přišel email od paní Markéty, který byl velmi zdrcující. Paní Markéta porodila v 28. týdnu těhotenství holčičku, vážila 960 g a měřila 35 cm. Po třech dnech po narození však zemřela na selhání srdce a plic. Pocity a stavy, které s tímto neštěstím popsala, nebudu citovat s ohledem na postižený pár. Těžko se dá slovy vyjádřit bolest a zármutek, který naplnil jejich život. Jedno je však jisté, že se musí pokusit znovu se zvednout a jít dál.

6.5 KAZUISTIKA Č. 2: PETRA A MIREK

▪ ANAMNÉZA

Petra (39 let) a Mirek (33 let) jsou oba vyučení, žijí v Hradci Králové, manželé jsou od roku 2008. Petra je podruhé vdaná, pro Mirka je toto manželství první, nejsou věřící. Paní Petra do prvního manželství vstupovala již v 17 letech, protože byla těhotná, dítě však potratila v 7. měsíci těhotenství. První manžel se rozhodl, že už děti nechce, poté se vztah rozpadl. Když bylo Petře 33 let, seznámila se s Mirkem a po ročním vztahu se rozhodli, že chtějí dítě. Oba dva jsou abstinenti a nekuřáci. Petra má sníženou funkci štítné žlázy, doporučenou medikací byl Euthyrox. Pan Mirek je zcela zdravý, u obou z páru se nevyskytují žádná jiná onemocnění. Jejich sterilita byla označena jako sekundární.

Po roční neúspěšné snaze o otěhotnění navštívila paní Petra svého gynekologa a ten jako první krok zvolil vyšetření spermioqramu u partnera. Hodnoty spermioqramu byly mírně pod normou, avšak k přirozenému početí byly dostačující. U Petry je hlavním problémem nepravidelná menstruace, nadváha a vyšší věk. Po hormonální stimulaci podstoupila Petra dva neúspěšné cykly IVF, zakončené embryotransferem (ET) a jeden kryoembryotransfer (KET), ten byl také bez úspěchu. Manželé chtějí ještě podstoupit jeden cyklus hrazený pojišťovnou, ten však musí být proveden do 40 let paní Petry. Respondenti se snaží o dítě již 5 let.

▪ KATAMNÉZA

Po nevydařeném prvním vztahu, který trval třináct let, se Petra seznámila s Mirkem. Protože byli oba dva bezdětní, přáli si mít co nejdřív dítě. Také s hledem na věk partnerky, která je o šest let starší, než její partner. *„Asi po půl roce společného žití jsme se rozhodli, že chceme miminko. Moc jsem se těšila i manžel, až měsíčky nepřijdou, ale já menstruovala dál, i když snažení bylo velké. Tím přišlo první velké zklamání, pláč, vztek sama na sebe. Každý měsíc jsem probřečela.“*

Po těchto marných pokusech Petra navštívila svého gynekologa a ten jim dal žádanku na vyšetření spermioqramu u pána. Stejně jako u Luboše, vzbudila tato zpráva nelibé reakce i u Mirka. *„Doktor mi dal doporučenku pro manžela na spermioqram. Vysvětlil mi, že tato cesta je jednodušší, než mě posílat na všechna vyšetření. Najednou byl problém, manžel nebyl nakloněn tomuto postupu, nutit jsem ho nemohla, ale ani nechtěla. Petr si to moc nepřipouštěl, spíše to nechal na mě, jelikož v té době to chápal tak, že to je čistě ženská záležitost.“* Jak Petra sama přiznala, problém neplodnosti vnesl do jejího vztahu celou řadu změn. Které se staly příčinou konfliktů a hádek. *„Aniž bych si to uvědomovala, tak jsem zavedla určitá pravidla v našem intimním životě, ze kterých se stal rituál (nebo jak bych to nazvala), to znamenalo měření teplot, milování v určité dny, dokázala jsem se s manželem pohádat, když zrovna v ten můj den nechtěl, hltala jsem veškeré dostupné informace, zkoumala jsem možnosti, proč nám to nejde. Jelikož jsem o 6 let starší od manžela, tak jsem hrozně trpěla představou, že ten problém je ve mě a že si manžel najde mladší partnerku.“*

V té době ještě Petra s Mirkem nebyli sezdáni, což zvyšovalo napětí u Petry. Po svatbě se situace zklidnila a respondenti se rozhodli po doporučení gynekologa navštívit brněnskou kliniku asistované reprodukce. *„V lednu 2009 začal můj první léčebný cyklus. Léčbu jsem snášela docela dobře, protože vidina, že budu těhotná, mě hnala dál, takže nějaké bolesti a výkyvy nálad spojené s léčbou jsem vydržela. Opět mne manžel hodně psychicky podržel, zapojil se i do léčby, když přišlo na píchání léků do mých hýždí.“* O skutečnosti, že se pár začal léčit s neplodností, byli seznámeni pouze rodiče Petry a nejlepší kamarádka. Jinak problémy s neplodností a léčbu tajili před svým okolím. *„V této době bylo ještě pro mě i manžela těžké mluvit otevřeně*

s kýmkoliv o našem problému s otěhotněním a pocitech s tím spjatých.“ To samozřejmě vedlo k vtíravým a pro manžele nepříjemným otázkám, s kterými se jen stěží vyrovnávali.

První cyklus se nezdařil a výsledek těhotenského testu byl negativní. Přišel velký propad v psychice Petry. *„Je pravda, že hlavně já jsem si nepřipouštěla, že by se to nepovedlo, nevěděla jsem, že to může být složitější. Moje psychika se dost zhoršila, začala jsem obviňovat sebe z nezdaru. Nedělalo mi dobře potkávat těhotné ženy, vidět miminka, navštěvovat známé s dětmi. Zůstala jsem nějaký čas doma, přestala jsem komunikovat se světem, náš byt se mi stal útočištěm, bylo mi v něm dobře. Manžel to nesl taky těžce, ale tím, že odjížděl na montáže, tak na to tolik neměl čas myslet, lépe se s tím vyrovnal.“*

Petra začala být ve stresu, neustále se obávala, že manžela ztratí a její izolace před okolím situaci pouze zhoršovala. *„Když jsem začala pozorovat, že manžela od sebe odháním a že se mi vzdaluje, že bych ho mohla ztratit, tak to mě asi nejvíc dalo motivaci se sebou začít něco dělat. Hodně nám taky pomohlo, že jsme přestali před okolím, známými tajit fakt, že máme problém s početím miminka, že podstupujeme léčbu na klinice. Nikdo se už pak nevyptával, kdy budeme mít rodinu, což bylo pro nás stresující, každému zodpovídat otázky na toto téma.“* Sdělením věcí, tak jak jsou, přineslo možnost o problému mluvit i s jinými lidmi. Komunikace v zátěžových situacích je velmi důležitá a má očistný účinek. Petra se díky tomu opět postavila na nohy a začala se věnovat i svým koníčkům. Oba dva manželé se také zaměřili na zdravější životní styl a v roce 2010 se rozhodli pro další cyklus IVF.

