Univerzity Karlovy v Praze

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie

Diplomová práce

Anna Komorová

Nedobrovolná bezdětnost a její působení na partnerský vztah

The Impact of Involuntary Childlessness on Partner Relationship

Praha 2014 Vedoucí práce: prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Prof. PhDr. Lence Šulové, CSc. za inspiraci, podporu, odborné rady a vstřícné vedení.

Děkuji PhDr. Ivě Štětovské, PhD. a MUDr. Mgr. Radvanu Bahbouhovi, Ph.D. za pomoc s metodologickou částí mého výzkumu.

Chtěla bych poděkovat také svým rodičům a manželovi, kteří mi po celou dobu studia dodávali odvahu, podporovali mě a věřili mi.

Velký dík patří rovněž pracovníkům v centrech asistované reprodukce, kteří mi pomáhali s náborem respondentek, a samozřejmě také respondentkám samotným, bez kterých by výzkum nemohl být vůbec zrealizován.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 4. 12. 2014 Anna Komorová

Abstrakt:

Tématem této diplomové práce je nedobrovolná bezdětnost a její působení na partnerský vztah.

V teoretické části jsou popsány teorie snažící se vysvětlit, proč lidé chtějí mít děti; jsou zde shrnuty poznatky týkající se neplodnosti a její léčby a další způsoby, jak je možné neplodnost řešit. Práce se soustřeďuje na nedobrovolnou bezdětnost a její psychosociální aspekty; velkou pozornost věnuje zejména nedobrovolné bezdětnosti v souvislosti s partnerským vztahem. Dále shrnuje poznatky, jak se partneři s nedobrovolnou bezdětností vyrovnávají, a zabývá se možnostmi psychologické pomoci těmto párům.

Empirická část byla zrealizována prostřednictvím kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaných rozhovorů a Škály obsažení druhého ve vlastním já. Výzkumu se účastnilo 11 žen, které měly s nedobrovolnou bezdětností zkušenost. Empirická část přináší odpovědi na otázky ohledně významu rodičovství pro nedobrovolně bezdětné ženy, jejich emotivity a partnerského vztahu. Mapuje oblasti partnerského vztahu, které byly působením nedobrovolné bezdětnosti změněny, a popisuje, co se ve vztahu v tomto období dělo. Zmiňuje také pohled respondentek na roli sociálního okolí, na život bez dětí a na léčbu neplodnosti.

Klíčová slova:

nedobrovolná bezdětnost, partnerský vztah, neplodnost, význam rodičovství, psychosociální aspekty, změny v partnerství, vyrovnávací strategie

Abstract:

The topic of this thesis is involuntary childlessness and its impact on partner relationships.

The theoretical part describes theories which try to explain, why people want to have children; here the knowledge about infertility, its therapy and other ways of solving this problem are summarized. The next part of the thesis deals with involuntary childlessness and its psychosocial aspects; special attention is paid to involuntary childlessness in connection to partner relationships. This part also summarizes the coping strategies of partners and presents the possible ways of psychological help for them.

The empirical part was implemented by using the qualitative research, the semi-structured interviews and the method of Inclusion of Other in the Self scale. Total of 11 respondents took part, all women and each of them with experience in the area of involuntary childlessness. This part presents answers on the questions about the sense of parenthood for involuntarily childless women, their emotions and partner relationships. It surveys the areas of partner relationships, which were affected by the involuntary childlessness and describes what happens in relationship during this experience. It also shows the view of the individual respondents on the role of the social environment, on the life without children and on the therapeutical cure of infertility.

Key words:

involuntary childlessness, partner relationship, infertility, sense of parenthood, psychosocial aspects, changes in partner relationship, coping strategies

Obsah

ÚVOD 8
TEORETICKÁ ČÁST 10
1. MOTIVACE K RODIČOVSTVÍ 11
1.1. Biologické teorie rodičovství 12
1.2. Společenské teorie rodičovství - mateřství jako sociální konstrukt 16
1.3. Mikroekonomická teorie 20
1.4. Psychologické teorie rodičovství 21
2. NEPLODNOST 27
2.1. Vymezení pojmů 27
2.2. Neplodnost 28
2.3. Příčiny neplodnosti 29
2.4. Metody léčby 42
3. BEZDĚTNOST A JINÁ ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI 53
3.1. Proces rozhodování 53
3.2. Asistovaná reprodukce s použitím vlastních gamet 55
3.3. Asistovaná reprodukce s použitím gamet dárcovských 56
3.4. Náhradní rodinná péče 58
3.5. Bezdětnost 60
4. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY NEDOBROVOLNÉ BEZDĚTNOSTI 66
4.1. Reakce na neplodnost 66
4.2. Rozdíly v reakcích mezi muži a ženami 67
4.3. Psychologické důsledky léčby 71
4.4. Faktory, které znesnadňují /usnadňují prožívání neplodnosti 73
4.5. Sociální vnímání „bezdětných“ 74
4.6. Sociální vztahy 75
5. NEDOBROVOLNÁ BEZDĚTNOST A PARTNERSKÝ VZTAH 77
5.1. Teorie lásky a nedobrovolně bezdětné partnerství 77
5.2. Neplodnost jako „zkouška síly“ partnerského vztahu 81
5.3. Komunikace a sdílení pocitů 84
5.4. Sexualita sterilního páru 86
6. VYROVNÁNÍ SE S NEDOBROVOLNOU BEZDĚTNOSTÍ 89
6.1. Faktory mající vliv na vyrovnávání s bezdětností 90
6.2. Stres u neplodných párů 96
6.3. Neplodnost a smysl života 101
7. PSYCHOLOGICKÁ POMOC NEDOBROVOLNĚ BEZDĚTNÝM PÁRŮM 103
7.1. Terapie nedobrovolně bezdětných párů 103
7.2. Způsoby psychologické pomoci 104
7.3. Druhy terapie 106
7.4. Témata v terapii nedobrovolně bezdětných párů 107
EMPIRICKÁ ČÁST 113
1. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL 114
2. FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK 115
3. METODOLOGICKÝ RÁMEC 116
4. VOLBA ZÁKLADNÍCH METOD 117
4.1. Rozhovor 117
4.2. Škála obsažení druhého ve vlastním já 119
5. VÝZKUMNÝ SOUBOR 120
6. VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU 123

6.1. Základní charakteristiky jednotlivých respondentek 124
7. OVĚŘOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH TECHNIK - PŘEDVÝZKUM 130
8. ZÍSKÁVÁNÍ DAT 131
9. ANALÝZA A INTERPRETACE DAT 133
9.1. Analýza rozhovorů 133
9.2. Analýza výsledků získaných metodou „Škála obsažení druhého ve vlastním já“ 159
10. SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ EMPIRICKÉ ČÁSTI 161
10.1. Odpovědi na výzkumné otázky 161
10.2. Další výsledky 163
10.3. Porovnání skupiny A a skupiny B 164
11. DISKUZE 165
11.1. Porovnání našich výsledků s výsledky jiných studií 165
11.2. Možné limity výzkumu 172
11.3. Další směřování výzkumných aktivit zabývajících se nedobrovolnou bezdětností 176
11.4. Etické otázky 177
11.5. Aplikace poznatků v praxi 178
ZÁVĚR 179
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 182
PŘÍLOHY 195

ÚVOD

Rodičovství bývá považováno za přirozenou součást života člověka. Lidé se často s rolí rodiče identifikují, někteří ji považují za to nejcennější, čeho mohou ve svém životě dosáhnout. Býti rodičem je v naší společnosti považováno za normální, samozřejmé a správné. Většina lidí jaksi implicitně předpokládá, že rodičem jednou bude, a mnoho z nich ani neuvažuje nad tím, že by se tak nemuselo stát.

Proto také zjištění, že má pár s plodností problémy, že to, co se zdálo tak jednoduché a samozřejmé, vůbec samozřejmé není, představuje pro člověka tak obtížnou situaci, že nejsou výjimkou extrémní emoční stavy jako deprese a úzkosti, a objevovat se mohou i myšlenky na sebevraždu (Kirkman, 2003).

Nedobrovolná bezdětnost však není jen problémem osobním, ale týká se celého páru. Primárně tím, že jde o něco společného, co chtěli partneři mít, čím chtěli obohatit svůj vztah. Partnerům se tak hroutí jejich osobní i partnerské cíle, svůj život vnímají jako prázdný a nesmyslný a nevědí, pro co vlastně žít. Sekundárně se emoční stav způsobený potížemi s plodností odráží do partnerského vztahu.

Nedobrovolná bezdětnost představuje pro většinu partnerů krizovou situaci, která vyvede pár z dosavadní rovnováhy. Partneři musí k situaci zaujmout nějaký postoj a to nejen na úrovni individuální, ale i na úrovni párové. Předpokládáme, že prožití této kritické situace způsobí v partnerském vztahu změny, které jej někam posunou, a právě tyto změny bychom chtěli v rámci naší diplomové práce zmapovat.

Podle našeho názoru je téma nedobrovolné bezdětnosti v současné době velmi aktuální, ale v českém prostředí není mnoho autorů, kteří by se mu komplexně věnovali. Nejpodrobněji zpracovala toto téma zatím Konečná (2003), která zkoumala fenomén nedobrovolné bezdětnosti obecně a v rámci toho se věnovala i některým aspektům partnerského vztahu.

Ve světové literatuře je toto téma probádáno podrobněji. Vznikly studie zabývající se odlišným vnímáním nedobrovolné bezdětnosti u mužů i žen, vzájemným ovlivňováním psychického stavu partnerů a změnou spokojenosti v nedobrovolně bezdětném partnerství.

Z tuzemské i zahraniční literatury jsme čerpali v teoretické části této práce.

Diplomová práce se zabývá nedobrovolnou bezdětností a jejím působením na partnerský vztah. Termín „nedobrovolná bezdětnost“ může mít mnoho různých významů, proto bychom nyní chtěli tento termín vymezit tak, jak jej budeme používat v rámci naší

práce. V této práci máme pod tímto pojmem na mysli heterosexuální pár, který se po dobu delší než rok pokouší, aby partnerka otěhotněla a porodila, ale z nějakého důvodu se to nedaří.

Cílem práce je poukázat na komplexnost a závažnost tohoto fenoménu, který se netýká jen stránky somatické, ale i psychické, vztahové a sociální. Práce mapuje témata, na která by se mohl psycholog v práci s těmito páry zaměřit a která by mohla být dále zkoumána, a poukazuje na důležitost začlenění psychologa do týmu odborníků v centrech asistované reprodukce.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V první kapitole teoretické části se zabýváme rodičovstvím a představujeme teorie, které se snaží vysvětlit, proč lidé chtějí mít děti. Na tuto kapitolu navazuje kapitola o neplodnosti, která představuje příčiny neplodnosti a možnosti léčby. Další kapitola mapuje možnosti páru, který nemůže mít dítě přirozenou cestou - zabývá se metodami asistované reprodukce, adopcí a bezdětností. Další kapitoly se zabývají právě nedobrovolnou bezdětností. Zaměřují se na psychosociální aspekty nedobrovolné bezdětnosti, jako jsou reakce na neplodnost, prožívání bezdětnosti a sociální vztahy. Poté se věnují partnerskému vztahu nedobrovolně bezdětných párů – pozitivním a negativním přínosům nedobrovolné bezdětnosti do vztahu, partnerské komunikaci a sexualitě. Pozornost je rovněž věnována vyrovnávání se s nedobrovolnou bezdětností (faktorům, které vyrovnávání usnadňují a které naopak znesnadňují, strategiím zvládání stresu) a psychologické pomoci nedobrovolně bezdětným párům.

Cílem empirické části je zjistit, jaký význam má pro nedobrovolně bezdětné ženy rodičovství, jak prožívaly nebo prožívají období nedobrovolné bezdětnosti, jak popisují svůj partnerský vztah a jaké změny v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností ve vztahu reflektují.

Při realizaci empirické části jsme využili kvalitativního výzkumu a metody polostrukturovaných rozhovorů, které jsme doplnili o metodu Škála obsažení druhého ve vlastním já.

Zájem o toto téma v nás vzbudila zejména kniha Konečné (2003) Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla, po jejímž přečtení jsme se chtěli o problematice dozvědět více, ale zjistili jsme, že ačkoliv se jedná o téma důležité, není mu věnován dostatek pozornosti, což se odráží také v nedostatku odborné literatury, která by se touto problematikou zabývala. Vzhledem k tomu, že se autorka chce ve svém profesním životě věnovat náhradní rodinné péči a domnívá se, že téma nedobrovolné bezdětnosti s touto problematikou úzce souvisí, rozhodla se věnovat tomuto tématu ve své diplomové práci.

TEORETICKÁ ČÁST

1. MOTIVACE K RODIČOVSTVÍ

Mnoho autorů se snaží porozumět fenoménu rodičovství a vymýšlí teorie, ve kterých se pokouší vysvětlit touhu lidí po rodičovství. Proč lidé chtějí mít děti? Proč vlastní děti? Proč jsou schopni udělat toho tolik, jen aby se stali rodiči? Proč přináší tolik osobních obětí a proč se vzdávají tolika oblíbených aktivit jen proto, aby mohli chovat v náručí svého potomka?

Teorií zabývajících se otázkou, „proč lidé chtějí mít děti“ je mnoho, každá z nich se dívá na rodičovství z jiného úhlu pohledu a každá z nich poukazuje na jiné aspekty tohoto fenoménu. Podle Matějčka (1986) můžeme rozdělit teorie fertility do tří skupin, z nichž každá považuje za stěžejní jiný aspekt rodičovství, který má rozhodující vliv na fakt, že lidé si přejí mít děti.

První skupina těchto teorií klade důraz na instinkt, kvůli kterému člověk cítí vnitřní, rozumově nevysvětlitelnou touhu po rodičovství, kterou vnímá jako něco naprosto přirozeného. Velkou roli zde hraje zejména pud pohlavní a pud rodičovský, které ovlivňují v tomto směru chování člověka (Matějček, 1986).

Podle další teorie jsou nejdůležitější aspekty společenské, tedy potřeba člověka naplnit očekávání společnosti, která považuje rodičovství a zejména mateřství za normální a společensky hodnotnou náplň života a která tyto své hodnoty předává svým členům již od útlého věku, následkem čehož i oni začnou vnímat rodičovství jako potřebu, která je jim vlastní (Matějček, 1986).

Další teorie můžeme označit jako psychologické, protože akcentují psychické potřeby, které může prostřednictvím rodičovství člověk naplnit. Tyto teorie rovněž kladou důraz na individuální potřeby a tedy i na různorodost motivů, které vedou k založení rodiny (Matějček, 1986).

Musíme rovněž poukázat na fakt, že přemýšlet nad motivací, proč lidé plodí či neplodí děti, je možné až ve chvíli, kdy se jedná skutečně o volbu, tedy když mají partneři přístup k efektivní antikoncepci, která je snadno dostupná, její užívání je jednoduché a považované za bezpečné, a partneři nemají žádné ideologické zábrany, kvůli kterým by užívání antikoncepce odmítali. Do doby, než byla rozšířená možnost používání antikoncepce, bylo mnoho těhotenství nechtěných nebo byla jednoduše považována za samozřejmou součást života, nad kterou není potřeba přemýšlet.

Nyní uvedeme několik nejvýznamnějších teorií, které se rodičovstvím zabývají. Bude se jednat o teorie biologické, společenské a psychologické, tak jak rozdělení nastínil již

zmíněný Matějček (1986) a dále následuje ještě teorie mikroekonomická, kterou zmiňuje Rabušič (2001).

1.1. Biologické teorie rodičovství

Do této skupiny zařadíme takové teorie, které předpokládají, že touha rodit děti je lidské rase nějakým způsobem vrozená, že nezáleží na společensko-kulturním vlivu ani na rozumovém hodnocení rodičovského stavu, ale na intuici a pudech, které jsou zcela přirozené a na dalších faktorech nezávislé. V této skupině uvedeme teorie evoluční a teorie akcentující rodičovský instinkt.

1.1.1. Rodičovství v evoluční teorii

Základním předpokladem evolučních teorií je myšlenka, že chování člověka je vedeno cílem předat své geny do další generace, tedy rozmnožit se. Podle některých odborníků je však tento předpoklad v rozporu s tendencemi moderní společnosti rodit méně dětí. Tendence ke snižování počtu vlastních potomků, která je patrná v moderní společnosti, však nemusí být v rozporu s evoluční teorií. Může tomu být právě naopak, protože za některých okolností je menší počet potomků efektivnější strategií, jak zvýšit fitness jedince, tedy míru jeho relativního reprodukčního úspěchu (Barrett, Dunbar, Lycett, 2007).

Rogers (1990) říká, že chtějí-li si rodiče zajistit, aby se jejich geny dostali do dalších generací a přežili co nejdéle, nejde jim pouze o to, aby zplodili děti, ale aby jejich děti zplodily děti – tedy o jejich vnoučata. Pokud totiž rodiče vyprodukují velké množství málo kvalitních potomků, kteří buď nepřežijí, nebo se nedokáží rozmnožit, jejich investice, které do nich vložili, se jim nevrátí, protože jejich geny se do další generace nedostanou. Naopak budou-li mít méně potomků, ale zato kvalitních, zvyšuje se pravděpodobnost jejich reprodukčního úspěchu a tedy i toho, že se geny rodičů přesunou do další generace. Rodiče se tedy snaží najít kompromis mezi kvantitou a kvalitou svých potomků s cílem zajistit si co největší fitness.