„Manželovi se spermiogram strašně zlepšil, výsledky výborné, divil se i pan doktor, jak je to možné. I já na tom po zdravotní stránce byla mnohem lépe, než prvně, má štítná žláza byla v normálu, podařilo se mi zhubnout. Po zahájené léčbě se získalo asi sedm vajíček, z toho čtyři embrya použitelná. Na embryotransfer se připravila dvě ve stádiu časná blastocysta a zbývající se dala zamrazit.“ Ale ani tento pokus nevyšel. Za dva měsíce po té paní Petra podstoupila kryoembryotransfer (KET), který byl také bez úspěchu.

Na otázku jak se změnil společenský život a partnerský vztah po těchto zkušenostech, mi paní Petra odpověděla: „*Změnil se nám třeba náš společenský život, nebývalo mi dobře při léčbě IVF, neustálé vyptávání lidí, otázky typu tak, kdy už konečně, apod. Tak se po vzájemné domluvě začalo hodně společenských aktivit vynechávat. Změnil se i náš postoj k životu samému. Dá se říci, že si v mnoha směrech posunete žebříček hodnot, co je pro Vás důležité a co ne. Musela jsem si třeba rozmyslet, jestli budu chodit do práce, nebo jezdit do Brna na léčbu. Náš život a vztah byl všemi událostmi hodně ovlivněn, ale také posílen. Hlavně byla posílena naše vzájemná láska. Manželství se nám ještě více upevnilo. Máme jeden druhého a hlavně spolu chceme být a zůstat. Vše špatné jsme ustáli, za co jsme oba rádi, protože si myslím, že se hodně párů při nezdaru rozpadne.*“

6.6 KAZUISTIKA Č. 3: LENKA A SLÁVEK

▪ ANAMNÉZA

Lenka (34) a Slávek (37) mají vysokoškolské vzdělání, bydlí ve Znojmě, manželé jsou od roku 2007, oba dva jsou věřící. O dítě se začali pokoušet hned po svatbě. Lenka a Slávek jsou abstinenti a nekuřáci. Respondentka je zcela zdráva, u pána byla zjištěna varikokéla.⁹⁸ Jiná onemocnění či užívání medikamentů neudávají. Jejich sterilita je andrologického původu.

Po ročním neúspěšném snažení o početí manželé navštívili ženského lékaře, ten u paní Lenky neshledal žádné abnormality. Pan Slávek byl na základě špatného spermioqramu odeslán na urologické vyšetření. Urolog diagnostikoval varikokélu. Pán podstoupil laparoskopický zákrok na urologii, ale zlepšení bylo nedostačující pro přirozené početí. Jejich víra jim neumožňovala přijmout léčbu pomocí asistované reprodukce. Rozhodli se pro adopci. Jejich úspěšná cesta k dítěti trvala 4 roky.

⁹⁸ VARIKOKÉLA: je rozšíření žil v oblasti šourku. Vzniká většinou na levé straně skrota, která je vzhledem k uspořádání krevního řečiště k této poruše náchylnější. Po vzniku varikokély dochází k městnání krve v cévách, které zásobují varle. Varikokéla je obdobným typem onemocnění, jako jsou křečové žíly či hemoroidy. Odoperovaná varikokéla se však může vrátit.
DOSTUPNÝ z WWW:< <http://cs.wikipedia.org/wiki/Varikokéla/>>.

▪ KATAMNÉZA

V této kazuistice je hlavním mluvčím pan Slávek, jeho výpověď je stručná avšak výstižná. Po čtyřleté známosti se Lenka a Slávek vzali. Brzy po svatbě se domluvili, že chtějí oba dva dítě. *„S mojí ženou jsme plánovali po svatbě rodinu, ale nešlo to.“* Po roce byli nuceni navštívit gynekologa. Na základě vyšetření obou partnerů bylo zjištěno, že hlavní problém s početím, je na straně pana Slávka. Byla zjištěna varikokéla a navržena operace na urologickém oddělení. Pro Slávka to znamenalo velké rozhodování, chtěl však dítě stejně jako Lenka a tak po určité době se k zákroku odhodlal. *„Po různých vyšetřeních nám lékaři sdělili, že problém je u mě! Podstoupil jsem operaci na urologii s tím, že mi řada mých známých (mužů) sdělilo svůj obdiv a že by na žádnou operaci nešli. Zlepšení bylo cca o 300 %, ale stejně to nestačilo na přirozené početí.“*

Oba dva partneři vyrůstali v katolických rodinách a víra v Boha je pro ně prioritou v jejich životě. Lékaři nabízeli jako řešení léčbu pomocí asistované reprodukce, to však bylo pro Lenku a Slávka naprosto nepřijatelné. *„Jedinou možností, jak mít vlastní děti, by pro nás znamenalo podstoupit umělé oplodnění. Jenom jsme se zmínili lékaři, že s tímhle nesouhlasíme, tak s námi začal jednat trochu pohrdavě a žádnou šanci nám nedával. A tím jsme zjistili, že celá asistovaná reprodukce je jen o penězích.“* Opět se zde setkáváme se špatným přístupem ze strany lékaře, jehož hlavním úkolem je tolerovat rozhodnutí neplodného páru, ponižující a pohrdavé postoje by pak neměly v žádném zdravotnickém zařízení nalézt své místo.

Přestože nebylo rozhodnutí snadné, vzdal se pár definitivně možnosti mít dítě biologicky vlastní, protože jedinou cestou, jakou k němu chtěli dojít, bylo přirozené početí, které však vzhledem k Slávkově diagnóze bylo nemožné. A tak se pár rozhodl pro náhradní rodinnou péči. *„Nakonec jsme se rozhodli pro adopci.“*

První informace ohledně adopce manželé hledali prostřednictvím internetu. Už dopředu věděli, že celý proces je zdlouhavý a velmi psychicky náročný. Poté, co vše důkladně zvážili, navštívili oddělení sociálně právní ochrany a podali si žádost. Vyplnili ostatní potřebné formuláře, podstoupili psychologická vyšetření, kontrolu svého bytu ze strany sociální pracovnice a přípravný kurz.

„Jako největší problém jsme se ženou viděli naprosté nabourání našeho soukromí. Bylo to velmi složité období, najednou jsem si připadal jako nahý uprostřed davu lidí.“

Ztráta soukromí a život pod drobnohledem přinesl po dvou letech kýžený výsledek. Manželé si před vánoci loňského roku přivezli domů adoptovaná dvojčátka. *„Až do letošního léta manželka propadala zoufalství, protože všechny její kolegyně a kamarádky byly buďto v požehnaném stavu nebo už měly mimčo. Už jsme skoro měnili "parametry" - změna etnika, zdravotní stav, atd. Naštěstí jsme se po 2 letech konečně dočkali. V prosinci jsme si přivezli domů sedmiměsíční dvojčátka Kačenku a Aničku.“* Obě děti dostali manželé na tříměsíční zkušební dobu. Po jejím uplynutí si mohou podat k okresnímu soudu návrh na osvojení dětí. Vzhledem k věku dětí půjde o osvojení zrušitelné.