Jiné vysvětlení má pro posun k nižší plodnosti Turke (1989), který vidí hlavní příčinu v rostoucím významu nukleární rodiny a v téměř úplném vymizení vícegeneračních rodin, které je pro západní společnost typické. Tím, že rodiče nemohou počítat s každodenní pomocí příbuzných s péčí o potomka, zvyšují se tak náklady spojené s jejich výchovou a snižuje se motivace rodičů potomky plodit.

Evoluční pohled může také objasnit zdánlivý paradox, proč bohatší rodiny mívají méně dětí, než rodiny chudé. Velké jmění totiž může podstatně zvýšit kvalitu potomka a to nejen dítěte, ale i vnoučete a pravnoučete. Mají-li však rodiče více dětí, svůj majetek mezi ně rozdělí a ti jej zase rozdělí mezi své děti, zděděný majetek vnoučat a pravnoučat je tedy již zanedbatelný. Lidé tedy omezují počet potomků, ale zvyšují náklady, které do nich investují. Majetní lidé s každým dalším dítětem musí výrazně omezit náklady, které do každého z nich investují, čímž sníží jejich kvalitu a tím i reprodukční úspěch. Naopak chudým lidem, kteří ani do malého počtu dětí nemohou mnoho investovat, se kvalita dětí narozením dalšího sourozence tolik nezmění (Rogers, 1990).

Evoluční teorie také vysvětlují chování, které je zdánlivě v rozporu s mateřským instinktem a vrozenou mateřskou láskou, jako je například infanticida. Z evolučního hlediska se totiž vyplatí investovat jen do těch potomků, u kterých je pravděpodobné, že budou mít vnoučata. Pokud se tato skutečnost jeví u dětí jako nepravděpodobná, bylo pro rodiče nevýhodné do nich investovat své omezené zdroje a omezovat tak kvalitu svých dalších potomků, kteří mají šanci být reprodukčně úspěšnější. To vedlo k infanticidě postižených dětí, dětí, u kterých si otec nebyl jistý svým biologickým otcovstvím nebo když jsou zdroje rodičů omezené, ale oni doufají, že se situace v budoucnosti zlepší a oni budou schopni produkovat děti kvalitnější. Podobně docházelo k infanticidě dětí určitého pohlaví, bylo-li v dané společnosti považováno za méně úspěšné (Barrett, Dunbar, Lycett, 2007).

Ball a Hill (1996) jmenují například osudy dvojčat, jejichž narození bylo v některých tradičních společnostech považováno za špatné znamení, a proto bylo jedno z nich nebo obě dvě zabíjena. Podle autorek (Ball, Hill, 1996) mohou být tyto tendence vysvětleny pomocí evolučních teorií, protože pro mnohé z matek mohlo být obtížné investovat do dvou dětí současně a snižovala se tak pravděpodobnost, že by přežilo aspoň jedno z nich. Bylo také zjištěno, že se skutečně u dvojčat objevuje více vrozených vad, častěji mohou být mentálně retardované a mít poruchy řeči. Také sdílení omezených mateřských zdrojů nejprve v děloze a poté i po narození, jako je mateřské mléko, ale i matčina pozornost a péče vedou častěji k nižší kvalitě dětí.

Preferenci chlapců a dívek v různých společnostech můžeme vysvětlit pomocí Trivers-Willardova efektu. Podle něj rodiče s více zdroji a s lepší kondicí preferují narození synů, zatímco rodiče se špatnou kondicí a méně zdroji preferují narození dcer. Vzhledem k omezené reprodukci žen jsou totiž rozdíly mezi úspěšnými a neúspěšnými (kvalitními a nekvalitními) ženami v počtu potomků menší, než je tomu mezi úspěšnými a neúspěšnými muži. Mohou-li tedy rodiče do potomka více investovat, vyplatí se jim narození syna, protože po něm zůstane

nejvíce potomků. Na druhou stranu, nemohou-li rodiče do dítěte investovat, preferují spíše dceru (Barrett, Dunbar, Lycett, 2007).

V praxi byla tato teorie ověřena Gaulinem a Robbinsonem (1991), kteří zjistili, že rodiny v Severní Americe, které mají vyšší socioekonomický status, kojí většinou syny signifikantně déle než dcery, zatímco u rodin s nižším příjmem je tomu naopak.

Stejně tak se projevil tento princip při zkoumání populace maďarských Romů, kteří preferují narození dívek. Tito Romové tvoří v Maďarsku nejnižší společenskou vrstvu, jsou málo vzdělaní, mají nízký příjem. Romské ženy se většinou vdávají za muže, jejichž socioekonomický status je vyšší než ten jejich, a tedy rodí kvalitnější děti než jejich bratři, jejichž partnerky mívají socioekonomický status ještě nižší. V této společnosti se tedy více vyplatí mít dcery než syny. Bylo zjištěno, že matky kojí déle své dcery než syny, těhotenství s dcerami bývá méně často ukončeno potratem a dcery také bývají vzdělávány delší dobu, než synové. Strategie preference dcer se Romům vyplácela, protože bylo zjištěno, že v ženské linii se rodilo skutečně více vnoučat, než v té mužské (Bereczkei, Dunbar, 1997).

Evoluční teorie vysvětlují chování lidí v moderní společnosti, které se na první pohled může zdát v protikladu k motivu, který evoluční teorie vidí jako nejdůležitější aspekt lidské existence a to předat své geny do dalších generací. V touze rodit děti vidí pouze prostředek toho, jak poslat své geny dál a mateřská láska, která se podle nich netýká univerzálně všech potomků, má rovněž zajistit ochranu a přežití těch dětí, které jsou perspektivní z hlediska šíření genů svých předků. Tento pohled na rodičovství je bezesporu velmi propracovaný, na druhou stranu ani on nepostihuje všechny variace lásky rodičů k dětem, například k dětem, které vlastní děti mít nemohou nebo které nejsou biologicky vlastní.

1.1.2. Rodičovství jako instinkt

Touha po rodičovství je některými odborníky vysvětlována genetickou predispozicí k plození dětí. Foster (2000) například tvrdí, že ženy mají geneticky vrozenou predispozici k mateřskému chování a pečování o své potomky. Foster (2000) vychází z předpokladu, že děti se rodí na rozdíl od většiny zvířecích mláďat naprosto bezmocné a zcela závislé na péči dospělého. Z evolučního hlediska je tedy výhodné, aby přinejmenším matky měly vrozenou motivaci k péči o své potomky. Tato vrozená motivace vede podle Foster (2000) k tomu, že většina žen chce mít alespoň jedno dítě a to i v současné moderní společnosti, ve které stojí výchova dítěte mnoho nákladů a žena do ní musí investovat nemalé úsilí. Foster (2000) si samozřejmě uvědomuje, že existují lidé, kteří se rozhodli pro život bez dětí a jejich motivace k plození je zanedbatelná. Upozorňuje tedy na fakt, že mezi genetickou predispozicí a

skutečným chováním neexistuje přímá kauzalita, a proto může být tato predispozice vlivem vnějších jevů potlačována.

Podobný názor má také Nakonečný (1997), podle kterého je chování předurčeno instinkty spíše u vývojově nižších forem života a u člověka je utvářeno zejména vlivem prostředí, ale přesto předpokládá, že právě u mateřského chování hrají instinkty důležitou roli, stejně jako u chování sexuálního.

Morgan a King (2000) zastávají stanovisko, že lidé mají predispozice k rození dětí, které je dáno potěšením, které jim přináší rodičovství, a sexuálním pudem. Podle nich právě díky této biologické predispozici rodí lidé děti i ve 21. století, když by z ekonomického hlediska bylo výhodnějším zůstat bezdětní.

Podobný názor má také Potts (1997), který předpokládá, že lidé jsou geneticky předurčeni k tomu, aby o své potomstvo pečovali a podporovali jej, což společně s potěšením ze sexu vede k plození dětí.

Vrozené způsoby chování uplatnil ve své teorii attachementu Bowlby, který předpokládá, že dítě se po narození instinktivně připoutá ke své pečovatelské osobě, kterou je ve většině případů jeho matka, což zvyšuje jeho naději na přežití. Schopnost vtisknout si do paměti obraz matky, kterou tak dítě bezpečně rozpozná, byla objevena u nižších druhů živočichů a označena jako imprinting. Dítě se rodí naprosto neschopné přežít pouze pomocí svých vlastních sil, a proto je tento pudový systém zprostředkující připoutání k silnější osobě, která zajišťuje jeho ochranu, naprosto bazální (Bowlby, 2010).

Dítě si pozornost matky získává pomocí vrozeného protó-sociálního chování, které mu pomáhá přitahovat a udržovat nápomocné osoby. Mezi projevy protó-sociálního chování patří reflexní úsměv, živější reakce na lidský hlas, silnější úchop lidského prstu a mnohé další (Šulová, 2005).

Dítě je sice instinktivně vybaveno, aby navazovalo s matkou vztah, díky kterému bude v bezpečí, ale zároveň jsou důležité i určité dispozice matky, jak bude na dítě reagovat. Ty jsou dány jednak její vrozenou výbavou, historií jejích mezilidských vztahů, které zažila v rámci své původní rodiny, hodnotami a praktikami kultury, ve které matka vyrůstala a také aktuální zralostí její osobnosti (Bowlby, 2010).

Domníváme se, že biologicky předurčená dispozice k rodičovství hraje v rozhodování se o rodičovství i v případném truchlení kvůli nemožnosti se rodičem stát významnou roli. Na druhou stranu si však myslíme, že lidské chování není předurčeno jen vrozenými instinkty, a tedy je možné pomocí vyšších psychických funkcí, které člověk má, tento instinkt zpracovat a

žít spokojený život navzdory neuspokojené touze po dítěti. Záleží však vždy na sociálních podmínkách, na psychických funkcích jedince a na síle jeho touhy po dítěti.

1.2. Společenské teorie rodičovství - mateřství jako sociální konstrukt

Někteří odborníci, často zastánci feministických přístupů, tvrdí, že mužská a ženská role jsou pouhým naučeným chováním a také mateřská pečovatelská role je dívkám vštěpována v průběhu socializace - nejedná se tedy o instinkt k rodičovství, ale o naučené vzorce chování (Rabušič, 2001).

Tyto názory zastává francouzská socioložka Badinterová (1998), podle které vrozená mateřská láska neexistuje, ale jedná se pouze o sociální konstrukt, který se objevuje až ke konci 18. století, což dokládá mapováním vývoje a proměny mateřské role v lidských dějinách.

Do poloviny 18. století byly děti často považovány za něco negativního, co nahání strach, co je znakem ďábla, nedokonalosti a hříšnosti a musí být napraveno výchovou a vlivem společnosti. Děti byly považovány za břemeno, které odvádí ženu od svého manžela a o které je potřeba dlouhé roky pečovat. V nejlepším případě byly děti považovány za hračku a jakési rozptýlení, které přináší dospělým. Nezájem o děti v této době dokládá také neexistence dětského lékařství, které vzniklo až v 19. století (Badinterová, 1998).

Tato tendence, která se udržovala dlouhá století, souvisí podle Badinterové (1998) s patriarchálním typem rodiny, která se opírala o autoritu muže, zdůrazňovanou jak filozofií Aristotela, tak církví, která však v tomto případě jednala v rozporu s Ježíšovým učením, které hovoří o rovnosti mezi mužem a ženou. Vztah mezi mužem a ženou, stejně jako vztahy mezi rodiči a dětmi, byl založen na autoritě a moci muže, na kterou byl kladen větší důraz než na lásku a rovnost (Badinterová, 1998).

Vztah matky k dítěti byl lhostejný, chladný a plný nezájmu, což jen odráželo celkový vztah společnosti k malému dítěti - teologové v 16. století dokonce matkám vyčítali jejich hříšnou něhu k dětem (Badinterová, 1998). V literatuře se často uvádí, že zdánlivý nezájem o narozené dítě byl jakousi ochranou matky před zármutkem, kdyby dítě zemřelo, což se v tehdejších dobách dělo často. Badinterová (1998) se však domnívá, že vysoká dětská úmrtnost v této době nebyla příčinou matčina nezájmu, ale jejím důsledkem, což dokládá odkládáním dětí ke kojným, kde o ně nebylo dobře postaráno a kde umíraly nejvíce, aniž by však jejich matky změnily strategii u dalších svých potomků. Dalším důkazem neexistence

mateřského instinktu je podle Badinterové (1998) výběrovost mateřské lásky, která se projevovala preferencí pouze některých svých dětí, většinou těch, které měly pro rodiče určitý společenský význam (nejčastěji prvorození synové).

Od 18. století se situace proměňuje a stále více se mluví o hodnotě mateřské lásky. Po ženách se požaduje, aby byly dobrými matkami, aby své děti kojily a pečovaly o ně. Je jim slibováno mnoho výhod, které přináší kojení dětí, mezi jinými také lepší pleť, věrnost manžela a prožívání šťastných chvil. Na druhou stranu jsou ženy rovněž strašeny možnými následky, které je mohou postihnout, nebudou-li své dítě kojit, jako je například smrtelná nemoc (Badinterová, 1998).

Tuto změnu spojuje autorka s novou společenskou ideologií, která zdůrazňuje ekonomickou hodnotu člověka pro stát a která vidí v dítěti potenciální zdroj pracovní a vojenské síly. Stát si začal uvědomovat, že je pro něj vysoká úmrtnost dětí ekonomicky nevýhodná, a snaží se tedy přesvědčit ženu, aby začala své děti kojit, a tak jejich úmrtnost snížila. Vliv měla také nová filozofie, která se začala do společnosti dostávat díky osvícenství a která klade důraz na rovnost a osobní štěstí. Rovnost mezi mužem a ženou vedla ke sblížení manželů, což ještě posílil koncept romantického pojetí manželství uzavíraného z lásky, který se začíná objevovat ke konci 18. století. Dítě tak bylo vnímáno jako výsledek vzájemné lásky partnerů a stalo se tak pro rodiče subjektivně důležitější. Svou roli sehrál také romantický ideál návratu k přírodě, s čímž souvisel tlak na ženu, aby své dítě kojila a věnovala se mu, jak je to obvyklé u zvířat (Badinterová, 1998).

V 19. století se ženy postupně začaly s touto novou rolí matky ztotožňovat. Rozhodně se však nejednalo o převratnou změnu, ale spíše o dlouhodobý proces. Ženy se lišily tím, jestli a jak se s mateřskou rolí ztotožnily, a většinou záleželo na jejich sociálním postavení, zda skutečně o své dítě začaly pečovat, dbát o jeho hygienu, kojit jej a radovat se z jeho přítomnosti. Dítě se pomalu začíná dostávat do centra zájmu celé rodiny a jeho případná smrt je považována za tragédii, nad kterou truchlí otec i matka. Objevuje se rovněž tendence vyměnit kvantitu dětí za jejich kvalitu, tedy matka raději omezí svou plodnost, aby se mohla svým dětem dostatečně věnovat (Badinterová, 1998).

Ve 20. století se pojetí mateřské lásky znovu proměňuje a to zejména vlivem psychoanalýzy. Matka začíná být zodpovědná nejen za přežití a fyzické zdraví dítěte, ale i za jeho štěstí a psychickou pohodu. Případné psychické i fyzické nemoci jsou důkazem její špatné péče, důkazem, že je neschopná plnit svou mateřskou roli. Tyto požadavky, které jsou na ženu kladeny, vedou k pocitům viny a úzkostem o to více, když pocity mateřské lásky, které jsou považovány za „normální“ a „přirozené“, ona necítí. Po ženě se implicitně

požaduje, aby svůj život obětovala péči o děti a rezignovala tak na vlastní ambice. Mateřství je považováno za natolik významnou hodnotu, že žena může z této role uniknout často jen za cenu mravního odsouzení (Badinterová, 1998).

Ke konci 20. století se postupně začínají objevovat zmínky, že je pro ženy mateřství obtížné, že pro ně není automaticky kýženou náplní života a že by mnoho z nich dalo raději přednost studiu a kariéře. Je zpochybněno pojetí mateřské lásky jakožto instinktu a objevují se úvahy, zda se nejedná spíše o tlak společnosti, který z možnosti ženy být matkou učinil nutnost a jedinou plnohodnotnou náplň jejího života (Badinterová, 1998).

To, že pečovatelské chování a automatické podřízení života ženy péči o dítě není vrozenou ženskou přirozeností, dokládá Badinterová (1998) právě uvedenou proměnou role matky, na kterou měl vliv vývoj společnosti, čímž dokazuje, že něco jako mateřská přirozenost neexistuje a jedná se pouze o společenský konstrukt, který měl udržet ženy mimo společenské dění a za jedinou smysluplnou náplň jejich života považoval péči o děti.