„Během deseti dnů jsme museli všechno sehnat dvojmo. A jsem moc rád, že se to povedlo, že jsme je mohli přivést domů v autosedačkách, že je mohu vozit v kočárku, že je mohu chovat, objímat, koupat, hladit. Život pro mě nabírá nový smysl a všechny plány se rozplynuly do ztracena.“

6.7 KAZUISTIKA Č. 4: KLÁRA A MAREK

▪ ANAMNÉZA

Klára (26) je vysokoškolačka a Marek (26) je středoškolák, bydlí v Brně, manželé jsou od roku 2010. Klára je katolička, Marek je ateista. První pokusy o početí dítěte byly uskutečněny již dva roky před svatbou na základě Klářiny diagnózy. Od pubertálního věku měla nepravidelnou menstruaci, časté vaginální záněty a polycystické vaječníky. Lékaři ji připravili na to, že bude mít problémy s otěhotněním. Na straně Marka se žádné zdravotní omezení či problém nevyskytl. Sterilitu lze u tohoto páru označit jako primární.

Po roce, kdy se respondentům nezdařilo počít dítě přirozeným způsobem, navštívili gynekologa paní Kláry, který poslal pana Marka na vyšetření spermioqramu. Výsledné hodnoty nevykazovaly žádné patologické odchylky a byly dostačující

k přirozenému početí. Následně byl pár odeslán do centra asistované reprodukce. Pár podstoupil jeden cyklus IVF, který byl neúspěšný. Přestože se lékaři k přirozenému početí stavěli výrazně pesimisticky, páru se po půl roce od absolvovaného IVF cyklu podařilo počít dítě. Dnes mají zdravou půlroční holčičku.

▪ KATAMNÉZA

Příběh tohoto páru je oproti ostatním výjimečný, nejen v tom, že již dopředu byla známa Klářina diagnóza znemožňující podle lékařů početí přirozenou cestou, ale také v nečekaně šťastném konci, který by mohl přinést naději i dalším neplodným párům. *„Už když jsem byla v pubertálním věku, tak jsem věděla, že mít vlastní dítě přirozenou cestou nebude lehké. Jelikož mi už v náctiletém věku byly diagnostikovány polycystické vaječníky, od 12 let jsem neměla pravidelnou menstruaci a bez prášků či injekcí jsem v podstatě nemenstruovala, trpěla jsem často různými záněty, tak mi lékaři říkali, že budu mít s početím problém.“* Nevím, zda je výhoda či nevýhoda, že byla Klára již v mladém věku seznámena se skutečností, že otěhotnění přirozeným způsobem bude velký problém. Každopádně se na to psychicky připravila. *„Díky těmto vyhlídkám jsem byla připravena na to, že až přijde doba, kdy budu chtít dítě, tak se to nemusí povést. Rodina pro mě vždycky byla hodně důležitá a přála jsem si mít děti. Už v mládí jsem děti brala jako naplnění naší pozemské pouti. Právě díky neveselé diagnóze jsem si vždycky říkala, že musím s dětmi začít brzy, abych ještě nebyla biologicky stará.“*

Manželé se po nezdařilých pokusech podrobili celé řadě vyšetření. Kromě známé Klářiny diagnózy bylo zjištěno, že si vytváří protilátky proti manžellovým spermiiím. *„Svého životního partnera jsem potkala až ve 23 letech. O dítě jsme se začali snažit, když jsme ještě nebyli manželé, ale už jsme věděli, že spolu chceme zůstat. O dítě jsme se snažili zhruba rok, a jelikož jsem neotěhotněla, podstoupili jsme několik vyšetření. Byla potvrzena moje diagnóza. Problém byl prokazatelně na mé straně. Při vyšetřeních se dále přišlo na to, že si vytvářím proti Markovým spermiiím protilátky. Žádná léčba nepomohla, a to v podstatě rozhodlo, že přirozenou cestou spolu my dva nikdy děti mít nebudeme.“* Vyšetření spermioqramu pro pana Marka nebylo žádnou významnou překážkou. *„Věděl, že když půjdeme zkoumat, proč nemůžu otěhotnět, tak že bude muset podstoupit spermioqram.“*

A bral to kupodivu celkem statečně. Určitě to pro něj muselo být zvláštní, ale možná to bral trochu jako hru.“

Manželé podstoupili umělé oplodnění na jedné z brněnských klinik asistované reprodukce. Pocity a dojmy z léčby byly u Kláry spíše negativní, částečně to bylo dáno složitostí celé procedury a částečně následným neúspěchem. *„Léčba byla očekáváním dalších nových věcí. Bylo zvláštní do sebe píchat injekce, a pak si je nechat píchat Markem. V průběhu léčby se člověk musí soustředit na tolik věcí s léčbou spojených, že má pocit, že se účastní něčeho velkého. Potom když to nevyjde, tak přijde zklamání. Zklamání z toho, že to bylo celé k ničemu a člověk se citově a fyzicky vázal na něco, co nevyšlo.“*

Klára vnímala negativně také chování některých zdravotníků, kteří se o ni v průběhu léčby starali. *„Přišlo mi, že někteří zaměstnanci v centru asistované reprodukce se k pacientkám chovají, jak kdyby byly malomocné. Byly jsme všechny napuštěné hormony a bylo to poměrně citlivé téma, tak možná to vedlo k tomu jejich přístupu.“*

Vztah po neúspěchu neutřžil žádné významné šrámy. Vzhledem k tomu, že manželé byli dopředu připravení na neúspěch, tak celou léčbu brali s nadhledem. Možná lehkost plynula i z vědomí, že jde o první pokus. *„Pro mě bylo hodně důležité, že jsem věděla, že to někdo prožívá se mnou. Nemusela jsem o tom s Markem ani mluvit. Stačilo, když jsem věděla, že on je také nervózní z toho, jaké to bude a jestli se to povede. Bylo pro mě důležité, že mě má rád a bude mě mít rád, i když se to nepovede. Byla jsem na něj hrdá, že podstupuje ty kroky se mnou a chce, abychom měli společně dítě. Nikdy jsem od něj neslyšela, že by do toho nešel. Věděl, že se může stát, že nikdy svoje děti mít nebudeme, a přesto byl se mnou.“*

Jako u celé řady podobně postižených žen trpěla i Klára pocity beznaděje a závisti v případě, že se v jejím okolí vyskytlo malé dítě či těhotná žena. Tyto zážitky pro ni byly daleko zranitelnější, nežli fakt neúspěšného cyklu. *„Pro mě v této celé životní epizodě bylo nejhroším obdobím, když já se dozvěděla, že s Markem dítě mít nemůžu a hodně mých kamarádek a známých v té době otěhotnělo. Některé dokonce neplánovaně a v době, kdy já chodila po doktorech a dozvíдалa se, že to je špatně*

a to je špatně, tak ony mi oznamovaly novinky, že čekají dítě. To pro mě bylo náročnější, než když jsem se potom dozvěděla, že umělé oplodnění nevyšlo. Tam jsem totiž už věděla, že jsem pro to něco udělala, a že to vyjít na poprvé nemusí.“

Manželé se rozhodli, že do další léčby se pustí co nejdříve. To však netušili, že je čeká velké překvapení v podobě pozitivního těhotenského testu, kterému předcházelo početí přirozeným způsobem navzdory všem diagnózám a prognózám. *„Nakonec se nepovedlo umělé oplodnění, ale u nás se velký zázrak přeci jen stal a máme Julinku, která nevznikla ve zkumavce a nebyla vůbec očekávaná, ale je to naše milované vánoční překvapení.“*

6.8 ANALÝZA DAT Z MEDICÍNSKÉHO HLEDISKA

Respondenti uvedených kazuistik žijí v různých místech České republiky, věkové rozpětí u žen je 26-39 let, u mužů 26-37 let. Všechny páry jsou sezdané a žijí ve společné domácnosti. Všechny páry podstoupily vyšetření u odborného lékaře po roční neúspěšné snaze o otěhotnění přirozeným způsobem. Výběr daného centra proběhl na základě doporučení ošetřujícího ženského lékaře.