Podobné názory má také Beauvoirová (1966), která upozorňuje, že podřízená pozice ženy není něco, co by bylo v lidské společnosti vždy, ale naopak v zemědělských společnostech měla žena prestižní postavení a mateřství bylo považováno za posvátnou funkci. Ženu zbavuje této pozice až nástup soukromého vlastnictví, kdy začíná být považována za součást majetku muže. Dále upozorňuje, že ani z hlediska biologického neexistuje žádný biologický rys, který by svědčil o podřadnosti ženy, tedy předpokládá, že její pozice vznikla vlivem historicko-sociálního působení.

Podle Beauvoirové (1966) byla z možnosti ženy stát se matkou vytvořena vlivem patriarchální společnosti jediná náplň jejího života, která je považována za smysluplnou. Beauvoirová (1966) odmítá slučování mateřství biologického, které je dáno onou možností dítě porodit, a mateřství sociálního, které představuje celodenní péči o dítě a podřízení celého svého života dítěti.

Podle feministických hnutí by mělo být na mateřství nahlíženo jako na jednu z možností, jak může žena naplnit svůj život, která by však měla být rovnocenná ke všem dalším možnostem, které by žena, stejně jako muž, měla mít (Neyer, Bernardi, 2011).

Reger (2001) uvádí, že na mateřství je nahlíženo jako na určitý vzorec chování, který společnost očekává od všech žen, ať již se jedná o matky či nikoliv. Podle tohoto sociálního konstruktu se po ženách požaduje, aby byly citlivé, empatické a aby se staraly o potřeby ostatních.

O něco méně radikální názory na mateřství má také Reed (1923), která se snažila empiricky dokázat, že existuje vrozený mateřský instinkt. To, co zjistila, ji však o existenci

něčeho, co by mohla nazvat mateřský instinkt, nepřesvědčilo. Uvádí například, že když se 87 žen v porodnici dotázali, zda jsou šťastné, že se jim narodí dítě, 65 z nich odpovědělo záporně. Tyto ženy většinou nechtěly obětovat dítěti svou kariéru nebo se obávaly, že k výchově nebudou mít dostatečné finanční prostředky (Reed, 1923). Ženy, které uvedly, že se na dítě těší, málokdy mezi důvody zmiňovaly mateřskou lásku. Mnoho z nich si přálo se něčím zabavit, když po svatbě přestaly chodit do práce, jiné uváděly přání svého manžela mít dítě, některé vnímaly mateřství jako povinnost, kterou jim určuje náboženství (Reed, 1923).

Reed (1923) dále upozorňuje na fakt, že kdyby byl mateřský instinkt vrozený, projevoval by se podle jejího názoru již u malých děvčat, která by pečovala o své panenky tak, jak budou v budoucnosti pečovat o své děti. Oproti tomu upozorňuje na časté hrubé chování holčiček k panenkám, které je až sekundárně usměrňováno matkami tak, aby se blížilo budoucí péči o dítě (Reed, 1923).

Reed (1923) nezpochybňuje, že některé ženy mohou mít vrozenou touhu po dítěti, ale tuto touhu považuje rozloženou v populaci podle Gaussovy křivky, nikoliv za univerzální. Mateřské chování u většiny žen je z velké části formulováno sociálně od raného dětství a náklonost k novorozeněti posilují další faktory jako je kojení dítěte, považování dítěte za součást sebe a milovaného muže a jeho blízkost během devítiměsíčního těhotenství (Reed, 1923).

Rodičovství a touha po dítěti jsou podle těchto teorií výsledkem sociálních tlaků, které manipulují páry k tomu, aby se „svobodně“ rozhodly pro plození dětí. Páry, které děti nemají, jsou považovány svým okolím často za sobecké nebo nezralé. Negativní je také stereotyp o jedináčcích, což vede k žádoucí normě, aby rodiče měli aspoň dvě děti. Rodičovství je tedy ve společnosti jakousi předepsanou normou, se kterou se člověk v rámci socializace identifikuje a nakonec ji považuje za své vlastní přání.

Podle našeho názoru nabízí tyto teorie zajímavý pohled na podstatu mateřského chování a souhlasíme s nimi, že do jisté míry je role matky určována společností, ve které byla žena vychovávána. Na druhou stranu si nemyslíme, že by se mateřská láska a empatické chování matek vůči svým dětem, které je vidět ve všech kulturách i během historického vývoje, dalo vysvětlit pouze vlivem společnosti.

1.3. Mikroekonomická teorie

Odpověď na otázku, proč lidé chtějí mít děti, se snažili dát také ekonomické teorie, které vycházejí z předpokladu, že člověk chce maximalizovat své zisky a minimalizovat své náklady. Moderní ekonomické teorie, zejména díky Kahnemanovi a Tverskému, již opustily předpoklad, že člověk je racionální bytost, jejíž chování se dá logicky objasnit, ale starší teorie toto stále předpokládají a vysvětlují tedy chování člověka na základě účelového jednání a racionální volby. Tedy i ekonomické teorie fertility vnímají člověka jako racionálně jednající individuum, které zvažuje své možnosti, zhodnocuje klady a zápory každé varianty, a pak se rozhodne pro tu, ze které bude mít největší užitek.

Jedním ze směrů ekonomických teorií je tzv. chicagská škola, jejímž zakladatelem je Becker. Becker (1960) považuje děti za určitý druh kapitálového zboží a partnery (potenciální rodiče) vnímá jako spotřebitele, kteří se rozhodují, zda jim toto zboží (děti) bude poskytovat dostatečný užitek (podle Beckera je jím uspokojení, tedy psychický zisk, ale i příjmy z práce dětí) a zda vyrovná náklady, jako jsou čas a peníze, které budou muset do výchovy dětí investovat. Užitek, který rodiče z dětí mají, závisí jednak na jejich kvantitě (počtu dětí v rodině), ale také na jejich kvalitě (vlastnostech dítěte jako je například inteligence, poslušnost, pracovitost, ale i pohlaví, povaha či fyzické rysy).

Z Beckerovy teorie by tedy mělo logicky vyplývat, že pokud děti nejsou podřadným druhem zboží, měl by počet dětí s vyšším příjmem rodičů stoupat, protože čím více peněz rodina má, tím více zboží (pokud není považováno za podřadné) obvykle kupuje. To však v dnešní společnosti v případě plození dětí neplatí.

Na tuto otázku se pokouší odpovědět Leibenstein (1974). Podle něj je důležitý vztah mezi sociálním statutem a konzumními preferencemi. Zvyšuje-li se totiž příjem rodiny, zvyšuje se zpravidla také její sociální status a tím se mění i její konzumní preference. Dostane-li se rodina do vyšší vrstvy, začíná se automaticky srovnávat se svou referenční skupinou, tedy s rodinami z vyšší sociální třídy, které mívají jiný životní standart i jiné požadavky na „kvalitu“ dětí, tedy se jejich náklady na výchovu opět zvyšují. Relativně jsou tedy náklady rodin s vyššími příjmy na jedno dítě stejné jako pro rodiny s menším příjmem.

Leibenstein (1974) také předpokládá, že v rodinách s vyššími příjmy je proporčně více vzdělaných žen, které preferují budování vlastní kariéry před výchovou dětí, proto je u nich větší pravděpodobnost, že pokud se rozhodnou plodit děti, budou jich mít méně, aby se mohly i nadále věnovat své profesi.

Jaký užitek tedy rodiče z dětí mají? V minulosti rodiče děti potřebovaly jako levnou pracovní sílu, jako pečovatele ve stáří, ale v dnešní společnosti hrají přínosy dětí spíše

podřadnou roli, většinu služeb, kterou dříve rodičům poskytovaly výhradně děti, si dnes mohou zakoupit na trhu a výsledné náklady bývají menší, než musí-li celý život pečovat o děti. Ani radost, zábava, emoční angažovanost nebo smysluplnost života nemohou sami o sobě vysvětlit často tak silnou touhu po dítěti. Moderní společnost nabízí tolik možností a nejrůznějších aktivit, které mohou nahradit potěšení, které dřívější generace nacházely převážně ve svých dětech. Děti tedy stojí rodiče mnoho nákladů, ale zisky z nich jsou minimální (Rabušič, 2001).

Ačkoliv ekonomické teorie nabízejí zajímavý pohled na lidskou motivaci k plození dětí, je zřejmé, že jejich pohled je příliš omezený a pojetí dítěte jako speciálního typu kapitálového zboží podstatu vztahu rodičů k vlastním dětem příliš uspokojivě nevysvětluje. Lidé po dětech touží, i když vědí, kolik úsilí je bude jejich výchova stát, i když si uvědomují, kolik jiných životních příležitostí nebudou moci naplnit. Přesto stále ještě značná část lidí vidí v rodičovství hlavní smysl svého života.

Otázkou však zůstává, proč tomu tak je a v čem je hodnota dítěte tak nenahraditelná.

1.4. Psychologické teorie rodičovství

Když se zamyslíme nad věcmi, po kterých člověk touží, jedno mají všechny předměty lidských tužeb společné - mají pro člověka nějakou hodnotu. Představují něco, kvůli čemu je ochoten vynakládat určité úsilí, přinášet větší či menší oběti, vzdát se něčeho, co pro něj má aktuálně hodnotu menší. Hodnoty jsou různé a jejich hierarchie je do jisté míry ovlivněna kulturou, ve které člověk žije, společností, která jej obklopuje, i rodinou, ve které vyrůstal.

Hierarchie hodnot je do jisté míry individuální, proto je velmi obtížné popisovat, jakou hodnotu má konkrétní věc pro lidi obecně.

Hodnotami, které představuje pro rodiče v současné společnosti jejich potomek, se zabývali mnozí psychologové. Hoffman a Manis (1979) zkoumali hodnotu dětí v USA a zjistili, že nejvýznamnější je pro rodiče citová vazba, kterou se svým potomkem vytvářejí, dále vnímají dítě jako zdroj nových podnětů, zdroj stimulace a zábavy a vidí v dítěti jakési symbolické pokračování sebe sama.

Matějček (1989) zmiňuje, že právě v dnešní společnosti je citová vazba s dítětem tím nedůležitějším aspektem, proč lidé mají děti. V dřívějších dobách převažoval spíše aspekt hospodářský, ale dnes zejména ve vyspělých zemích rodiče většinou nepředpokládají, že by dítě bylo ekonomickým přínosem pro rodinu – spíše naopak – a dítě si pořizují

z emocionálních důvodů, často proto, že děti přispívají k uspokojení psychických potřeb dospělého člověka. Matějček (1992) jmenuje pět potřeb, které děti rodičům uspokojují, ale na druhou stranu mohou děti rodiče omezovat v uspokojování těchto potřeb jiným způsobem. Jedná se tyto potřeby: stimulace, smysluplný svět (určení), životní jistota (citové vztahy), identita (naše já, společenská hodnota), otevřená budoucnost. Jednotlivé potřeby zmíníme podrobněji a uvedeme, v čem dítě potřeby naplňuje a čemu naopak brání.

1. Stimulace

Dítě přináší do života mnoho různorodých podnětů, ať již svými požadavky na rodiče nebo radostmi, které do rodiny přináší. Mnoho lidí usuzuje, že bez dětí by byl jejich život prázdný a nudný. Na druhou stranu tím, že se rodiče (zejména matky), musí o děti starat, omezují své dosavadní aktivity, které pro ně byly rovněž zdrojem nejrůznějších podnětů (Matějček, 1992).

2. Smysluplný svět (určení)

Péčí o dítě získává člověk pocit, že dělá něco smysluplného, že je někomu prospěšný a užitečný. Naplňuje si tak lidskou potřebu generativity, o které se zmiňuje Erikson (1996). Dítě však také brání získávání jiných zkušeností a uplatnění se v jiné oblasti (Matějček, 1992).

3. Životní jistota (citové vztahy)

Mezi dítětem a rodičem je pevné citové pouto, které rodiči i dítěti přináší pocity jistoty a citové provázanosti, které bude trvat až do konce života. Silné citové pouto k dítěti má však i negativní stránku, která může spočívat právě ze soucítění, neustálého ovlivňování úspěchy i neúspěchy dítěte, které mohou být pro rodiče vyčerpávající (Matějček, 1992).

4. Identita (naše já, společenská hodnota)

Rodiče cítí skrz své dítě a svou roli rodiče společenské uznání, společenskou hodnotu a „normalitu“, že byli schopni naplnit roli, která se od nich očekává. Děti však také brání dosažení jiných společensky hodnotných cílů, za které by mohli být rodiče oceňováni a mohli by mít výjimečnější postavení než ti, kteří „jen“ mají děti (Matějček, 1992).

5. Otevřená budoucnost

Dítě dává rodiči pocit, že něco z něj bude pokračovat i po jeho smrti, něco po něm zůstane. Dítě je pokračováním rodiče nejen z genetického hlediska, ale i jeho výchovy, to co rodič dítěti předal a to co ono předalo dětem svým, se dostává do dalších generací, a tak překračuje jeho osobní život. Na druhou stranu dítě brání rodičům vytvořit takové významné dílo, které by přetrvalo i po jejich smrti (Matějček, 1992).

Matějček (1994) rovněž jmenuje pět základních psychických potřeb dítěte, které se s výše jmenovanými potřebami rodičů vzájemně doplňují, čím se stává vztah mezi rodičem a dítětem uspokojivý pro obě strany.

1. Potřeba určitého množství vnějších podnětů

Množství podnětů má být takové, aby se dítě nenudilo, ale aby nebylo podněty přesyceno.

2. Potřeba stálosti, řádu a smyslu

Podněty, které k dítěti přicházejí, by měly být natolik smysluplné, aby z nich dítě bylo schopné pochopit, že svět má nějaký smysluplný řád, a aby si bylo schopné vytvořit určité strategie, kterými bude reagovat.

3. Potřeba citových sociálních vztahů

Navázání vztahů s prvotními vychovateli přispívá k tomu, že si dítě dokáže vytvořit pocit životní jistoty a hodnoty vlastního já.

4. Potřeba identity

Je-li tato potřeba uspokojena, může dítě rozvíjet zdravé sebevědomé já, které přispívá k vytváření hodnotných společenských rolí a stanovení životních cílů.

5. Potřeba životní budoucnosti

Jedná se o potřebu vědět, že něco v mém životě bylo a něco také bude, možnost dělat si plány do budoucnosti. Uspokojení této potřeby přináší člověku naději, otevřenost jeho osudu a životní směr.

Dalším přínosem rodičovství může být podle Sobotkové (2007) rozvoj vztahů dospělých lidí, kteří se kromě partnera či partnerky stávají také otcem nebo matkou, mohou se setkávat s novými lidmi, se kterými je spojuje právě těhotenství, posléze věk nebo zájmy potomků. Rodičovství často přináší pocit osobního naplnění, osobní hodnoty či smysluplnosti života. Díky svým vlastním projevům v roli rodiče, má člověk možnost poznat lépe sám sebe i svého partnera i v jiné roli než partnerské. Pro 79% žen a 21% mužů je rodičovství známkou dospělosti.

Jaké hodnoty představují děti pro partnery v České republice, zkoumal Pakosta (2009). Podle Pakosty (2009) je pro lidi nejdůležitější představa dítěte jako zdroje štěstí a svého rodičovství jakožto zdroje psychického uspokojení. Většina respondentů vnímala rodičovství jakožto přirozenou součást svého života, což bylo patrně také důvodem, proč pouze zanedbatelné procento respondentů tvrdilo, že chce zůstat bezdětné. Respondenti rovněž spojovali s dítětem zachování rodu a v dítěti viděli prostředníka pro předání rodinné tradice.

Respondenti si však uvědomovali i omezení, které jim dítě do života přinese, většinou to byla nutnost podřídit svůj život dítěti a omezit tak některé svoje aktivity.

Matějček (1986) uvádí výzkum, ve kterém byla matkám položena otázka: „Jaký je podle vašeho názoru hlavní důvod, proč lidé chtějí mít děti?“ (Matějček, 1986, s. 19). 34% žen odpovědělo, že dítě je hlavní náplní života; podle 22% žen uspokojuje dítě citové potřeby dospělého člověka; 19% žen považuje za nejdůležitější, že dítě představuje náplň a pouto pro manželství.

Hodnota, jakou dítě pro rodiče má, závisí také na pohlaví dítěte, na pořadí jeho narození i na mnoha dalších faktorech.

Muži mají tendenci preferovat spíše syny, protože v nich vidí společníka pro své záliby, synové představují někoho, komu mohou předat své životní zkušenosti a moudra, jsou pro ně důležití také jako nositelé rodinného jména (Rabušič, 2001). Matky zase mají tendenci preferovat spíše dívky (Matějček, 1986). Pohlaví dětí, které již v rodině jsou, může sehrát důležitou roli při rozhodování rodičů, zda mít ještě dítě další či nikoliv (Rabušič, 2001).

Také pořadí dětí určuje, jakou hodnotu dítě pro rodiče představuje. První dítě bývá většinou zplozeno na počátku manželství, je jakýmsi potvrzením partnerského vztahu, je něčím, co mají partneři společného, co je drží pohromadě. Narození prvního dítěte je velmi emocionální, což souvisí také s tím, že se děje všechno poprvé. Motivace ke zplození druhého dítěte bývá odlišná. Většinou má být společníkem pro prvorozeného, protože v evropské kultuře (pravděpodobně vlivem Adlerovy teorie sourozeneckých konstelací, která hodnotí jedináčky velmi negativně) je na jedináčky pohlíženo jako na sobce, jako na rozmazlené individualisty. Motivace k plození třetího či dalšího dítěte bývá různorodá a většinou souvisí s hodnotami rodičů, jejich životním stylem a ekonomickou situací (Rabušič, 2001).