Léčbu neplodnosti pomocí asistované reprodukce podstoupily tři manželské dvojice, jedna ji odmítla z náboženských důvodů a přistoupila k adopci. V kazuistice č. 1 podstoupila žena celkem dva cykly IVF s darovanými embryi, v kazuistice č. 2 prošla žena dvěma cykly IVF a jedním kryoembryotransferem s vlastními embryi, v kazuistice č. 4 prošla žena pouze jedním cyklem IVF s vlastními embryi, ta jako jediná porodila zdravé dítě a to po spontánním otěhotnění. V kazuistice č. 3 adoptoval pár dvojčata, žena z kazuistiky č. 1 otěhotněla po IVF cyklu s darovanými embryi, po porodu však dítě zemřelo. Poslednímu páru z kazuistiky č. 2 se prozatím nepodařilo počít dítě.

U třech párů šlo o sterilitu primární, u jednoho o sekundární, kdy žena otěhotněla v mladém věku, avšak dítě samovolně potratila. Andrologická infertilita byla diagnostikována u dvou mužů, jeden z nich prodělal varikokélu a druhý

azoospermii.⁹⁹U tří žen byl prokázán gynekologický faktor, všechny spojuje nepravidelná menstruace, další příčinou jsou polycystické vaječníky u ženy z kazuistiky č. 4. Žena z kazuistiky č. 2 je vyššího věku, trpí nadváhou a léčí se na hypofunkci štítné žlázy. U respondentky z kazuistiky č. 1 byla v průběhu léčby neplodnosti zjištěna neschopnost dozrávání oocytů. Délka léčby se pohybuje v rozmezí dvou až šesti let.

6.9 ANALÝZA MUŽSKÉHO POSTOJE K LÉČBĚ

Léčbu neplodnosti zahájili všichni respondenti shodně po určité době nezdařených pokusů o otěhotnění u gynekologa v místě bydliště. Ten provedl základní vyšetření žen a ve všech případech odeslal jejich partnery na vyšetření spermioqramu. Toto vyšetření podstoupili všichni muži z uvedených kazuistik. Tři muži zpočátku odmítali vyšetření ejakulátu především z důvodů studu, potupy či ponížení.

Tento okamžik léčby lze označit z mužského pohledu jako jeden z klíčových. Muži je vnímán jako zásah do jejich intimity a jsou z něho mnohdy zaskočeni. Na rozdíl od žen, které ve většině případů navštěvují gynekologa již od útlého mládí, muži zpravidla nejsou podobným vyšetřením či zákrokům podrobeni. Tato skutečnost tvoří základ prvotního odmítnutí vyšetření. Další moment spatřuji ve způsobu odběru, který probíhá prostřednictvím masturbace v cizím prostředí. Přestože jsou mužům na klinikách vytvořené dnes již důstojné podmínky k odběru, stále je tento úkon pro muže velmi nepříjemný a ponižující.

Muži většinou vnímali celou problematiku léčby jako ženskou záležitost, která se jich v podstatě netýká. Dva z respondentů změnili svůj postoj až po zjištění své diagnózy, která odhalila jejich podíl na neplodnosti. Způsob odběru ejakulátu a sdělení výsledků spermioqramu muži ve většině případů vnímali jako velmi zátěžový okamžik. Rozhodujícím momentem pro jejich kladné přijetí vyšetření byl především citový vztah k ženě. U muže z kazuistiky č. 1 a č. 3 byly zjištěny hodnoty, které znemožňovaly použití vlastních buněk k umělému oplodnění. Muž č. 1 byl

⁹⁹AZOOSPERMIE: je nepřítomnost (absence) spermií v ejakulátu. Může nastat jako primární selhání varlat, zablokování vývodných kanálků nebo předchozí podvaz chámovodů. Kompletní azoospermie znamená neplodnost.
DOSTUPNÝ z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/azoospermie>>.

označen jako nezvratně neplodný a postaven před rozhodnutí vzdát se svého biologického otcovství. Tento okamžik je v kazuistice popsán jako velmi traumatizující a emocionální zážitek, kdy došlo ke skutečnému zhroucení muže. Tato skutečnost zasáhla na určitý čas partnerský vztah, kdy muž přemýšlel o rozvodu z důvodu svého selhání. Nakonec se postavil k problému čelem a přistoupil na využití darovaných spermií.

Muž z kazuistiky č. 3 podstoupil nepříjemný urologický zákrok, výsledek operace však nevedl k takovému zlepšení, aby hodnoty byly dostačující pro přirozené početí. Z vlastní praxe vím, že pouze malé procento mužů je ochotno podstupovat podobné zákroky, většinou je to způsobeno strachem a obavami z následné pooperační bolesti či erektilní dysfunkčnosti.

Léčbu neplodnosti uvedený respondent s ohledem na své náboženské přesvědčení odmítl a rozhodl se s partnerkou pro adopci. Ze zjištěných dat lze říci, že o dárcovství spermií či adopci vyslovuje muž právo veta. V konečném důsledku je pouze na jeho rozhodnutí, zda pár tyto možnosti využije či nikoliv. Ženy častěji než muži vnímají adopci jako jedno z možných variant řešení neplodnosti, muži však raději volí život bez dítěte. Důvodem může být skutečnost, že pokud by měli vychovávat dítě biologicky cizí, dají se předpokládat fyziognomické odlišnosti mezi nimi a dítětem. Tyto zjevné odchylky pak mohou vést k vtíravým otázkám a posměškům ze strany okolí, které o původu dítěte není cíleně informováno. Tento fakt proto často vede k výrazným neshodám a napětí mezi partnery, kteří se tématem adopce či dárcovstvím spermií zabývají.

Muži z uvedených kazuistik všeobecně přijímali léčbu s větší racionalitou, než ženy. Snažili se ženám být oporou v krizových situacích, ale drželi si určitý odstup od celé věci. Tento postoj vyplývá především ze skutečnosti, že největší podíl léčby a emoční zátěž je vložena na bedra ženy a tak se muž staví do pasivnějšího postavení. Jeho úloha spočívá, jak vyplývá z kazuistik, především v psychické podpoře, toleranci a pomoci v průběhu celého léčebného procesu.