Američtí autoři Friedman, Hechter a Kanazawa (1994) přišli se zajímavou a možno říci do jisté míry kontroverzní teorií, která nahlíží na touhu po dítěti z netradičního úhlu. Tito autoři předpokládají, že člověk se ve svém životě snaží redukovat neurčitost a nejistotu, která v něm vyvolává nepříjemné pocity tenze a úzkosti. Pro člověka je výhodnější vyhnout se nejistotě a to i takovým způsobem, kdy jistota je objektivně nepříznivá. Mezi strategie, které vedou k životní jistotě, patří stabilní pracovní kariéra, manželství a plození dětí. Narodí-li se člověku dítě, je jeho život, alespoň po určitou dobu, víceméně naplánován, má určené činnosti, které musí dělat.

Autoři tedy předpokládají, že strategii plození dětí si vybírají lidé, kteří mají omezený přístup k jiným strategiím redukce nejistoty. Tím také vysvětlují skutečnost, proč lidé s uspokojivou pracovní kariérou plodí méně dětí než ti, kteří ji nemají. Kariéra je totiž jiná

strategie redukce nejistoty, a není tedy již potřeba redukovat neurčitost prostřednictvím plození dětí. Autoři rovněž vysvětlují, proč v současné společnosti plodí lidé obvykle méně dětí než v minulosti. Předpokládají totiž, že dřívější podmínky života byly značně nejistější, než je tomu dnes, a tedy potřeba redukovat nejistotu plozením dětí byla u většiny lidí mnohem větší (Friedman, Hechter, Kanazawa, 1994).

Většina věcí v životě člověka má své pozitivní i negativní aspekty a s rodičovstvím tomu není jinak. Je mnoho věcí, které nám vlastní role rodiče přináší, ale je i mnoho věcí, které nám rodičovství bere. Rodičovství často provází zpomalení kariéry rodiče, který o dítě pečuje. Většinou to bývá matka, která s dítětem zůstává doma, někdy ale i otec nebo oba rodiče, rozhodnou-li se, že každý z nich bude napůl pracovat a napůl pečovat o potomky. Po narození dítěte je rodina finančně omezenější, než tomu bylo dosud, a to nejen snížením pracovní aktivity alespoň jednoho z rodičů, ale i nutností do potomka investovat. Rodiče také musí počítat s tím, že narozením dítěte budou muset změnit svůj životní styl a mnoho svých aktivit podřídit potřebám dítěte. To může mnoho z nich pociťovat jako omezení osobní svobody a ztrátu volnosti. Narození dítěte může mít také negativní vliv na partnerský vztah, což uvádí asi 50% párů. Velkou roli v tom hraje zejména vyčerpanost partnerů, případně vliv partnerčiny emocionální lability na sexuální život (Sobotková, 2007).

Partneři, kteří se rozhodli, že děti mít nebudou, zmiňují nejčastěji negativní aspekty rodičovství, jako je omezení možností vlastního vzdělání, kvalifikace a zaměstnání. Rodičovství mají spojené s jednotvárnými povinnostmi, jako je praní, žehlení, vaření a nepřetržitá péče o dítě (Matějček, 1986).

Rodiče však mívají také strach z velké zodpovědnosti, kterou narození dítěte přináší. Od rodičů se očekává, že dítěti poskytnou nejen hmotné zabezpečení, ale že budou schopni uspokojovat jeho potřeby, naváží s ním láskyplný vztah a budou přiměřeně reagovat na jeho požadavky (Matějček, 1986). Někteří rodiče, kteří se rozhodnou, že děti mít nebudou, mají strach, že by nebyli schopni všechny tyto požadavky splnit.

Zmíněné přínosy a oběti rodičovství jsou značně relativní pojmy, a je celkem přirozené, že některé jmenované „oběti“ mnoho partnerů nebude vnímat nijak úkorně. Stejně relativní mohou být také uváděné přínosy rodičovství, které nemusí být každým jako přínosné vnímány.

V dnešní době nastal oproti minulosti důležitý obrat a to je přesun důrazu z ekonomických aspektů dítěte na aspekty citové. V dnešní společnosti již dítě není tak důležitou pracovní silou v domácnosti ani ekonomickou jistotou ve stáří, ale rodiče v něm hledají možnost navázání hlubších citových vztahů a emocionální vazby. S tím souvisí i vývoj

rodiny jako celku, která ze všech svých funkcí (ekonomická, reprodukční, socializační, psychologicko-emocionální) je nenahraditelná zejména ve funkci psychologické a emocionální, tedy v tom, že poskytuje hluboké a otevřené vztahy mezi svými členy, a tak uspokojuje osobní psychické potřeby dospělých i dětí.

V dalších kapitolách se budeme zabývat různými aspekty situace, kdy dítě partnerům chybí a dospělý jedinec tak nemůže naplnit roli rodiče, ačkoliv po tom touží.

2. NEPLODNOST

Neplodnost bývá častou, ale nikoliv jedinou příčinou nemožnosti založit vlastní biologickou rodinu, stát se rodičem, a tak naplnit své potřeby s tím související. Narozdíl od dalších příčin, které mohou k bezdětnosti jedince vést, je tato příčina mnohdy zcela nečekaná, přichází ve chvíli, kdy se pár rozhodne mít děti, kdy se na ně cítí připraven a vnímá je jako přirozené pokračování partnerského vztahu i svého osobního života. Nedobrovolná bezdětnost způsobená neplodností páru nepostihuje jen sociální život a psychický stav jedince, jak je tomu například u těch, kteří jsou bezdětní kvůli nemožnosti nalézt vhodného partnera, ale zasažena je i somatická stránka, která zejména u žen prohlubuje potíže psychické.

2.1. Vymezení pojmů

Používání pojmů neplodnost, sterilita a infertilita nebývá jednotné. V českém názvosloví mluvíme o **neplodnosti** neboli o **sterilitě** v případě, kdy žena není schopná otěhotnět (Ventruba, 2008).

Potrácivost, neboli **infertilita**, označuje onemocnění, při kterém není žena schopná donosit nebo porodit plod schopný života (Ulčová-Gallová, 1999). Žena je považována za infertilní, prodělá-li dva samovolné potraty. Odhaduje se, že v populaci žen v reprodukčním období života jsou 4% žen infertilních (Ulčová-Gallová, 1999).

V anglosaské terminologii se neplodnost označuje pojmem „infertility“ a tento název se v současnosti používá i v českém prostředí pro poruchy plodnosti v obecném slova smyslu, tedy pro sterilitu i infertilitu (Ventruba, 2008).

Zastáváme názor, že rozlišování těchto pojmů má význam jen v některých případech, zejména v lékařství, ale mluvíme-li o neplodnosti v souvislosti s psychikou člověka, nehraje zde užití správných pojmů zas až tak významnou roli, protože často ani my sami nevíme, zda se vajíčko vůbec neoplodnilo nebo zda došlo k potratu. Ve své práci budeme používat pojem neplodnost v obecném slova smyslu bez ohledu na to, co je příčinou skutečnosti, že žena nemůže otěhotnět.

2.2. Neplodnost

Neplodnost byla roku 1977 označena Světovou zdravotnickou organizací za nemoc (Konečná, 2003). Ačkoliv se může jednat zdánlivě o formalitu, tím, že byla neplodnost zařazena do seznamu nemocí, podílí se stát finančně na její léčbě, financuje výzkumy v této oblasti, díky kterým dochází k vývoji stále nových a nových technologií (Konečná, 2003).

Řežábek (1999) odvozuje svou definici neplodnosti ze statistických výsledků a říká, že o neplodnosti mluvíme tehdy, když žena neotěhotní při pravidelném pohlavním styku, který probíhá dvakrát až třikrát týdně a to ani po uplynutí jednoho roku.

Podle Ulčové-Gallové (1999) hovoříme o neplodnosti v případě, kdy nedojde k otěhotnění do 24 měsíců cílené pohlavní aktivity.

Bylo vypozorováno, že do půl roku snahy o těhotenství otěhotní 40% žen, do roka 20% a do dvou let 10%. Ostatní páry mívají s plodností určité problémy (Ulčová-Gallová, 1999).

Neplodnost žen, které ještě nikdy nebyly těhotné, označujeme jako **primární sterilitu**, zatímco pokud žena již někdy v minulosti těhotná byla, ale v současnosti má s otěhotněním problémy, mluvíme o **sterilitě sekundární** (Ventruba, 2008).

Potrácivost se od neplodnosti z biologického hlediska liší, výsledek je ale stejný – žena nemůže mít dítě. Jako potrat se označuje vypuzení plodu z dělohy ještě předtím, než je plod schopen žít mimo tělo matky. Za tuto hranici je v dnešní době považováno období mezi 22. a 24. týdnem těhotenství. Uvádí se, že 15 – 20 % těhotenství končí potratem, ale pravděpodobně bude toto číslo ještě vyšší, protože kolem 40 % těhotenství skončí ještě dříve, než žena zjistí, že je těhotná. Předpokládá se, že s rostoucím počtem samovolných potratů stoupá riziko, že další těhotenství skončí opět samovolným potratem – má-li žena za sebou již tři samovolné potraty, je riziko dalšího potratu až 50%. Se samovolnými potraty se potýká 0,4 až 1 % žen (Kašparová, 2011).

Co se lidské plodnosti týče, je v podvědomí většiny lidí (zejména těch mladších) zakořeněn pocit, že po každém sexu je velká pravděpodobnost, že žena otěhotní. Tato představa je u nás pěstována zdůrazňováním nechtěných těhotenství šestnáctiletých dívek a protěžovanou důslednou ochranou před početím. Dlouhou dobu sexuální partneři vynakládají značné úsilí na to, aby neotěhotněli, a tudíž většinu z nich ani nenapadne, že by mohli mít s těhotenstvím v budoucnosti problémy (Konečná, 2003).

I u zdravého páru kolem 20. roku ženy je pravděpodobnost otěhotnění v jednom menstruačním cyklu jen 25% a s rostoucím věkem partnerky se pravděpodobnost ještě

snižuje. Mezi 25. a 35. rokem je pravděpodobnost otěhotnění přibližně 16%, kolem 40. roku ženy je již nižší než 5% (Řežábek, 1999).

Ventruba (2008) uvádí, že ve vyspělých zemích je neplodných 10 – 15% párů.

2.3. Příčiny neplodnosti

Za příčiny neplodnosti považujeme takové faktory, kterými můžeme dostatečně vysvětlit sterilitu páru. Často bývají za příčiny neplodnosti považovány pouze příčiny biologické, nad příčinami psychogenními jsou vedeny dlouhé debaty a příčiny sociální vlastně nejsou příčinami v pravém slova smyslu, protože odkládání rodičovství, které pod sociálními příčinami míníme nejčastěji, pouze zvyšuje pravděpodobnost výskytu příčin biologických. Přesto považujeme za užitečné rozdělit příčiny na biologické, psychogenní a sociální, protože tak lze nejlépe zachytit většinu aspektů, které se k fenoménu nedobrovolné bezdětnosti v dnešní společnosti vážou.

2.3.1. Biologické příčiny neplodnosti

Biologické příčiny neplodnosti jsou somatické poruchy jednoho nebo obou partnerů, kterými můžeme dostatečně vysvětlit sterilitu páru. Příčina neplodnosti bývá v 50% na straně ženy, ve 40% na straně muže, ve 20% je neplodnost oboustranná a v 10% není příčina neplodnosti nalezena ani u jednoho z partnerů (Řežábek, 1999; Ulčová-Gallová 1999).

2.3.1.1. Příčiny mužské neplodnosti

Mužské příčiny neplodnosti jsou sice méně časté než příčiny neplodnosti na straně ženy, ale vzhledem k tomu, že jejich zjištění je jednodušší, začíná se zpravidla vyšetřováním plodnosti muže (Ulčová-Gallová, 1999). Základním vyšetřením plodnosti muže je vyhodnocení ejakulátu, tedy vytvoření spermiogramu a zhodnocení objemu, barvy, konzistence, doby zkapalnění, pohyblivosti a počtu spermií. Na základě výsledků spermiogramu může být muž odeslán na vyšetření urologické či genetické (Jarošová, 2011).

Řežábek (1999) uvádí následující příčiny neplodnosti u muže:

- **Impotence**

Při impotenci není možné uskutečnit koitus kvůli nedostatečné tuhosti pohlavního údu, a tedy nedochází k oplodnění. Donedávna se předpokládalo, že většina poruch erekce má

psychogenní povahu, v současnosti bylo díky postupujícímu pokroku lékařství zjištěno, že porucha erekce může být způsobena také cévním zásobením penisu nebo poruchami funkčního stavu topořivých těles. Příčiny mohou být rovněž neurohumorální nebo neurogenní (Zvěřina, 2010).

Impotence bývá léčena medikamentózně (Viagra), někdy také individuální nebo partnerskou terapií (Zvěřina, 2010).

- **Ejakulační problémy**

Mezi ejakulační problémy řadíme **anejakulaci**, tedy neschopnost dosáhnout ejakulace - při koitu dojde k orgasmu, ale není vypuzeno žádné semeno. Příčinou mohou být například poúrazové stavy, užívání některých léků nebo psychické příčiny. Psychické příčiny se řeší psychoterapií, poúrazové stavy chirurgicky (Zvěřina, 2010).

Problémy s otěhotněním může způsobit i **retrográdní ejakulace**, kdy semeno při ejakulaci nejde ven, ale do močové trubice, nebo **překotná (předčasná) ejakulace**, kdy dojde k ejakulaci ještě před samotným koitem nebo krátce po prvních kopulačních pohybech (Zvěřina, 2010).

- **Neprůchodnost vývodných cest**

Jsou-li vývodné cesty neprůchodné, spermie se nemohou dostat z varlete a nadvarlete, a tedy nejsou přítomné v ejakulátu. V tomto případě se jedná o azoospermii, která může vzniknout následkem úrazu, infekce nebo po vyžádaném podvázání chámovodů (Ulčová-Gallová, 1999).

- **Porucha vytváření spermií**

Při poruše vytváření spermií se spermie ve varlatech netvoří nebo je jich příliš málo. Zdravý dospělý muž vytváří denně až 100 miliónů spermií na jeden mililitr ejakulátu. Za normální se ještě považuje 20 miliónů spermií. Má-li muž v ejakulátu méně než 20 milionů spermií na milimetr, mluvíme o oligospermii (Jarošová, 2011).

Příčinou poruchy vytváření spermií mohou být malá (hypoplastická) nebo zakrnělá (atrofická) varlata, která se vyskytují u některých mužů, kteří v dospělosti prodělali příušnice. Příčinou malého množství spermií mohou být také rozšířeně vyvinuté a prodloužené žilní pleteně nebo zvýšený žilní tlak (Ulčová-Gallová, 1999).

- **Abnormality spermií**

Abnormality spermií (teratospermie) se projevují jejich sníženou kvalitou a tedy sníženou schopností vajíčko oplodnit, ačkoliv je spermií v ejakulátu dostatek (Jarošová, 2011). Nejčastějšími faktory, které se podílejí na snižování kvality spermií je faktor stresový a faktor ekologický, který v sobě zahrnuje jednak zhoršené životní prostředí, vliv mnoha druhů

záření, ale také životní styl mužů jako je spotřeba kávy, kouření či pití alkoholu (Ulčová-Gallová, 1999).

Neprůchodnost vývodných cest, poruchu vytváření spermií i abnormalitu spermií léčíme většinou hormonálně, operačně nebo mimotělním oplodněním (Ulčová-Gallová, 1999).

Ulčová-Gallová (1999) k těmto příčinám ještě doplňuje:

- **Hormonální příčiny**

U některých mužů trpících neplodností může být narušena optimální hladina sérových hormonů, gonadotropinů (FSH – folikulostimulujícího a LH - luteotropního hormonu) a plazmatického testosteronu. Vytváření spermií může rovněž narušit snížená funkce štítné žlázy (Ulčová-Gallová, 1999).

- **Imunologické příčiny**

Mezi imunologické příčiny neplodnosti patří vytváření protilátek proti vlastním spermiím, které mohou vést ke shlukování spermií, mohou spermiím znemožňovat pohyb nebo je poškozovat. Velké množství bílých krvinek v ejakulátu může rovněž spermie ničit nebo je poškozovat. Imunologické příčiny neplodnosti se většinou léčí podáváním imunosupresiv, vitamínů, případně inseminací nebo oplodněním ve zkumavce (Ulčová-Gallová, 1999).

2.3.1.2. Příčiny ženské neplodnosti

Příčiny neplodnosti na straně ženy jsou stále o trochu častější než na straně muže. Jejich diagnostika je však podstatně obtížnější a pojí se s ní větší fyzické zatížení, než je tomu při vyšetření poruch mužské neplodnosti. Proto se páru doporučuje, aby byl nejprve vyšetřen muž, ale bohužel ne všichni muži jsou ochotni připustit, že by příčina mohla být na jejich straně, a vyšetření podstoupit. Proto se někdy stává, že se neplodnost na straně muže zjistí až po dlouhém a vyčerpávajícím vyšetřování ženy, u které nebylo nic nalezeno, ale teprve poté byl partner ochoten nechat se rovněž vyšetřit (Konečná, 2003).

- **Vaginismus**

Vaginismus je křečovité sevření svalstva kolem pochvy, které brání vniknutí penisu do pochvy, a tak ke koitu vlastně vůbec nedochází. Vaginismus bývá následkem traumatické sexuální zkušenosti a léčí se pomocí psychoterapie (Řežábek, 1999).

- **Nedozrávání vajíček**

Nedozrávání vajíček bývá nejčastější příčinou neplodnosti žen. Tato skutečnost může mít tři příčiny.

První z nich je **centrální povahy**, což znamená, že nedozrávání vajíček je způsobeno nesprávným hormonálním řízením vycházejícím z mozku, jak se může stát například při velkém úbytku váhy. Příčinou může být i zvýšená koncentrace hormonu prolaktinu, jak se tomu děje při kojení, stresu či užívání některých léků (Řežábek, 1999).

U některých žen, kterým vajíčko nedozrává opakovaně, nacházíme **syndrom polycystických vaječníků (PCO).** Tyto ženy mívají menší prsa, více ochlupení, nepravidelnou menstruaci a často trpí obezitou. Léčba PCO bývá většinou úspěšná a spočívá ve zvýšení hladiny folikulostimulačního hormonu (FSH). Ženám se doporučuje snížit příjem tuků, případně zhubnout (Řežábek, 1999).

Špatně léčitelnou příčinou nedozrávání vajíček je **nedostatek vajíček ve vaječníku,** což nastává ve chvíli, kdy se žena dostane do přechodu. K tomu obvykle dochází ve věku 40 – 45 let, ale u některých žen tomu může být již dříve. Jedná se o předčasné selhání vaječníků, ale princip je stejný, jako je-li žena již v přechodu. Pokud je vajíček sice málo, ale ještě nějaká jsou, podávají se ženě léky, které mají podpořit jejich růst. Nejsou-li však vajíčka žádná a žena přesto touží po těhotenství, musí přijmout vajíčka dárkyně (Řežábek, 1999).

- **Spermie nemohou proniknout k vajíčku**

Spermiím brání proniknutí do vajíčka buď příčina chemická, tedy fakt, že tělo ženy vyrábí protilátky proti spermiím, nebo mechanická, když jsou uzavřené vejcovody (Řežábek, 1999).

Ačkoliv jsou spermie pro tělo ženy cizí látkou, obvykle nedochází k tomu, že by tělo ženy proti nim vyrábělo protilátky, jak to dělá například vůči bakteriím. Někdy však přeci jen dochází k tomu, že tělo ženy začne produkovat antispermatozoální protilátky, což zabraňuje oplození partnerky. Je-li příčinou neplodnosti právě výroba protilátek, jedná se o **imunologickou příčinu** neplodnosti a dochází k imunosupresivní léčbě, kdy jsou ženě podávány kortikoidy, které mají snížit obranu jejího imunitního systému proti spermiím partnera. Problém této léčby je však ten, že dostane-li se do těla ženy spermie partnera znovu, výroba protilátek se opět zvýší. Proto se párům doporučuje, aby k nechráněnému koitu docházelo pouze v době cyklu, kdy je vajíčko zralé a připravené k oplodnění a v jiné dny by mělo docházet ke styku pouze s preservativem (Řežábek, 1999). Někdy se také používá metoda intrauterinní inseminace, kdy jsou promyté spermie partnera nebo spermie dárce tenkou trubičkou stříknuty až za hrdlo děložní přímo do dělohy. Někdy se rovněž provádí

intraperitoneální inseminace, kdy jsou spermie vpraveny přímo do dutiny břišní (Ulčová-Gallová, 1999).

Pokud tato léčba nevede k oplodnění, pár může podstoupit metodu zvanou plazmaferéza, která může dočasně snížit protilátkovou aktivitu, nebo je těmto párům doporučena asistovaná reprodukce (Ulčová-Gallová, 1999).

V některých případech nemohou spermie proniknout k vajíčku z důvodů **mechanického uzavření** vejcovodů. Vejcovody zůstávají neprůchodné například po zánětech nebo po mimoděložním těhotenství. Uzavření vejcovodů se může řešit operačním odstraněním neprůchodné části vejcovodu, ale vzhledem k náročnosti tohoto zákroku se v dnešní době volí raději mimotělní oplodnění (Řežábek, 1999).

- **Vajíčko není v pořádku**

Pokud není vajíčko v pořádku, spermie jej nemohou oplodnit nebo jej oplodnit mohou, ale v dalším vývoji embrya dochází k potížím. Tato příčina neplodnosti je zjistitelná pouze pod mikroskopem během mimotělního oplodnění. Řešením je použití vajíčka od dárkyně (Řežábek, 1999).

- **Nedostatek hormonů nutných k zahnízdění vajíčka**

Nedostatek hormonů nutných k zahnízdění vajíčka se projevuje například krátkým obdobím zvýšení bazální teploty, za což se považuje méně než 10 dnů, nebo můžeme hladinu hormonů ověřit přímo v krvi. Nedostatek hormonů se řeší většinou dodáním progesteronu nebo jemu podobného hormonu (Řežábek, 1999).

- **Sliznice nedokáže vajíčko přijmout**

Sliznice nemůže vajíčko přijmout většinou z důvodů nedostatku hormonů, zánětu sliznice nebo myomu či polypu na sliznici děložní. Zánět se řeší antibiotiky, myom či polyp chirurgickým odstraněním (Řežábek, 1999).

Závažným onemocněním je tzv. endometrióza, při které se nacházejí ostrůvky děložní sliznice v různých částech vnitřního či vnějšího pohlavního ústrojí, tedy mimo dělohu. Na endometriózách mohou vznikat cysty - dutinky naplněné krví. Někteří autoři předpokládají, že endometrióza je součástí autoimunitního onemocnění, a tedy jej doprovází vysoký výskyt protilátek například proti obalu vajíčka, spermiím či samotnému embryu. Až 25% žen s tímto onemocněním se stává neplodnými. Endometrióza se léčí chirurgicky, elektrokoagulačně, hormonálně či imunologicky (Ulčová-Gallová, 1999).

Mezi další příčiny ženské neplodnosti patří nepravidelnosti pochvy, potíže v hrdle děložním nebo nevyvinutí dělohy, nepravidelná poloha dělohy nebo její zdvojení, případně srůsty nebo myomy (Ulčová-Gallová, 1999).

Značnou roli hrají další faktory jako hematologické poruchy či infekční příčiny, které nemusí způsobit přímo neplodnost - k oplození vajíčka tedy dojde - ale následkem těchto faktorů může docházet k potratům (Kašparová, 2011).

2.3.1.3. Idiopatická neplodnost a zdánlivá neplodnost

Může se stát, že lékaři neobjeví žádnou příčinu neplodnosti ani u muže ani u ženy, ačkoliv byla provedena gynekologická, andrologická, imunologická, sexuologická, urologická, genetická i psychologická vyšetření. Tento stav pak bývá označován jako **idiopatická neplodnost** (Ulčová-Gallová, 1999).

Podle Ventruby (2008) by idiopatická neplodnost neměla být považována za diagnózu, protože se jedná spíše o selhání diagnostiky, kterou nebylo možné zjistit příčiny neplodnosti.

Mnoho autorů mylně předpokládá, že nejsou-li nalezeny žádné biologicky vysvětlitelné příčiny neplodnosti, musí být neplodnost nutně psychogenní. Čepický (2011) však upozorňuje, že tento přístup je nesmyslný, protože abychom mohli prohlásit neplodnost za psychogenní, je nutné nalézt psychické příčiny neplodnosti, stejně tak jako když ji prohlásíme za endokrinní, musíme nalézt příčiny endokrinní.

Zdánlivá neplodnost je pojem, který znamená, že páru se sice nedaří otěhotnět, ale příčinou není porucha plodnosti, nýbrž nedostatečná frekvence soulože. Laici totiž přeceňují možnost otěhotnění a neuvědomují si, že i pro ženu v období maximální plodnosti (kolem 20 let) je její šance na otěhotnění během jednoho koitu pouze 3% (Čepický, 2011).

Matějů, Weiss a Urbánek (2005a) rozdělují teorie týkající se psychogenní neplodnosti na dvě hlavní skupiny. Jsou jimi teorie vycházející z psychoanalytických základů a teorie stresu.

2.3.2. Psychogenní neplodnost

V současné době se v medicíně začíná pomalu prosazovat psychosomatický pohled na nemoc člověka. Psychosomatika obohacuje tradiční pojetí medicíny a snaží se na člověka nahlížet jako na biopsychosociální jednotku a na jeho nemoc jako na něco, co vzniklo nejen v těle na základě somatických změn, ale také v určitém sociálním kontextu a za určitého psychického stavu. Na nemoci se tedy (z psychosomatického hlediska) nepodílejí jen somatické příčiny, ale také psychický stav člověka. Léčba mnoha nemocí by tedy neměla probíhat pouze na somatickém pracovišti působením výhradně na tělo nemocného, ale

zejména u některých nemocí by neměla při léčbě chybět také psychoterapie (Danzer, 2001). Jak jsou tyto dvě složky u dané nemoci a u konkrétního člověka zastoupeny je stále otázkou.

Není však jednoduché si připustit, že nemoc, kterou člověk trpí, může být byť jen zčásti způsobena psychicky. Často bývá pohodlnější postavit se do pozice „oběti“napadené nemocí a nechat se léčit. Být pasivní a nechat lékaře, ať se snaží.

Pokud člověk připustí, že příčina jeho nemoci může být psychická, stává se při léčbě aktivním. Najednou má příležitost přispět ke své léčbě a ne jen pasivně poslouchat příkazy lékařů. Někomu to vyhovuje, má pocit kontroly nad nemocí, je pro něj přijatelnější proti ní bojovat, než jen pasivně čekat na výsledky vyšetření. Na druhou stranu pokud člověk připustí, že jeho potíže mohou být psychického původu, může to v něm vyvolat pocity viny, protože si za svou nemoc vlastně může částečně sám tím, že je jeho životní styl například příliš hektický, že nedokáže odpočívat nebo že má tendenci k potlačování emocí (Sinelnikov, 2005). Stejně tak, začne-li člověk po zjištění diagnózy na sobě pracovat, snaží se upravit svůj životní styl, ale tato snaha nevede k somatickému zlepšení, může to vést k pocitům vlastní neschopnosti, čímž se paradoxně může somatický stav ještě zhoršit.

Naší otázkou je, zda hraje psychický stav roli také při poruchách plodnosti. Ventruba (2008) například uvádí, že příčiny neplodnosti ženy mohou být až z 5% psychogenního původu.

- **Psychoanalyticky orientované teorie**

Dynamicky orientovaní terapeuti tvrdí, že ženy, které trpí funkční sterilitou, nevědomě pociťují úzkost a hostilitu k narození dítěte. Tyto negativní pocity se pak na somatické úrovni projevují právě neplodností. Mezi další vnitřní konflikty, které mohou způsobit neplodnost, patří podle těchto teorií nepřijetí vlastního ženství, emoční nezralost či identifikace s hostilní matkou (Konečná, 2003). Podle psychoanalytiků je to právě patologický vztah mezi matkou a dcerou, který vede nejčastěji k narušení reprodukčních schopností (Matějů, Weiss, Urbánek, 2005a).

Podle Wischmanna (2011) je však touha po dítěti obvykle ambivalentní, tedy i rodiče, kteří nemají s otěhotněním problémy, na jednu stranu po dítěti touží, na stranu druhou se obávají změn, které s příchodem dítěte nastanou a které budou muset zvládnout. Ambivalence k narození dítěte tedy není podle jeho názoru nic, čím bychom neplodnost mohli vysvětlit (Wischmanna, 2011).

- **Teorie stresu**

Za další psychickou příčinu neplodnosti je často považován stres, který může být způsoben nejrůznějšími vlivy jako například prováděné léčebné procedury, tlak rodiny, tlak

partnera, vliv sociálního okolí, aktuální životní situace, ale také třeba velká radost. Je zajímavé, že někteří respondenti ve výzkumu Konečné (2003) uváděli, že prožívá-li člověk stres, šance otěhotnět se naopak zvýší (Konečná, 2003).

Podle Líbalové (2008) je vliv stresových faktorů na reprodukční funkce nepochybný. Při stresu dochází k mobilizaci celého organismu, jejímž následkem jsou inhibovány všechny neuroendokrinní systémy, tedy i systém umožňující reprodukci.

Také Matějů, Weiss a Urbánek (2005a) uvádí, že stres způsobuje neplodnost zcela nesporně u žen a to prostřednictvím kortikoliberinu a endorfinů, které působí na hypotalamus, který tak blokuje produkci gonadotropinů. Ženy v chronickém stresu nemenstruují ani neovulují (Matějů, Weiss, Urbánek, 2005a). U mužů může stres narušovat sexuální život například poruchou erekce (Zvěřina, 2010).

Vliv stresu na plodnost žen potvrzuje také studie, kterou realizovali Ebbesen, Zachariae, Mehlsen, Thomsen, Højgaard, Ottosen, Petersen a Ingerslev (2009). Autoři srovnávali chronický stres u žen, které podstoupily IVF a podařilo se jim otěhotnět s těmi, které IVF rovněž podstoupily, ale léčba proběhla neúspěšně. Výsledky ukázaly, že ženy, kterým se otěhotnět nepodařilo, zažívaly již před samotnou léčbou více stresových situací a měly více depresivních symptomů. Těmto ženám dozrával signifikantně nižší počet oocytů, následkem čehož byla menší pravděpodobnost úspěchu IVF.

Další odborníci, kteří zastávají názor, že za neplodnost může stres, poukazují na případy, kdy ženy otěhotněly poté, co se rozhodly adoptovat dítě a přestaly se tedy upínat na početí. Adopce může vést k uvolnění tenze a napětí, což způsobí lepší fungování biologických procesů a ke kýženému početí může dojít samovolně. Předpoklad, že adopce zvyšuje pravděpodobnost početí, byl mnoha studiemi potvrzen, ale mnoho jich jej naopak vyvrátilo. Tedy zvýšená šance na otěhotnění po předchozí adopci potvrzena nebyla (Born, 1989).

Mnoho výzkumů rovněž zjistilo, že míra úzkosti a neuroticismu u žen s dětmi a u neplodných žen s organickou příčinou neplodnosti je signifikantně nižší, než u žen s funkční sterilitou (Konečná, 2003). Tyto výsledky byly zejména v 50. a v 60. letech pokládány za jasné důkazy psychogenního původu neplodnosti. V 80. letech však mnoho odborníků připouští, že v tomto případě je obtížné odlišit příčiny od následků, a tedy psychické odchylky, které byly pokládány za příčiny neplodnosti (úzkost a neuroticismus), mohou být jejím důsledkem (Sobotková, 2007).

Wischmann (2011) rovněž předpokládá, že role psychogenních faktorů jakožto jediné příčiny neplodnosti je v naší společnosti přeceňována a je stejně neadekvátní jako pohled ryze

somatický. Ve svém článku uvádí, že nebyly zjištěny častější psychické poruchy u párů s nevysvětlitelnými příčinami neplodnosti, než u běžné populace, ale na druhou stranu nevylučuje, že v některých případech je příčina neplodnosti skutečně psychogenní.

Stejně tak i Born (1989) dochází k závěru, že nebyly zjištěny žádné psychické fenomény, ve kterých by se lidé s poruchami plodnosti odlišovali od zdravých párů.

Na Wischmannův příspěvek reaguje Čepický (2011), podle kterého je nutné striktně odlišovat neplodnost psychogenní a idiopatickou. Psychogenní neplodnost není podle Čepického (2011) nijak vzácná, což dokládá častými poruchami menstruačního cyklu při některých psychických poruchách (neléčené psychózy, poruchy příjmu potravy, stres, psychogenní hyperprolaktinemie), které pak mají za následek neplodnost. Tyto typy příčin poruch plodnosti však bývají obyčejně považovány za endokrinní, protože vlivem hormonů nedochází k ovulaci, což je však důsledek psychických poruch. Za psychogenní poruchy neplodnosti můžeme podle Čepického (2011) považovat rovněž příčiny psychoimunitní a psychovegetativní.

Konečná (2003) zmiňuje v souvislosti s psychogenními poruchami plodnosti cirkulární kauzalitu, kdy potíže s otěhotněním mohou vést k psychické nepohodě a ta může následně ještě prohlubovat potíže s otěhotněním. Postoj Konečné (2003) k psychickým faktorům neplodnosti je velmi obezřetný, trvá na tom, že nejprve je nutné vyloučit všechny příčiny neplodnosti, které jsou v dnešní době již známé, a teprve poté je možné opatrně začít uvažovat o příčinách psychických.