6.10 ANALÝZA ŽENSKÉHO POSTOJE K LÉČBĚ

Jak již jsem uvedla, hlavním aktérem celého léčebného procesu infertility je žena a to bez ohledu na to, zda je či není porucha na její straně. Ona je ta, která musí podstoupit hormonální stimulaci, jejímž důsledkem je kolísání nálad, psychické propady, přibírání na váze. Ona je ta, která si injekčně aplikuje léky, jde na punkci vajíček, podstoupí následný transfer embryí a ta, která se jako první podívá na lakmusový papírek, kde zjistí, zda je či není těhotná. Celý tento proces, který žena podstupuje, je velmi fyzicky, psychicky a emočně náročný.

Jako zásadní vyplývají z výpovědí žen skutečnosti pro ně nejnáročnější. Těch je oproti mužskému vnímání celá řada a objevují se již na samém počátku neúspěšné cesty za dítětem. Smíření se s každým menstruačním krvácením, které je nechtěné, způsobuje první zklamání. Další přichází v době, kdy se žena musí vyrovnat s vyřčenou diagnózou, která přináší snížení sebevědomí a pocity zbytečnosti, jako tomu bylo u ženy z kazuistiky č. 1.

Z uvedených výpovědí respondentek je však zřejmé, že klíčovým momentem se u žen stává přijetí neúspěchu v léčbě. To je velmi často spojováno s pocity beznaděje, závidění, hněvu, oprávněné sebelítosti či smutku. Z výše uvedených kazuistik je zřejmé, že hlavní oporou v těchto chvílích nebyl nikdo jiný, než manžel těchto žen. Mohlo by se zdát, že ženy se budou svěřovat a obracet na své kamarádky či rodiče, ale opak je pravdou. Všechny dotazované ženy zmínily, že největší zátěž pro ně byly otázky kladené okolím typu: „Kdy už budete mít dítě?“, „Vy máte nějaký problém?“, „Jak dopadl těhotenský test?“. Ženy se postupem času začaly vyhýbat lidem, izolovat se v domácím prostředí, aby předešly vtíravým otázkám, které pro ně obzvlášť při neúspěšné léčbě byly frustrující. Tato skutečnost vycházela také z faktu, že přestože je neplodnost společností skloňována ve všech pádech a často se o ní v médiích hovoří, je stále mnohými páry tabuizována a vnímána jako osobní selhání.

Velmi zásadní se ukázal také přístup zdravotníků v klinikách asistované reprodukce. Velmi přesně je popsán především v kazuistice č. 1, kdy žena měla pocit, že lékař, který byl u prvního embryotransferu, se choval naprosto neprofesionálně a chladně. Pacientka dokonce uvádí, že pokud by byl jeho přístup vstřícnější

a empatičtější, jistě by se to odrazilo na výsledku léčby. Tato skutečnost byla zmíněna i v souvislosti s finančním ziskem kliniky. Pacienti z kazuistiky č. 3 měli pocit, že jsou jim cíleně podsouvány metody, které nejsou pro ně z hlediska jejich víry přijatelné a jsou jim přesto lékaři vnucovány za účelem finančního zisku. Chtěla bych touto cestou apelovat na všechny lékaře a zdravotníky, aby se ke svým pacientům – klientům chovali s úctou a trpělivostí, aby vždy měli na mysli individualitu každého přichozího pacienta, který přichází s důvěrou a nadějí, že mu bude pomoheno.

Z předešlých kazuistik vyplývá, že všechny ženy šly do léčby s plným nasazením a odhodláním. Respondentka z kazuistiky č. 1 v průběhu léčby zjistila, že přes relativně mladý věk nikdy nebude mít své biologické dítě. Přesto se nevzdala a tuto skutečnost přijala. Žena z kazuistiky č. 2 je postavena tváří v tvář skutečnosti, že její věk je skutečně hraniční a zřejmě zásadní při zatím neúspěšném početí. Další žena se musela smířit s tím, že bude vychovávat děti, které neprodila, ale získala prostřednictvím adopce. Pouze poslední z respondentek, přestože jí jako jediné bylo deklarováno od útlého mládí, že nebude schopna počít dítě přirozeným způsobem, se podařilo přirozenou cestou počít a porodit zdravé dítě. Tato žena by měla být nadějí a světlem pro všechny ty, kteří ztratili víru a naději na své nelehké cestě.

6.11 ANALÝZA PARTNERSKÉHO VZTAHU

Partnerský vztah je v období léčby neplodnosti vystaven velké zátěži. Léčba přináší celou řadu rozhodnutí, od volby zvolených zákroků počínaje, přes množství opakovaných pokusů, až po finance, které jsou ochotny páry do léčby investovat. Všechny tyto skutečnosti jsou předmětem debat a zárodkem případných neshod ve vztahu. Jak je uvedeno v kazuistice č. 2, dochází ke ztrátě spontaneity v oblasti sexuality, která je ovlivněna plodnými či neplodnými dny ženy.

Mění se společenská angažovanost páru, volnočasové aktivity, mnohdy se musí žena vzdát své kariéry ve prospěch léčebného procesu, to se pak odráží v poklesu finančních příjmů rodiny a celá řada dalších omezení a změn, které léčba přináší. Tyto skutečnosti jsou velmi zátěžové pro partnerský vztah a stávají se jeho prověrkou. Emoční zatížení na straně ženy je tak velké, že dochází k výčitkám a hádkám ve vztahu. V některých uvedených kazuistikách byla zmíněna i slova jako rozvod či rozchod.

Důvodem k nim byla ztráta sebedůvěry, plynoucí z neschopnosti mít své biologické dítě. Přestože respondenti uvedeni v této práci prošli velmi dramatickými zážitky, které do vztahu přinesly napětí a konflikty, propady a beznaděj, lze říci, že všichni svorně uvádějí, že jejich vztah byl posílen. Došlo k stmelení vztahu, zlepšení v oblasti komunikace. Muži se naučili svým ženám naslouchat a chránit je, přestože jejich možnosti byly a jsou značně omezeny. Mnozí z párů si uvědomili, že prioritou je pro ně jejich vzájemný vztah, který když bude funkční a pevný, ustojí život bez dětí či s dětmi biologicky nevlastními.

6.12 ETICKÝ PŘÍSTUP ZDRAVOTNÍKŮ K NEPLODNÉMU PÁRU

Pacienti center asistované reprodukce jsou lidé, kteří se liší od ostatních nemocných tím, že se většinou necítí fyzicky nemocní. Přicházejí k léčbě, protože je jim ztíženo nebo znemožněno naplnit touhu mít vlastního potomka. Lidé, kterých se týká problematika neplodnosti, bývají často velmi aktivními ve snaze změnit svou situaci. Řada z nich studuje léčebné postupy a možnosti nemocnic a center. Podobně postižené páry se setkávají, sledují výsledky léčby celé skupiny klientů na internetu, stávají se odborníky na svůj problém. Své názory, obavy a poznatky potřebují s lékaři konzultovat. Nedostatek informací by mohl vést k nedůvěře v lékaře, léčbu i centrum.

Sama problematika neplodnosti je velmi citlivým tématem, které úzce souvisí se smyslem života klientů. Ženy přicházejí s pocitem viny a méněcennosti. Dobrá znalost zásad účelné komunikace, odbornost i lidské citění jsou tak nezbytné pro vytvoření nosného vztahu, který dokáže takovým ženám pomoci se nevzdávat a věřit v úspěch léčby. Pro neplodný pár je vzájemné seznámení se svým ošetřujícím lékařem zásadní. Dojem, že jsou očekávaní a vítání hosté spolupomáhá vytvářet atmosféru bezpečí a důvěry, napomáhá dobré spolupráci.

I velmi přetížený personál, který má za sebou těžký den, by si měl proto uvědomit, že představení se a přivítání pacientky a jejího partnera patří k základním pravidlům slušného chování. Úsměv nic nestojí a může velmi pomoci v navázání kontaktu a snížení nejistoty a nervozity. Podání ruky není jen symbolem důvěryhodnosti, ale poskytuje řadu informací o pacientce. Lékař by měl vytvořit ve své ordinaci klidné prostředí a věnovat neplodnému páru dostatečný časový prostor,

který umožní dobrou výměnu informací. Navozená emoční atmosféra tak výrazně ovlivní kvalitu terapeutického vztahu, důvěru a dobrou spolupráci.¹⁰⁰

6.13 MOŽNÝ PŘÍNOS DIPLOMOVÉ PRÁCE PRO PRAXI

Výsledkem této diplomové práce je skutečnost, že neplodné páry zažívají v tomto životním období celou řadu těžkostí z oblasti psychiky. Některé z nich jsou řešitelné v rámci nejbližší rodiny nebo změnou přístupu páru k celé problematice. Z výpovědí vyplývá, že velmi nápomocná je změna životního stylu v období léčby či při čekání na osvojení dítěte, ve smyslu sportovních aktivit, koníčků, ručních prací, případně péče o domácí zvířata. Je také vhodné rozvrstvit jednotlivé léčebné cykly tak, aby pár měl prostor pro psychickou obnovu. Velmi nápomocný je i kontakt s podobně postiženými páry prostřednictvím internetových diskuzí, kterých je celá řada např. www.modrykonik.cz, www.emimino.cz, www.neplodnost.cz. Existují také stránky pro muže, kteří se mohou anonymně podělit se svými prožitky s jinými muži např. www.web.ilom.cz, anglické stránky www.mensfe.net či www.darcovstvi.cz. Ženy mohou využít rehabilitační cvičení Ludmily Mojžíšové¹⁰¹, homeopatickou léčbu či užívání bylinných čajů.

Pokud však dojde k opakovaným neúspěšným cyklům, spontánním potratům, či úmrtí dítěte, tak jako v kazuistice č. 1, není v silách partnerů zvládnout situaci bez odborné psychologické pomoci. Pro řadu lidí je tato odborná pomoc spojována stále s předsudky, které však nejsou na místě. Překonání této averze by bylo možné, pokud by se odborné psychologické poradenství nacházelo v každém centru asistované reprodukce a stalo se součástí léčebného cyklu každého infertilního páru. Toto poradenství by mělo zahrnovat více pohovorů, kdy by terapeut poskytl psychologicko-emocionální podporu v dané chvíli. Tím by pár získal k danému

¹⁰⁰ Srov. PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr; a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, s. 179-180. ISBN: 978-80-247-3976-2.

¹⁰¹ LUDMILA MOJŽÍŠOVÁ: vypracovala rehabilitační metodu sloužící k léčbě některých druhů funkční sterility. Metodě bylo dne 3. 10. 1990 uděleno Ministerstvem zdravotnictví České republiky jako nové metodě léčení. V indikovaných případech ji proplácí zdravotní pojišťovna. Srov. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 55. ISBN: 978-80-7262-591-8.

terapeutovi důvěru, ten by jej pak stejně jako gynekolog či embryolog provázel po celou dobu léčby a aktuálně řešil vzniklé překážky či prohry. Zde bych spatřovala význam i ve zpětné vazbě, kdy psycholog by na základě zjištěných poznatků usměrňoval přístup zdravotníků a lékařů ke svým pacientům, který je mnohdy velmi neosobní a necitlivý. Tímto by se zvýšil komfort a péče o neplodné páry.

ZÁVĚR

Hlavním tématem této diplomové práce je neplodnost a její psychický dopad na partnerský vztah. Aniž by se mohlo zdát, tato problematika zasahuje nejen do života jednotlivců či párů, ale i celé společnosti. Je potřeba zdůraznit, že vztah mezi ženou a mužem, je i bez ohledu na proměny společnosti její nejvýznamnější jednotkou. Prostorem, ve kterém dochází k socializaci jedince, k formování jeho osobnosti, k výchově a tvorbě lidského kapitálu, ale také k ochraně a pomoci v těžkých životních situacích.

Přestože je důležitost rodičovství a stabilního partnerství sociology často deklarována, dostává se do rozporu s hodnotami současné postmoderní společnosti. Tato je orientována především na výkon, profesní seberealizaci a individuální úspěch. To však vyžaduje maximální flexibilitu, vysokou angažovanost, které jsou doprovázeny špatným životním stylem, stresem a přetížeností. Pod tímto tlakem dochází ke zhoršování zdravotního stavu, k odkládání a plánování rodičovství, ke krizi rodiny a jejím častým rozpadům. Pokud však nebude rodina chápána jako základní jednotka společnosti, která musí být chráněna státem, ocitne se tento v krizi, která již bude nezvratná.

V této práci je neplodnost popsána v celé své šíři, jak z pohledu medicínského, tak z pohledu psychologického a sociologického. Je vykreslena jako choroba, která přináší vedle fyzické bolesti, především „bolest“ v oblasti psychiky. Provází ji dlouhodobá zátěž, která ovlivňuje každou oblast života jednotlivců i partnerů. Pokud jsou partneři postaveni před neschopnost počít dítě, čeká je celá řada rozhodnutí, která následně ovlivní nejen určitý úsek jejich života, ale mnohdy celou jejich budoucnost.

Výzkumné šetření, které bylo použito v této práci prostřednictvím kazuistik, se zabývá především osobními zkušenostmi s neplodností, s prožitky a emocemi jednotlivých respondentů. Výpovědi byly poskytnuty především ze strany žen, které zprostředkovaly pocity a chování své i svých partnerů. Analýzou bylo zjištěno, že přístupy žen a mužů k léčbě a řešení neplodnosti jsou značně rozdílné. Muži k celé problematice přistupovali s určitým odstupem a racionálním myšlením. Největší zátěž

spatřovali v základním vyšetření ejakulátu a následně ve sdělených diagnózách, které vnímali jako své selhání. Dalším závažným okamžikem bylo rozhodnutí se pro přijetí dítěte biologicky nevlastního. Muži se dále shodli, že pro ně bylo velice těžké zvládat psychické propady svých žen, protože nebyli schopni jim vlastními silami pomoci.

Na straně druhé ženy prožívaly celé období velmi emocionálně, což bylo částečně spojováno i s hormonálními výkyvy, způsobenými hormonální stimulací, jež je součástí léčby. Velký význam věnovaly samotné léčbě a nesplněným očekáváním, jež byla zdrojem největší zátěže. Důležitost na rozdíl od mužů přikládaly také reakcím svého okolí a chování zdravotníků vůči jejich osobám. Analýza kazuistik dále ukazuje, že ženy se s celou léčbou a následnými neúspěchy vyrovnávaly podstatně hůře než jejich protějšky. Přesto byly všechny partnerské vztahy v této životní etapě respondentkami označené za pevnější a stabilnější, než v dobách před nemocí.