Podle našeho názoru hrají i u somatických nemocí v různé míře svou roli faktory psychické, na druhou stranu se zdá, že jakýkoliv názor na psychogenní příčiny nemocí se jen obtížně dokazuje objektivními fakty. Jedná se spíše o otázku paradigmatu, tedy jestli člověk spíše tíhne k vysvětlování nemocí čistě somatickými příčinami, nebo zda ve větší či menší míře uznává i vliv jiných faktorů. Toto své stanovisko pak může člověk jednoduše doložit případy, které jej potvrzují.

Skalní zastánci přírodovědeckého přístupu k člověku mohou tvrdit, že ani když nenalezneme žádné biologické příčiny nemoci, neznamená to, že by byly příčiny psychického rázu, nýbrž to, že naše vědecké poznání ještě nedosáhlo takové úrovně, abychom tyto biologické příčiny odhalili. Vždyť i taková onemocnění, u kterých se dříve příčina nenašla, a původ nemoci byl považován za psychogenní, jsou dnes úspěšně léčeny čistě somatickými přístupy, protože jejich somatická příčina byla díky pokroku ve vědě zjištěna.

Na druhou stranu existuje dnes již mnoho onemocnění, které západní medicína dovede zmírnit nebo potlačit, ale nedovede je vyléčit, a které se zcela zřetelně zhoršují ve chvílích

psychického vypětí. Mezi tato onemocnění poukazující na omezení západního pojetí medicíny, patří například bronchiální astma, bolesti hlavy, časté mdloby nebo ekzémy (Danzer, 2001).

Jakýmsi spojovacím článkem mezi materialisty zabývajícími se tělem člověka a idealisty, kteří vidí původ somatických nemocí v duši člověka, může být v současnosti rozvíjející se obor neuropsychologie, který se zabývá vztahem mezi mozkem (tedy částí lidského těla) a psychickými procesy.

2.3.3. Sociální faktory neplodnosti

Jak můžeme zaznamenat ve svém okolí, a jak uvádějí i statistická data, počet narozených dětí na jednu ženu se poslední dobou rapidně snižuje a věk prvorodiček se naopak zvyšuje. Tyto dva jevy, které spolu úzce souvisí, se v České republice začaly objevovat na počátku 90. let 20. století (tedy po Sametové revoluci), v západní Evropě se tak začalo dít již v 60. letech (Rabušič, 2001).

Tendence odkládat rodičovství stále do vyššího věku, tedy prodlužování bezdětnosti dobrovolné, úzce souvisí s nárůstem bezdětnosti nedobrovolné, protože když se žena ve vyšším věku rozhodne založit rodinu, bývá již biologicky za vrcholem své plodnosti a může mít (biologicky zcela přirozeně) s otěhotněním problémy. Právě kvůli této provázanosti bezdětnosti dobrovolné a nedobrovolné, považujeme za důležité blíže zmapovat důvody, které vedou partnery k odkládání založení rodiny do vyššího věku, ačkoliv si jsou často vědomi biologických limitů lidské plodnosti.

Sociolog Beck (2011) vysvětluje snížení počtu potomků a přesun zakládání rodiny do vyššího věku rodičů požadavky, které na člověka klade moderní industriální společnost. Podle Becka (2011) v tržní ekonomice nejlépe prosperují svobodní jedinci bez závazků, kteří jsou flexibilní, mobilní a mohou se pružně přizpůsobovat požadavkům trhu, a tak si snadněji zajistit ekonomickou existenci. Jedinci, kteří jsou omezováni závazky, které na ně klade rodina, jsou na trhu méně efektivní, a tedy mohou mít větší problémy se zajištěním své existence na žádoucí úrovni.

Mnoho autorů, kteří si kladou otázku, co je hlavním důvodem změny postoje k plození dětí v moderní společnosti, dochází k závěru, že hlavní příčinou je změna norem, hodnot, idejí a postojů k různým oblastem života, které jsou nutně provázeny vznikem nových vzorců chování. Nové podmínky v postindustriální společnosti relativizují normy a hodnoty uznávané generacemi předchozími a vedou k hodnotám novým, v jejichž centru stojí

individualita jedince, jeho potřeby, touha po seberealizaci, vyšší kvalitě života a osobním štěstí (Rabušič, 2001).

Tradiční společnost měla poměrně jasnou strukturu a život jedince byl do značné míry naplánován tím, do jaké rodiny se narodil, jaké postavení měli jeho rodiče, jeho pohlavím i pořadím narození. Dětství, začátek profese, sňatek, plození dětí - životní dráha jedince byla naplánována tradicemi i očekáváním sociálního okolí. Vymezení se vůči těmto sociálním normám bylo nežádoucí a ve většině případů se neobešlo bez sociálních represí v podobě vydědění nebo jiných sankcí. Individualita jedince se musela podřídit očekávání společnosti a byl dán jen velmi malý prostor, ve kterém mohl člověk kreativně utvářet svůj život (Rabušič, 2001).

Postupnou industrializací se mnoho lidí stěhuje za prací z vesnic do měst, a dochází tak k narušení vazby s původní rodinou. V industriální společnosti není pozice jedince determinována pozicí jeho původní rodiny, člověk se vymaňuje ze struktury tradiční společnosti a dostává možnost řídit svůj život vlastními silami (Rabušič, 2001). Širší rodina, ve které žilo pohromadě více generací, tak jak ji známe z tradiční společnosti, ztrácí postupně svůj význam a její místo zaujímá nukleární rodina, která je v této době nejběžnějším způsobem soužití (Beck, 2011).

Po druhé světové válce až do 60. let stoupá význam nukleární rodiny, ve které lidé hledají stabilitu a jistotu, kterou jim poválečná společnost nenabízí. Manželství a rodina je pro ně jednou z nejdůležitějších věcí, což se projevuje stoupající porodností a sňatečností (Sullerotová, 1998). V průběhu 60. let se tato situace výrazně mění a to pravděpodobně vlivem postupného vzniku konzumní společnosti, která klade důraz na uspokojování potřeb jedince (ne rodiny jako celku) a vlivem rozvoje psychologie (velký vliv měla zejména psychoanalýza), která zdůrazňuje individualitu a jedinečnost každého jedince (Sullerotová, 1998). Značnou roli ve změně reprodukčního i sňatkového chování sehrálo v 60. letech rozšíření užívání hormonální antikoncepce. Efektivní antikoncepce definitivně oddělila sex od početí, pomohla odstranit strach z nežádoucího otěhotnění a poskytla ženám autonomii v reprodukci, tedy právo rozhodovat o svém životě a možnost být nezávislou na mužích. Ženám se tak otevřely další možnosti, kterých začaly hojně využívat – vstoupily do světa práce, mnohé z nich začaly budovat kariéru a navštěvovat vysoké školy (Rabušič, 2001).

V této době se postupně začínají snižovat porody v mladém věku matky, prodlužují se intervaly mezi sňatkem a porodem, ale také mezi jednotlivými porody. Věk v době prvních sňatků se začíná zvyšovat a začíná být stále častější společné soužití a sexuální život mimo manželství. Narůstají počty lidí trvale svobodných i počty dětí narozených mimo manželství.

Tyto tendence jsou podporovány rovněž sociální politikou, která poskytuje svobodným matkám mnohé finanční úlevy. Ani rozvody, jejichž počet se rovněž zvyšuje, již nejsou vnímány tak negativně, jak tomu bylo dřív. Nejsou vnímány jako selhání, ale jako jedna z cest, kterou se může jedinec vydat, není-li ve svém manželství spokojen (Sullerotová, 1998).

Mottem doby se stává nezávislost, soběstačnost, tolerance k druhým, ale zároveň i jakási nevázanost na nich, což vede ke změně, kdy v centru společnosti nestojí rodina, ale jednotlivec. Rodina a manželství již není kýženým cílem, což také souvisí s poklesem porodnosti i sňatečnosti v této době (Sullerotová, 1998).

Odkládání rodičovství je trendem současné společnosti, pro kterou je typický nárůst počtu starších matek, tedy žen, které porodí své první dítě po 35. roce života. Ženy, které se rozhodnou mít děti později, mívají většinou vyšší vzdělání a vnímají svou profesi jako významnější, než ženy, které mají své první dítě dříve. Důvodů k pozdnímu rodičovství však může být mnoho. Jedním z nich je již zmíněná preference studia či kariéry, kvůli kterým matka zvažuje, zda vůbec mít dítě, a pokud ano, tak kdy. Mezi staršími matkami jsou také ženy, které původně chtěly zůstat bezdětné, ale nakonec se rozhodnou, že dítě mít chtějí. Jiné ženy se chtějí stát matkami až tehdy, budou-li se na to cítit emočně připraveny, k čemuž často dochází až po jejich 30. roce. Pro jiné je důležité finanční zabezpečení a jistota, že dítě dokážou materiálně zajistit, k čemuž je však potřeba delší doba v zaměstnání, než se rozhodnou dítě porodit (Sobotková, 2007).

Podle Konečné (2008) může být příčinou odkládání rodičovství do pozdějšího věku také větší odpovědnost, kterou matka vůči svému potomku cítí, a tak se snaží přivést jej na svět za co nejlepších podmínek, za které většinou považuje vlastní emoční zralost, pevný partnerský vztah a finanční zabezpečení.

Ukazuje se, že ženy, které se nejprve rozhodly získat určitou pozici v zaměstnání, dosáhly určitého příjmu, a pak teprve začaly zakládat rodinu, jsou ekonomicky zvýhodněny oproti těm, které měly děti v mladém věku a jejich životní úroveň se většinou příliš neliší od bezdětných žen (Kocourková, 2011).

Bartošová (2009) zjistila, že reprodukční strategie žen i formy partnerského soužití významně ovlivňuje jejich původní rodina. Podle Bartošové (2009) kladou rodiny důraz buď na rodičovství nebo na vzdělání nebo na svobodnou volbu. Orientace původní rodiny na vzdělání nebo na svobodnou volbu tak legitimizuje bezdětné období, tedy to, zda žena považuje bezdětné období za plodné a smysluplné a má tak tendenci dobrovolnou bezdětnost prodlužovat.

Postoje původní rodiny společně se zkušenostmi, které žena získá v bezdětném období, mohou posílit individuální přístup k životu, sníženou ochotu přizpůsobit individuální zájmy zájmům rodinným, následkem čehož nemusí žena považovat založení rodiny za tolik přitažlivé (Bartošová, 2009).

Pozdní mateřství nepřináší jen riziko nemožnosti otěhotnění, ale má také své výhody. Starší matky (po 35. roce) bývají na rodičovství připravenější, emocionálně zralejší a stabilnější. Bylo zjištěno, že starší matky se lépe vyrovnávají s předčasným porodem, s hyperaktivním dítětem či s jinými odchylkami (Sobotková, 2007).

Hašková (2009) uvádí několik faktorů, které přispívají k prodlužování období dobrovolné bezdětnosti.

- **Typ partnerského soužití.**

Vysoká míra rozvodovosti, střídání partnerů, nesezdané soužití či oddělené žití partnerů jsou fenomény, které se v současné společnosti zcela běžně vyskytují. Tyto formy soužití komplikují případné rodičovství, které souvisí s odpovědností za svého potomka, na jehož potřeby musí brát rodič ohled a pro jehož vývoj je tradiční rodina optimální. Zmíněné formy soužití proto přispívají spíše k preferenci bezdětného životního stylu (Hašková, 2009).

- **Velikost a místo bydliště.**

Nejvíce bezdětných žen se vykytuje ve velkých městech, jako jsou v České republice Praha, Brno, Ostrava, Plzeň a Olomouc (Hašková, 2009). Podle Haškové (2009) je to důsledek typického životního stylu ve velkých městech, který je s rodičovstvím obtížněji slučitelný.

- **Náboženské vyznání.**

Souvislost s náboženským vyznáním a bezdětností není vzhledem k postoji římskokatolické církve k antikoncepci natolik překvapivá. Přesto jsou však výsledky studie Nývlta a Šalamounové (2005) velmi zajímavé. Autoři zjistili, že za posledních deset let, vzrostl podíl bezdětných žen mezi ženami s vyznáním i bez něj, ale paradoxně ženy bez vyznání zůstávaly bezdětné nejméně často. Nejvyšší míra bezdětnosti byla zjištěna u žen s jiným vyznáním než římskokatolickým.

- **Bytové podmínky.**

Bezdětné ženy bydlí častěji v rodičovském bytě než ženy, které jsou již matkami, což může být podle Haškové (2009) důsledkem podmiňování rodičovství možností samostatně bydlet. Většina párů dokonce uvádí nemožnost samostatně bydlet jako jednu z hlavních překážek založení rodiny (Hašková, 2009).

- **Věková podobnost partnerů.**

Častěji zůstávají bezdětná ta partnerství, ve kterých je velký rozdíl mezi věkem partnerů. U podobně starých partnerů bývá větší pravděpodobnost, že se shodnou ve svých reprodukčních plánech než u partnerů s větším věkovým rozdílem. U těch se často stává, že jeden z partnerů má děti z předchozího manželství, a je tedy již méně ochoten do dětí investovat. Neshoda v reprodukčních plánech pak vede častěji k bezdětnosti (Hašková, 2009).

- **Vzdělání a trh práce.**

Ženy, které dosáhly alespoň vzdělání s maturitou, mají tendenci odkládat mateřství až po 30. roku života a častěji zůstávají bezdětné (Hašková, 2009). Tato tendence bývá vysvětlována teorií nákladů ztracených příležitostí, tedy ztrátou možnosti seberozvoje, budování kariéry a výše příjmu, k čemuž dochází, zůstanou-li ženy s dítětem doma (Hašková, 2009). Pokud ženy plánují dítě porodit, většinou k tomu dochází až po ukončení vzdělání, což je u vysokoškolsky vzdělaných žen později (Nývlt, Šalamounová, 2005).

V moderní společnosti jsou lidé, pro které je sňatek bezvýznamný, a tak preferují volné soužití bez oddacího listu, ale i ti, kteří život v manželství stále preferují. Obě tyto skupiny tíhnou k odkládání rodičovství do pozdějšího věku, aby mohly využít možností, které jim společnost nabízí, materiálně se zajistit, a pak nelitovat, že něco nestihly, že jim něco uniklo. A tak mnoho žen nehledí na své biologické hodiny, jsou dlouhou dobu dobrovolně bezdětné, ale tato dlouhá léta bezdětnosti dobrovolné mohou být pak tvrdě splacena truchlením nad bezdětností nedobrovolnou.

2.4. Metody léčby

Zjistí-li partneři, že mají potíže s otěhotněním, snaží se nejprve přijít na to, proč tomu tak je. Pár běžně absolvuje návštěvy u řady odborníků (gynekologie, andrologie, imunologie, endokrinologie, sexuologie, genetika, urologie, sexuologie atd.), kteří participují na zjišťování příčin neplodnosti. Neplodný pár podstupuje mnoho nepříjemných vyšetření, která zasahují, do soukromí partnerů a ovlivňují tak jejich intimní vztah (Konečná, 2003).

Mezi běžná vyšetření patří anamnéza, základní vyšetření anatomických poměrů a spermiologické vyšetření u muže (Ventruba, 2008), dále pak u ženy vyšetření ovulace pomocí měření bazálních teplot, stanovení hladiny hormonů, ultrazvuková folikulometrie, vyšetření

děložního hlenu, zjištění průchodnosti vejcovodů pomocí hysterosalpingografie, laparoskopie či kymoinsuflace (Řežábek, 1999).

Během snah zjistit příčinu poruch plodnosti, může docházet do jisté míry k paradoxnímu jevu. Podstupuje-li pár konkrétní vyšetření, většinou si přeje, aby byl zdravý, tedy aby vyšetření bylo negativní, protože tak mu zůstává naděje, že žena bude moci otěhotnět. Když jsou však všechna vyšetření u konce a žádná příčina neplodnosti se nezjistí, nemají partneři nic konkrétního, s čím by se mohli léčit, a tak pravděpodobnost otěhotnění zvýšit. A tak paradoxně cítí zklamání, že se u nich žádná příčina neplodnosti přeci jen nenašla.

Metod léčby neplodnosti je mnoho, záleží na konkrétním problému daného páru, jaká metoda je pro něj vhodná.

V naší práci se budeme věnovat metodám, které bývají používány nejčastěji a které jsou většinou odborníků považovány za účinné.

Podrobněji se budeme věnovat medikamentózní terapii, chirurgické terapii, rehabilitační metodě Mojžíšové, psychoterapii, balneoterapii a metodám asistované reprodukce.

2.4.1. Medikamentózní terapie

Pomocí medikamentózní terapie můžeme odstranit některé problémy jedince, které způsobují neplodnost nebo dodat látky, které tvorbu žádaných látek v těle vyvolají.

Konečná (2003) dělí medikamentózní metody do tří okruhů: Terapie infekce, terapie imunologických poruch plodnosti a hormonální terapie.

- **Terapie infekce**

Záněty i infekce mohou být často příčinou neplodnosti zejména u žen. K jejich léčbě se používají primárně antibiotika (Ventruba, 2008), jako doplňková léčba mohou být užívány vitamíny (Ulčová-Gallová, 1999).

- **Terapie imunologických poruch plodnosti**

Tato léčba se používá při imunitních poruchách na straně muže i ženy. Imunosupresivní léčba spočívá v užívání kortikoidů, jejichž cílem je snížit hladinu protilátek působících proti spermiím (Řežábek, 1999).

- **Hormonální terapie**

Hormonální terapie se využívá v případech, kdy je příčinou neplodnosti nedostatečná hladina hormonů. Nízká hladina hormonů může u žen způsobit poruchy ovulace, problémy se zahnízděním vajíčka, někdy také z této příčiny nemůže děložní sliznice vajíčko přijmout

(Řežábek, 1999). Ženám se často dodávají estrogeny, gonadotropiny (folikulostimulační hormon) či progesteron (Ventruba, 2008).

Například principem léčby anovulace je zvýšení hladiny hormonu FSH, který ovlivňuje růst dominantního folikulu. K tomu lze použít antiestrogeny nebo gonadotropiny. Pokud jsou vytvořeny dostatečně velké folikuly, podporuje se ovulace lidským choriovým gonadotropinem. K ovulaci pak dojde za 38 - 40 hodin (Jarošová, 2011).

U mužů se používá hormonální léčba při aspermii, na kterou nejlépe funguje gonadotropin, konkrétně folikulostimulační hormon (Ventruba, 2008).

2.4.2. Chirurgické metody léčby neplodnosti

Chirurgická léčba se začala používat od počátku sedmdesátých let, kdy došlo k vývoji nové operační technologie; od osmdesátých let se stále více používá laparoskopie, která je díky své minimální invazivitě používána nejčastěji (Ventruba, 2008). Neplodnost můžeme řešit chirurgicky v případě, když se jedná například o blanité srůsty v okolí vaječníku, uzavřený vejcovod, myomy, polypy či endometriózu (Řežábek, 1999).

Chirurgické zákroky se u některých žen provádějí před zahájením asistované reprodukce s cílem zlepšit folikulogenezi, snížit riziko mimoděložního těhotenství a odstranit zánětlivá ložiska, aby byla úspěšnost asistované reprodukce co největší (Ventruba, 2008).

2.4.3. Metoda Mojžíšové

Metoda Mojžíšové je soustava svalových cvičení, která pomáhají u některých druhů funkční neplodnosti (Novotná, 2007). Tento druh rehabilitačního cvičení vznikal na počátku 90. let, ale první zmínky se v odborné literatuře objevují již v roce 1986 (Ulčová-Gallová, 1999). Metoda byla vědecky ověřena a v roce 1990 jí bylo uděleno osvědčení ministerstvem zdravotnictví, dnes je tedy hrazena zdravotní pojišťovnou (Volejníková, 2005).

Metoda vychází z předpokladu, že životní styl moderní společnosti vede k oslabení a stažení svalů, mimo jiné i svalů pánevního dna. To způsobuje oslabení metabolismu v malé pánvi, následkem čehož dochází k menšímu zásobování krví a tedy i k nedostatečnému okysličení, které může vést ke vzniku gynekologických potíží. Špatná svalová kondice může například způsobit bolesti zevních pohlavních orgánů, bolesti při pohlavním styku, anorgasmii, nepravidelnou a bolestivou menstruaci, neprůchodnost vejcovodů, opakované potraty a mnoho dalšího (Novotná, 2007).

Léčba nespočívá jen ve cvičení doporučených cviků, ale také v dodržování pitného režimu, správném držení těla a vyhnutí se určitým sportům a pohybům (Volejníková, 2005).

Ačkoliv bylo metodě Mojžíšové uděleno osvědčení ministerstvem zdravotnictví, má nejen mnoho zastánců, ale i odpůrců, často také mezi gynekology, kteří zpochybňují její účinnost (Novotná, 2007).

Značnou výhodou této metody je, že nemůže uškodit, naopak může přispět k lepšímu držení těla ženy a dává ženám často pocit, že mají situaci částečně ve svých rukou a že mohou samy svým úsilím přispět k otěhotnění. Podle Ulčové-Gallové (1999) může být metoda účinná především u úzkostných žen s nevysvětlitelnou příčinou neplodnosti.

2.4.4. Psychoterapie

Psychoterapii používáme u poruch plodnosti jako primární léčbu v případě, řešíme-li potíže psychického charakteru jako například poruchy erekce u mužů nebo vaginismus u žen (Řežábek, 1999).

Terapii však používáme i u ostatních poruch plodnosti a to jako doplňkovou léčba, které pomáhá neplodnému páru lépe zvládnout náročnou léčbu, snížit prožívaný stres a vyrovnat se se svou neplodností (Líbalová, 2008).

Líbalová (2008) uvádí, že psychoterapie může zvýšit i úspěšnost somatické léčby neplodnosti.

Psychoterapií nedobrovolně bezdětných párů se budeme podrobněji zabývat v samostatné kapitole.

2.4.5. Balneoterapie

Balneoterapie neboli lázeňská léčba spočívá ve využívání přírodních léčivých zdrojů k léčbě některých onemocnění. Na gynekologické problémy, tedy i na neplodnost, se v České republice specializují Františkovy Lázně (Šindlář, 2004).

Při balneoterapii se používají převážně **minerální vody** k pitným kúrám i k zevní balneaci; **slatina**, které je bohatá na bílkoviny, pektiny, celulózu, humusové látky; a **zřídelní plyn**, který se používá k suchým gynekologickým koupelím (Šindlář, 2004).

Při léčbě gynekologických onemocnění se používají všechny zmíněné postupy, ale nejčastěji je zastoupena **sirnoželezitá slatina**. Ta se využívá při slatinových koupelích, slatinových zábalech a slatinových intravaginálních tampónech. Slatina pozitivně ovlivňuje reprodukční funkce prostřednictvím většího krevního zásobení, urychlení resorbčních

pochodů, antimikrobiálního účinku a optimalizace imunologických pochodů. Důležitou roli hraje také resorbce organických látek, které slatina obsahuje, a které pozitivně ovlivňují reaktivní pochody kůry mozkové, tkáně a orgány (Šindlář, 2004).

Minerální voda se při gynekologických onemocněních využívá ve formě uhličitých koupelí k celkové balneaci a vaginálních výplachů. Cílem je dosáhnout vegetativní rovnováhy, senzibilizovat sexuální centra a zvýšit hormonální aktivitu (Šindlář, 2004).

Zřídelní plyn se využívá ve formě plynové injekce ve smyslu reflexní terapie a plynové gynekologické lázně, která vede k rozšíření kapilár genitálu, urychlení krevní obměny a ke zvýšení oxygenace tkání (Šindlář, 2004).

Při gynekologických potížích se může jako doplňková léčba používat hydroterapie, procedury fyzikální terapie, léčebné tělesné výchovy a masáže. Nezanedbatelné je při léčbě také dietní stravování, medikamentózní léčba a zdravotně výchovné působení (Šindlář, 2004).

Lázeňská léčba je účinná terapie poruch plodnosti, i když v současnosti její význam poklesl, pravděpodobně kvůli novým technologiím asistované reprodukce, do kterých většina žen klade větší naděje než do balneoterapie. V dnešní uspěchané době mohou ženy považovat pobyty v lázních za zdlouhavé a za plýtvání časem a připadá jim efektivnější zvolit si k léčbě nejmodernější techniky medicíny.

Myslíme, že by lázeňská léčba neměla být podceňována, protože na rozdíl od psychicky i fyzicky náročné asistované reprodukce může mít blahodárný vliv na tělo i mysl ženy a nemusí přinést jen kýžené početí, ale i celkové zlepšení stavu ženy.

2.4.6. Metody asistované reprodukce

Mnoho autorů (Konečná, 2003, Řežábek, 1999) zařazuje asistovanou reprodukci do metod léčby neplodnosti, ale podle našeho názoru je obtížné posoudit, zda se jedná skutečně o léčbu nebo pouze o řešení, díky kterému partneři mohou mít vytoužené dítě, ale neplodnosti jako takové se nezbaví. Je tedy otázkou, zde je možné považovat asistovanou reprodukci za léčbu, ale vzhledem k tomu, že se mezi metody léčby obvykle řadí, uvedeme ji také my v této kapitole.

Indikace k asistované reprodukci je při oboustranné neprůchodnosti vejcovodů, endometrióze, vzniku antispermatozoálních protilátek, sterilitě z mužských příčin, při sterilitě z neznámé příčiny (Řežábek, 1999), dále při hormonální, psychogenní nebo imunologické příčině (Ulčová-Gallová, 1999).

2.4.6.1. Intrauterinní inseminace (IUI)

Pokud žena spontánně ovuluje, má průchodné vejcovody a její partner má normální nebo pouze mírně snížený počet pohyblivých spermií, ale přesto se partnerům nedaří spontánně počít, doporučuje se provedení intrauterinní inseminace (Mrázek, 2010).

Tato metoda spočívá v zavedení spermií do děložní dutiny, čímž se usnadní jejich cesta do proximální části vejcovodu, kde je větší pravděpodobnost, že některá z nich oplodní vajíčko. Intrauterinní inseminace se provádí ambulantně, použity mohou být spermie partnera nebo případně i dárce (Mrázek, 2010).

2.4.6.2. In vitro fertilizace (IVF)

IVF je nejpoužívanější metodou mimotělního oplodnění a v České republice je hrazena pojišťovnou (Řežábek, 1999).

V první fázi je nutná stimulace růstu folikulů. Běžně dozrává jedno vajíčko za měsíc, ale kdyby se jeden pokus mimotělního oplodnění prováděl pouze s jedním vajíčkem, které se uchytí s pravděpodobností 15%, byla by šance na otěhotnění velmi malá. Tím, že se před odebráním folikulů injekčně zvyšuje hladina folikulostimulačního hormonu (FSH), dozrává více vajíček, které pak mohou být uměle oplodněny. Před odebráním folikulů se pomocí léků snižuje hladina luteinizačního hormonu (LH), který by mohl narušit kvalitu vajíček (Řežábek, 1999).

Vzhledem k tomu, že na podávané léky může každá žena reagovat odlišně, je nutné sledovat ultrazvukem, kolik folikulů roste a podle toho případně upravovat další dávku hormonů (Řežábek, 1999).

Dobu vhodnou pro odběr vajíček stanoví lékař. Odběr samotný probíhá většinou v narkóze pomocí jehly, kterou lékař zavede skrz pochvu. Celý proces probíhá pod ultrazvukem. Vajíčka se pak uchovávají v laboratořích ve speciálních roztocích, které mají navodit podobné prostředí jako je v těle ženy. Po určité době se přidají k vajíčkům spermie a nechají se 16 až 18 hodin v termostatu. Čeká se, až do vajíček pronikne spermie. Poté se pod mikroskopem kontroluje, zda jsou všechna vajíčka v pořádku oplodněna a přenáší se zpět do dělohy. Přenos vajíček není bolestivý a většinou trvá 5 minut. Embrya jsou přenášena pomocí úzké trubičky (katétr) přes pochvu a hrdlo děložní (Řežábek, 1999).

2.4.6.3. IntraCytoplasmatic Sperm Injection (ICSI)

ICSI je další metodou mimotělního oplodnění, která se používá v případě, když je malý počet spermií v ejakulátu nebo když jsou spermie nepohyblivé. Při metodě IVF byly spermie dány pouze do blízkosti vajíčka, ale ony samy musely do vajíčka proniknout. Metoda ICSI spočívá v tom, že spermie jsou speciální jehlou vstříknuty přímo do vajíčka. Díky této metodě mohou být biologickými otci i muži, kteří mají málo spermií nebo jejichž spermie jsou nepohyblivé. Tato metoda není v České republice pojišťovnou hrazena (Řežábek, 1999).

2.4.6.4. Metody Microchirurgical Epididymal Sperm Aspiration (MESA), TEsticular Sperm Ectraction (TESE) a PErcutaneous Sperm Aspiration (PESA)

Při metodách MESE a TESE jsou spermie chirurgicky získané z varlete nebo z nadvarlete muže (Řežábek, 2008). Metoda PESA spočívá v nasátí spermií přes kůži šourku (Řežábek, 1999).

Tyto metody jsou způsobem, jak získat spermie chirurgicky v případě, kdy se v ejakulátu nenajde ani jedna spermie. To se může stát tehdy, jsou-li vývodné cesty z nadvarlete uzavřené, k čemuž může dojít po zánětu, úrazu nebo sterilizaci muže. Tyto metody se kombinují s metodou ICIS a ani ony nejsou pojišťovnou hrazeny (Řežábek, 1999).

2.4.6.5. Rizika asistované reprodukce

Během oplodnění pomocí asistované reprodukce může dojít ke komplikacím, které mohou nejen snížit úspěšnost pokusu, ale také ohrozit zdraví ženy. Mnohá z těchto rizik jsou nezanedbatelná, a proto považujeme za nutné, aby o nich žena před samotným zákrokem byla informována.

- Jednou z komplikací může být **hyperstimulační syndrom**, který nastává, když žena reaguje na podávané množství hormonů, které mají zajistit stimulaci růstu folikulů příliš citlivě, což vede k tomu, že jí v každém vaječníku roste 20 i více folikulů, přičemž očekávané množství je 7 až 10. To se projevuje zvětšením vaječníků a jejich bolestivostí, naplněním dutiny břišní tekutinou (výpotkem) a následkem toho i zvětšením břicha. Ženě může být nevolno, objevuje se zvracení (Řežábek, 1999).
- Při odběru vajíček může dojít k **poranění** ženy (Řežábek, 1999).
- Může rovněž docházet k **mimoděložnímu těhotenství**, tedy k situaci, kdy se embryo uchytí a roste mimo dělohu, nejčastěji ve vejcovodu. Většina takovýchto těhotenství zanikne, část z nich ale roste, což může vést k prasknutí vejcovodu. Žena má bolesti

v podbřišku, krvácí, má slabý a rychlý pulz, omdlévá a musí být co nejrychleji operována (Řežábek, 1999).

- Rizikem mohou být také **vícečetná těhotenství**, i když v dnešní době se obvykle při prvních pokusech IVF používá k embryotransferu pouze jedno embryo a až když se počít nedaří, jsou ženě vloženy do dělohy embrya dvě (konkrétní postupy se stále mění, v současné době je při prvních dvou pokusech vloženo embryo jedno, při dalších pak většinou dvě). Vícečetná těhotenství jsou pro ženu zátěží, protože lidská děloha je optimální pro vývoj jednoho plodu v jednom těhotenství. Ve vícečetném těhotenství stoupá riziko předčasného porodu a dalších komplikací jako je těhotenská cukrovka, gestóza nebo otoky (Jarošová, 2011).
- Vzácně může dojít také k **torzi vaječníku**, ke které vede rotace zvětšeného nastimulovaného vaječníku. Při rotaci dochází ke stočení cév, které vaječník zásobují, ve vaječníku se městná krev, je omezeno jeho zásobování, což vede k odumírání orgánu se zánětlivou reakcí. Orgán pak musí být odebrán (Jarošová, 2011).
- Některé výzkumy rovněž upozorňují na to, že léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce zvyšuje pravděpodobnost rozvoje **rakoviny prsu**, nicméně výsledky studií nejsou jednotné. Ve výzkumu autorů Katz, Paltiel, Peretz, Revel, Sharon, Maly et al. (2008) bylo zjištěno, že riziko vzniku rakoviny vlivem IVF stoupá u žen, které se začínají tímto způsobem léčit až po 30. roku života. Naopak výzkum autorů Stewart, Holman, Hart, Bulsara, Preen, Finn (2012) došel k výsledkům, že v souvislosti s léčbou neplodnosti jsou rozvojem rakoviny prsu nejvíce ohroženy ženy, které s léčbou začaly v mladém věku, autoři uvádí věk okolo 24 let. Jiné výzkumy (např. Yli-Kuha, Gissler, Klemetti, Luoto, Hemminki, 2012; Salhab, Al Sarakbi, Mokbel, 2005) souvislost asistované reprodukce s rakovinou prsu neprokázaly. Ačkoliv nebyla zjištěna jednoznačná spojitost mezi rakovinou prsu a asistovanou reprodukcí, myslíme si, že by toto riziko neměly brát ženy na lehkou váhu a to zejména ty, které mají rakovinu prsu v rodinné anamnéze.

2.4.6.6. Psychosociální aspekty asistované reprodukce

Rozvoj reprodukční medicíny, především techniky asistované reprodukce, přinesl mnoha párům naději na zplození vlastního potomka a mnoho párů díky mimotělnímu oplodnění skutečně potomka zplodilo.

Naděje, kterou tyto techniky přinesly, má však i svou odvrácenou tvář. Mnoho párů podceňuje klesající plodnost se stoupajícím věkem a věří, že kdyby nemohly otěhotnět přirozenou cestou, půjdou na mimotělní oplodnění. Jen málo z nich si však uvědomuje, že i techniky asistované reprodukce jsou omezené, a že jejich úspěšnost s rostoucím věkem ženy rapidně klesá. Ženy mladší než 30 let, mají pravděpodobnost otěhotnění při IVF 28,9%, ženy starší 40 let už jen 9,5% (Konečná, 2008).