Zjištění všech skutečností by mělo napomoci nejen k pochopení, jak se člověk v takové životní situaci cítí, co prožívá a jak je poznamenán partnerský vztah. Mělo by být také návodem pro ty, kteří na svou cestu za dítětem teprve nastupují, či pro ty, kteří se v jejich blízkosti pohybují mnohdy jako „sloni v porcelánu“. Tato práce by měla být rovněž přínosem pro zdravotníky, lékaře a terapeuty pohybující se v oboru asistované reprodukce, v tom smyslu, že jim bude poskytnut vhled na jejich pacienty nejen z hlediska medicínského, ale především z hlediska lidského. Vždyť přeci empatie, altruismus a pochopení jsou hodnoty, které mají zázračné účinky a pomáhají léčit šrámy na duši.

RESUMÉ

Teoretická část práce obsahuje obecnou definici rodiny a pohled na její proměnu v postmoderní společnosti. Jsou rozebrány základní funkce rodiny a pilíře partnerského vztahu. Je zde popsán vztah současného člověka k mateřství, otcovství a rodičovství vůbec. Jako další stěžejní bod práce je popis neplodnosti, její příčiny a léčba. Jsou rozebrány psychologické faktory prožívání této nemoci včetně frustrace a deprivace. Je poskytnut podrobný náhled do metod asistované reprodukce a finančních nákladů s nimi spojených. Jako z možných řešení nedobrovolné bezdětnosti je uvedena adopce. Závěr teoretické části vykresluje infertilitu ve vztahu k sociální pedagogice a její využití ve smyslu pomoci.

V praktické části jsou zpracovány kazuistiky skutečných rodin bojujících s tímto citlivým problémem. Je zde uveden podrobný náhled na danou problematiku prostřednictvím výpovědí oslovených žen a mužů. V jednotlivých kazuistikách je popsána základní anamnéza páru a následný průběh nemoci, léčby a také změn, které neplodnost do života párů přinesla. Je popsána bojovnost a urputnost, s jakou se páry byly schopny s různými překážkami a propady vyrovnávat. Je v nich na jedné straně strach, beznaděj, zlost, a na straně druhé víra, síla, nezdolnost, která v konečném důsledku partnerství muže a ženy posílila. Všechny tyto skutečnosti jsou podrobeny analýze a následnému vyhodnocení.

V závěru práce je poukázáno na to, jakým způsobem by měli lékaři a zdravotníci komunikovat a jednat s neplodnými páry, aby vzniklo pouto důvěry a efektivní vzájemné spolupráce.

ANOTACE

Anotace

Diplomová práce na téma „Neplodnost a její psychický dopad na partnerský vztah“ se zabývá problémem, kdy je partnerskému vztahu ztíženo či zcela znemožněno početí vlastního biologického dítěte a zkoumá sociologický a psychologický aspekt takové situace pro postižený pár. Zjištěné skutečnosti jsou popsány na kazuistikách skutečných rodin.

Klíčová slova

Rodina, mateřství, otcovství, bezdětnost, neplodnost, psychika, frustrace, deprese, asistovaná reprodukce, metody asistované reprodukce, adopce.

Annotation

Diploma Thesis named „Infertility and its psychological impact on the couple relationship,, deals with the problem when it is for couple difficult or entirely impossible to conceive their biological child. This Thesis studies the sociological and psychological aspect of such situations as well. The findings are described in case reports of real families.

Keywords

Family, motherhood, fatherhood, childlessness, infertility, psyche, frustration, depression, assisted reproduction, assisted reproductive technology, adoption.

LITERATURA

1. BANNEROVÁ, Ivana. *Bakalářská práce: Problematika neplodnosti – sociální a společenské souvislosti*. Brno: IMS, 2008, s. 50.
2. BURGESSOVÁ, Andrienne. *Návrat otcovství: jak se stát moderním otcem*. Vyd. 1. Brno: Jota, 2004, 218 s. ISBN: 80-7217-296-4.
3. BURIÁNEK, Jiří. *Sociologie*. Vyd. 2. Praha: Fortuna, 2001, s. 128. ISBN:80-7168-754-5.
4. DOHERTY, Maud; MORRISSEY Melanie. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, s. 121. ISBN: 80-251-0771-X.
5. GILBERT, Guy. *Evangelium podle svatého lotra*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 295. ISBN: 978-80-7367-450-2.
6. HAŠKOVÁ, Hana. *Fenomén bezdětnosti*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009, s. 240. ISBN: 978-80-7419-020-9.
7. K GARDNER, David; WEISSMAN, Ariel; M HOWLES, Colin; SHOHAM, Zeev. *Textbook of Asisted Reproductive Technologies: laboratory and Clinical perspectives*. New York: Informa Healthcare 2009, s. 912. ISBN-13:9780415448949.
8. KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2009, s. 296. ISBN: 978-80-7262-591-8.
9. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, s. 216. ISBN: 978-80-7367-383-3.
10. KRAUS, Blahoslav, SÝKORA, Petr. *Sociální pedagogika I*. Vyd. 1. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, s. 63.

11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, s. 279. ISBN: 80-7178-774-4
12. MALÝ, Zdeněk. *Cesta k vytoženému dítěti: průvodce léčbou neplodnosti*. Vyd. 1. Brno: Unica, 2006, s. 18. ISBN: neuvedeno
13. MATĚJČEK, Zdeněk.: *Náhradní rodinná péče – Průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, s. 183. ISBN 80-7178-304-8
14. MATĚJČEK, Zdeněk, DYTRYCH Zdeněk. *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 144. ISBN: 80-7169-897-0.
15. MATĚJKOVÁ, Erika. *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Vyd. 1. Praha. Grada Publishing, 2007, s. 160. ISBN: 978-80-247-1832-3.
16. MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Vyd. 1. Praha: Slon, 2003, s. 144. ISBN: 80-8585-024-9.
17. MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. Vyd. 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002, s. 111. ISBN: 80-86429-05-9.
18. OSTRÓ, Alexander, PILKA, Ladislav, LEŠNÍK, František. *Reprodukční medicína: současnost a perspektivy*. Vyd. 1. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 2009, s. 287. ISBN: 978-80-7182-278-3.
19. PRAŠKO, Ján; BULÍKOVÁ, Barbora; SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Vyd.1. Praha: Galén, 2009, s. 93. ISBN: 978-80-7262-654-4.
20. PRAŠKO, Ján. *Co je to deprese a jak se léčí: stručný průvodce pro pacienty*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999, s. 30. ISBN: 80-7254-030-0.
21. PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr; a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, s. 179-180. ISBN: 978-80-247-3976-2.

22. ROHR, Rrichard, MARTOS, Joseph. *Cesta divokého muže*. Vyd. 1. Brno: Cesta, 2002, s. 158. ISBN: 80-7295-032-0.
23. ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti: příčiny neplodnosti, metody léčby, mimotělní oplodnění, zákony*. Vyd. 3. Praha: Grada. 2004, s. 120. ISBN: 80-247-1010-2.
24. ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Vyd. 1. Brno: Paido, 1998, s. 268. ISBN: 80-85931-48-6
25. SLEPIČKOVÁ, Lenka. *Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce*. Sociologicky časopis/Czech Sociological Review, 2009, Vol. 45, No. 1, s. 203.
26. SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, s. 176. ISBN: 80-7178-559-8.
27. SYTAŘ, Tomáš. *Bakalářská práce: Rizika sekt a sektářství*. Brno: IMS, 2010, s. 57.
28. ŠTĚPANÍK, Jaroslav. *Umění jednat s lidmi 3: stres, frustrace a konflikty*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 168. ISBN: 80-247-1527-9.
29. TRÁVNÍK, Pavel, ČECH, Svatopluk. *Základy obecné a speciální embryologie pro klinické embryology*. Vyd. 1. Brno: Ybux s.r.o., 2011, s. 143. ISBN:978-80-904697-0-9.
30. VINAY, Joshi. *Stres a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, s. 160. ISBN: 978-80-7367-211-9.
31. ZAPLETAL, Ladislav; JILČÍK, Tomáš. *Sociologie I. – vybrané kapitoly ze základů sociologie a demografie*. Brno: IMS, 2003, s. 67.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. BABY ONLINE: *Nemohu otěhotnět.* [online]. 2011 [cit. 2012-01-11]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/neplodnost>>.
2. BABY WEB: *Neplodnost a psychika.* [online]. 2009 [cit. 2012-01-13]. DOSTUPNÝ z WWW: < <http://www.babyweb.cz/Clanky/a1500-Neplodnost-a-psychika.aspx>>.
3. BIOETIKA: *Metody asistované reprodukce a jejich etické problémy.* [online]. 2004 [cit. 2012-01-21]. DOSTUPNÝ z WWW: < <http://www.volny.cz/bioetika/clanky/2004/2/hach.html>>.
4. DĚJEPIS: *Pandorina skříňka.* [online]. 2011 [cit. 2012-01-18]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.dejepis.com/index.php>>.
5. ELEMENT: *Vztahy napříč generacemi: Raus Pavel* [online]. 2011 [cit. 2011-12-27]. DOSTUPNÝ z WWW: http://www.element.cx/letaky/A3_familyFest.pdf>.
6. ENDOMETRIÓZA: *Jak se endometrióza projevuje.* [online]. 2010 [cit. 2012-01-11]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.endometrioza.cz/co-to-je-endometrioza.php>>.
7. KLINIKA REPRODUKČNÍ MEDICÍNY A GYNEKOLOGIE: *intrauterinní inseminace* [online]. 2006 [cit. 2012-01-31]. DOSTUPNÝ z WWW: < <http://www.crmzlin.cz/page/1760.intrauterinni-inseminace-iui-/>>.

8. LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK: *Blastocysta*. [online]. 2008 [cit. 2012-01-31]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/blastocysta/>>.
9. LÉKAŘI ONLINE: *Intracytoplazmatická injekce spermií- ICSI* [online]. 2006 [cit. 2012-01-30]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.lekari-online.cz/lecba-eplodnosti/zakroky/icsi/>>.
10. MEDICÍNA: *Podmínky asistované reprodukce* [online]. 2011 [cit. 2012-01-31]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss/>>.
11. METODICKÝ PORTÁL: *Kazuistika*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-31]. DOSTUPNÝ z WWW: <http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/K/Kazuistika/>.
12. MUŽSKÁ NEPLODNOST: *Fyzické příčiny neplodnosti*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-13]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.muzskaneploдность.cz/fyzicke-priciny-neplodnosti/>>.
13. NAŠE PORODNICE: *Věk a ženská neplodnost*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-11]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.naseporodnice.cz/vek-a-zenska-neplodnost.php/>>.
14. NEPLODNOST: *Mužská neplodnost*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-13]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.neplodnost.org/muzska-neplodnost.html>>.

15. ONA DNES: *Dobrovolně bezdětná: divné, nebo normální?* [online]. 2007 [cit. 2011-12-28]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://ona.idnes.cz/dobrovolne-bezdetna-divne-nebo-normalni/>>.
16. ONKOGYN: *Kyretáž*. [online]. 2011 [cit. 2012-02-08]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.onkogyn.cz/verejnost/kyretaz/> >.
17. PRONATAL: *Embryologie*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-31]. DOSTUPNÝ z WWW:<<http://www.pronatal.cz/pages/pece-embryologie-mimotelni-oplodneni.php>>.
18. RODINA: *Neploďnost a psychika*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-16]. DOSTUPNÝ z WWW: <http://www.rodina.cz/clanek8126.htm>>.
19. REPROFIT: *Diagnostika a léčba neplodnosti*. [online]. 2006 [cit. 2012-01-30]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.reprofit.cz/page.php?id=25&rodic=7&lang=cz/>>.
20. SANATORIUM PRONATAL: *Embryologie*. [online]. 2006 [cit. 2012-01-30]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.pronatal.cz/pages/pece-embryologie-mimotelni-oplodneni.php>>.
21. SLOVNÍK CIZÍCH SLOV: *Azoospermie*. [online]. 2011 [cit. 2012-02-21]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/azoospermie>>.

22. SLOVNÍK CIZÍCH SLOV: *Katamnéza*. [online]. 2011 [cit. 2012-02-08].
DOSTUPNÝ z WWW:< <http://www.online-slovník.cz/slovník-cizich-slov/katamneza/>>.
23. VYLÉČIT: magazín o zdraví. *Maniodepresivní psychóza*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-21]. DOSTUPNÝ z WWW: <<http://www.vylecit.cz/1034/maniodepresivni-psychoza/>>.
24. WIKIPEDIA: otevřená encyklopedie. *Fototerapie*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-21].
DOSTUPNÝ z WWW: < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Fototerapie/>>.
25. WIKIPEDIA: otevřená encyklopedie. *Frustrace*. [online]. 2011 [cit. 2012-01-18].
DOSTUPNÝ z WWW:< <http://cs.wikipedia.org/wiki/Frustrace/>>.
26. WIKIPEDIA: otevřená encyklopedie. *Otcovství*. [online]. 2011 [cit. 2011-12-27].
DOSTUPNÝ z WWW:< http://cs.wikipedia.org/wiki/Otcovství>.
27. WIKIPEDIA: otevřená encyklopedie. *Sociologie*. [online]. 2011 [cit. 2012-02-07].
DOSTUPNÝ z WWW: < http://cs.wikipedia.org/wiki/Sociologie>.
28. WIKIPEDIA: otevřená encyklopedie. *Varikokéla*. [online]. 2011 [cit. 2012-02-13].
DOSTUPNÝ z WWW: < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Varikokéla/>>.
29. ZDRAVOTNICKÉ NOVINY: *Elektrokonvulzivní léčba*. [online]. 2008 [cit. 2012-01-]. DOSTUPNÝ z WWW:
< <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/elektrokonvulzivni-lecba/>>.