Bezdětný pár musí často snášet stres, který je primárně spojen s nemožností otěhotnět, ale sekundárně i s léčbou samotnou a s mnoha okolnostmi, které ji doprovázejí. Léčba bývá finančně náročná, ženy musí pravidelně docházet do center asistované reprodukce, tedy často absentují v práci a může být tak ohrožena i jejich kariéra. Častou hormonální stimulací a jinými zásahy do těla se mohou cítit také fyzicky špatně (Konečná, 2008).

Obtížné může rovněž být rozhodnutí s asistovanou reprodukcí přestat, přiznat si, že veškerá námaha psychická i fyzická byla zbytečná, a že již na další asistovanou reprodukci žena nepůjde. Do mysli se často vkrádá otázka, co kdyby ten další pokus vyšel? Co kdybych to zkusila ještě jednou? Naposledy!?

Johansson a Berg (2005) se zabývali bezdětnými ženami dva roky poté, co definitivně ukončily léčbu asistovanou reprodukcí. Z jejich rozhovorů vyplynulo pět hlavních témat, která většina dotazovaných žen ve svém životě řeší.

- Bezdětnost je stále hlavním tématem v jejich životě, ženy stále sledují svůj menstruační cyklus.
- IVF vnímají jako pozitivní a důležitou součást svého života, zmiňují, že tato zkušenost zvedla jejich sebeúctu. Období, kdy podstupovaly IVF, popisují jako období plné naděje a většina z nich předpokládá, že by jistě otěhotněly, kdyby byla reprodukční technologie na vyšší úrovni.
- Kontakt s jinými lidmi pro ně není natolik významný, sociální život nepovažují za důležitý, spíše se izolují, o své bezdětnosti většinou nemluví.
- Stále věří, že jednoho dne otěhotní a to nezávisle na tom, zda byla příčina jejich neplodnosti vysvětlena či nikoliv. Tato víra se s rostoucím věkem snižuje, ale mnoho žen uvádí, že budou doufat až do doby, než přijde menopauza.
- Ženy se snaží objevit jinou náplň svého života jako je například cestování nebo péče o děti svých příbuzných.

Většina žen vyjadřovala zármutek nad bezdětností, nemožností reprodukce a nemožností prožít sebe sama v roli matky (Johansson, Berg, 2005).

Ženami, které neúspěšně absolvovaly asistovanou reprodukci, se zabývala rovněž studie Wirtberga, Möllera, Hogströma,Tronstada a Lalose (2006). Autoři zkoumali longitudinálně 20 let 14 švédských žen po neúspěšném mimotělním oplodnění. Stejně jako Johansson a Berg (2005) také tito autoři zjistili, že bezdětnost je hlavním tématem, které tyto ženy ve svém životě stále řeší a má vliv na jejich osobní i sociální život. Ženy si ještě dlouhou dobu po umělém oplodnění dokázaly situaci živě vybavit a samotnou léčbu považovaly za významnou součást svého života. Většina z nich trpěla sníženou sebeúctou a pocity méněcennosti. Polovina žen ve výzkumu se cítila izolovaná a ve většině případů byl dlouhodobě negativně ovlivněn i jejich sexuální život. Nebylo také výjimkou, že neplodnou ženu partner opustil (Wirtberg, Möller, Hogström,Tronstad, Lalos, 2006).

Vlastní bezdětnost prožívaly ženy obzvláště silně zejména v případech, kdy se jejich vrstevníci stávali prarodiči. Většina z nich svou situaci řešila péčí o někoho jiného – o děti svých přátel či příbuzných, o stárnoucí rodiče nebo o zvíře (Wirtberg, Möller, Hogström,Tronstad, Lalos, 2006).

11 ze 14 žen ve výzkumu však tvrdilo, že nakonec se jim podařilo se svou bezdětností vyrovnat, přijmout svou roli ne-rodiče a realizovat se v činnostech jako jsou jejich zájmy, kariéra nebo vztahy (Wirtberg, Möller, Hogström,Tronstad, Lalos, 2006).

McMahon, Gibson, Leslie, Cohen a Tennant (2003) se zabývali rodiči, u nichž byla IVF úspěšná, a zkoumali, jak jsou schopni zvládat stres související s rodičovstvím a jak jsou schopni se nové roli přizpůsobit v porovnání s rodiči, kteří počali dítě přirozenou cestou. Obě skupiny byly zkoumány po pěti letech od narození jejich prvního dítěte.

Matky, které otěhotněly pomocí IVF, měly většinou externí locus of control, což autoři vysvětlují nutností podstupovat řadu lékařských zásahů, aby k otěhotnění došlo. Co se přizpůsobení k rodičovství týče, bylo překvapivě zjištěno, že se stoupajícím počtem podstoupených IVF pokusů se u některých žen snižoval rodičovský stres a lépe přijímaly své mateřství, ale u jiných se naopak objevila nejistota ohledně péče o své dítě (McMahon, Gibson, Leslie, Cohen, Tennant, 2003).

Tento paradox (více podstoupených pokusů IVF vede buď k optimálnímu přizpůsobení se k rodičovství nebo naopak k větší nejistotě) se autoři pokoušeli vysvětlit větším uspokojením z narození vytouženého dítěte, do jehož početí vynaložili mnohem více úsilí než rodiče, kteří počali přirozeně nebo museli podstoupit méně pokusů IVF (McMahon, Gibson, Leslie, Cohen, Tennant, 2003). To pak vede buď lepšímu přizpůsobení na mateřství, protože se tak rodičům vyplnil jejich sen nebo naopak k větší nejistotě, protože mohou mít strach, aby

při výchově „vytouženého dítěte“ neudělali něco špatně (McMahon, Gibson, Leslie, Cohen, Tennant, 2003).

V této studii bylo zjištěno, že rodiče, kteří počali svého potomka pomocí IVF, se v přizpůsobení na svou rodičovskou roli a ve zvládání rodičovského stresu nijak významně neliší od rodičů, kteří počali potomka přirozeným způsobem (McMahon, Gibson, Leslie, Cohen, Tennant, 2003).

Ne všechny ženy, které mají problémy s otěhotněním se však rozhodnout podstoupit metody asistované reprodukce. McCarthy a Chiu (2011) ve své studii pracovali s ženami, které měly problémy s neplodností, a porovnávali mezi sebou tři skupiny žen.

- Ty, které se rozhodly pro léčbu neplodnosti a léčba byla úspěšná.
- Ty, které se pro léčbu neplodnosti rozhodly, ale léčba úspěšná nebyla.
- A ty, které se rozhodly, že se s neplodností léčit nebudou.

Autoři zjistili, že ženy, které léčbu podstoupily a podařilo se jim otěhotnět, měly vyšší životní spokojenost a rodičovství pro ně bylo důležitější než u ostatních skupin. Naopak ženy, které se rozhodly, že léčbu nepodstoupí, nepovažovaly rodičovství za tak důležitou součást svého života, ale také měly většinou nižší sebeúctu a nižší životní spokojenost než ženy, které léčbu podstoupily a to bez ohledu na to, zda byla nebo nebyla úspěšná (McCarthy, Chiu, 2011).

V dnešní době klade většina neplodných párů své největší naděje do metod asistované reprodukce. Tato metoda sice představuje největší pokrok v reprodukční medicíně a její úspěšnost je značná, ale na druhou stranu je velmi finančně náročná a především pro ženu i psychicky a fyzicky. Z těchto i mnoha jiných důvodů se mnoho párů po určité době rozhodne na léčbu rezignovat a začne přemýšlet o možných alternativách. Těmi se budeme zabývat v další kapitole.

3. BEZDĚTNOST A JINÁ ŘEŠENÍ NEPLODNOSTI

Neplodnost je nemocí páru, což s sebou přináší mnoho aspektů, které obvykle u „individuální“ nemoci neřešíme. Jedním z nich je způsob, jak bude pár neplodnost řešit. Bude chodit na umělé oplodnění, dokud se to nepovede? Ale co když se to nepovede nikdy? Nebo raději zažádá o adopci a stále se přitom bude snažit otěhotnět přirozenou cestou? Nebo adopce nepřipadá v úvahu a pár raději zůstane bezdětný?

3.1. Proces rozhodování

Způsobů řešení nedobrovolné bezdětnosti je mnoho a často nebývá jednoduché se s partnerem domluvit na „ideálním řešení“, zejména tehdy, když oba cítí, že žádné jiné řešení než vlastní dítě pro ně ideální není.

Ani rozhodování za sebe sama nebývá jednoduché. K člověku promlouvá množství hlasů, z nichž každý má argumenty pro a proti a každá ze zvolených cest má své klady, ale i zápory. Jiný názor partnera může někoho obohatit o nový úhel pohledu a pomoci se rozhodnout sám za sebe, pro někoho jiného je opačný názor naopak frustrující, protože kvůli tomu třeba nemůže realizovat způsob řešení, který sám za sebe považuje za nejlepší. Neplodností jsou ale zasaženi oba partneři, a chtějí-li spolu zůstat, musí se na způsobu řešení shodnout. Jedině tak se totiž mohou posunout dál a nechat za sebou utrpení z nemožnosti mít vlastní dítě (Konečná, 2003).

Podle Matějčka a Dytrycha (1997) jsou dva typické způsoby, kterými partneři svou nedobrovolnou bezdětnost řeší:

Partneři zůstávají bezdětní, tvoří si identitu „bezdětných partnerů“ a nemožnost mít děti považují za své biologické selhání. U této skupiny nejsou neobvyklé racionalizace, kterými si partneři vysvětlují, proč je vlastně lepší, že děti nemají, a tím sami sebe brání před bolestí, kterou jim podle Matějčka a Dytrycha (1997) bezdětnost stále přináší.

Jiní partneři hledají náhradní cesty, kterými by svou potřebu po uspokojení rodičovství naplnili. Tito lidé přijímají cizí děti do náhradní rodinné péče, a tak se nakonec rodiči stávají, dosahují tak hodnot, které jsou s rodičovstvím spjaty a svou potřebu generativity mohou skrz rodičovství naplnit stejně, jakoby se jednalo o děti biologicky vlastní.

Podle našeho názoru nejsou tyto dva způsoby řešení nedobrovolné bezdětnosti jedinými možnostmi, jak situaci řešit. Někteří partneři se mohou se svým statutem bezdětných

ztotožnit, být s ním skutečně spokojení a naplňovat jiné hodnoty, jejichž realizace by v případě rodičovství nebyla možná. Další možností řešení je podstupovat opakovaně metody asistované reprodukce a nepřestávat se snažit o porození dítěte. O metodách asistované reprodukce jsme se zmínili již v kapitole o způsobech léčby, ale vzhledem k tomu, že tyto metody stojí někde na pomezí léčby a způsobů řešení, zmíníme je v jiném kontextu také zde.

Slepičková a Fučík (2009) se zabývali rozhodováním o způsobech řešení nedobrovolné bezdětnosti u neplodných párů. Autoři zkoumali, zda některé vnější determinanty jedince (vzdělání, věk, náboženské přesvědčení, předchozí rodičovské zkušenosti) nebo vnitřní determinanty – postoje k rodičovství (orientace na rodinu, orientace na práci, kombinovaná orientace) mají vliv na to, kterému řešení nedobrovolné bezdětnosti dává jedinec přednost (respondenti vyjadřovali své postoje k adopci, asistované reprodukci s použitím vlastních gamet a asistované reprodukci s použitím gamet dárcovských).

Výsledky výzkumu ukázaly, že signifikantní vliv na volbu řešení nedobrovolné bezdětnosti má vzdělání a náboženská orientace respondentů. Vzdělanější respondenti jsou otevřenější k metodám asistované reprodukce (více to platí u žen) než respondenti se vzděláním nižším. To může souviset s jejich větší informovaností o možnostech medicínských technologií a jejich větší důvěře v ně (Slepičková, Fučík, 2009).

Respondenti s náboženským založením mají kladný postoj k adopci a naopak se negativně staví k asistované reprodukci s použitím dárcovských gamet. Na umělé oplodnění za použití vlastních gamet však náboženské přesvědčení vliv nemá (Slepičková, Fučík, 2009). Fakt, že religiózní jedinci mají kladnější postoj k adopci, můžeme částečně vyložit jako sklon k altruismu a pomáhání druhým, které jsou zdůrazňovány v bibli. Zajímavé však je, že nábožensky založení respondenti mají negativní postoj k umělému oplodnění dárcovskými gametami, ale nikoliv k umělému oplodnění gametami vlastními, přestože církve většinou odmítají obě tyto metody nebo ani jednu z nich.

Římskokatolická církev striktně odmítá jakékoliv formy asistované reprodukce, oproti tomu judaismus, za splnění určitý podmínek (například dárce semene nesmí být židovského původu) proti asistované reprodukci nic nenamítá, ačkoliv ani názory uvnitř židovské obce nejsou jednotné (Zoufalá, 2011). Tyto názory nábožensky založených respondentů si vysvětlujeme tím, že pravděpodobně stanovisko církve jejich rozhodnutí v tomto směru příliš neovlivňuje, ale věřící lidé pravděpodobně mají v určitém směru podobné hodnoty, které mohou mimo jiné ovlivnit jejich odlišný postoj k asistované reprodukci za použití vlastních gamet a gamet dárcovských.

Co se týče postojových vzorců respondenta, bylo zjištěno, že ženy s orientací na zaměstnání (a partneři těchto žen) zvažují nejvíce metod řešení neplodnosti. Autoři (Slepičková, Fučík, 2009) předpokládají, že tyto páry zakládají rodinu později než páry s orientací na rodinu, a měly tedy více možností setkat se s více způsoby řešení nedobrovolné bezdětnosti a s různými zkušenostmi s nimi.

Zajímavé zjištění přineslo zkoumání párové dynamiky. Autoři zjistili (Slepičková, Fučík, 2009), že ženy jsou při rozhodování o způsobech řešení nedobrovolné bezdětnosti více ovlivněny charakteristikami svých partnerů než svými vlastními. To se potvrdilo u vzdělání a náboženského založení. Tedy partnerka, jejíž partner je nábožensky založen, má k adopci kladnější vztah, než partnerka, která je sama nábožensky založená. Tyto výsledky mohou být interpretovány tradičním pohledem na ženu jako na ochránkyni rodiny a její pečovatelku. O rodinných záležitostech většinou rozhoduje za oba partnery žena, která, aby předešla konfliktům, do svého rozhodnutí intuitivně zahrnuje i předpoklad partnerova postoje. Alternativním vysvětlením může být obava ženy, že by ztratila mužovu podporu v péči o rodinu, kdyby ve svých rozhodnutích nerespektovala jeho stanovisko (Slepičková, Fučík, 2009).

Obecně však platí, že pokud pár nemůže mít dítě přirozenou cestou, volí další možnosti v tomto pořadí: asistovaná reprodukce s použitím vlastních gamet, asistovaná reprodukce s použitím gamet dárcovských a až na posledním místě stojí adopce (Hašková, 2009).

Většinou jsou to právě muži, kteří odmítají asistovanou reprodukci s dárcovskými gametami i adopci a to pravděpodobně kvůli tomu, že je pro ně důležitější biologická vazba s dítětem, tedy možnost předat potomkovi své geny, než samotná role rodiče, jak je tomu u žen (Hašková, 2009).

3.2. Asistovaná reprodukce s použitím vlastních gamet

Slepičková (2011) zjistila, že umělé oplodnění vlastními gametami je většinou první řešení, které si pár vybírá, zjistí-li, že má potíže s početím. Většina z nich to považuje za primární a neproblematické řešení. Toto své rozhodnutí vysvětlovali respondenti většinou tím, že je přeci přirozené mít biologicky vlastní dítě a přirozená je i touha po něm. Výjimku tvoří partneři, pro které je umělé oplodnění eticky nepřijatelné a to zejména s ohledem na jejich náboženské vyznání.

I když se páru nakonec zadaří a žena otěhotní, často musí řešit situace, se kterými se „běžný“ pár nesetká nebo je aspoň nemusí řešit v takové míře. Ženy bývají během těhotenství úzkostnější, protože mají strach, aby o dítě „v poslední chvíli“ nepřišly; pokud došlo k početí pomocí asistované reprodukce, řeší pár otázku, zda o tom mají říct svému okolí a posléze i dítěti samotnému, protože stále ještě mnoho lidí má proti tomuto způsobu početí předsudky; pár může mít pochybnosti o sobě jakožto o rodiči (příroda možná věděla, proč bychom my dva neměli mít dítě); může se však také stát, že snaží-li se pár celý život o narození vlastního dítěte a nezná jiný způsob trávení času a nikdy se nezabýval ničím jiným, ztrácí otěhotněním partnerky náplň svého života (Konečná, 2003).

3.3. Asistovaná reprodukce s použitím gamet dárcovských

Asistovaná reprodukce s použitím dárcovských gamet bývá pro páry již obtížněji přijímaným řešením (Slepičková, 2011). Dárcovství gamet, stejně jako adopce, znamená pro páry částečnou nebo úplnou ztrátu biologické vazby k dítěti, která je zejména pro muže velmi důležitá. Většina párů zmiňovala, že by jim při podstoupení této metody chyběla možnost vidět v dítěti sebe sama a vyjadřovali nejistotu ohledně jeho genetické výbavy (Slepičková, 2011). Většina respondentů ve výzkumu (Slepičková, 2011) tedy vnímala asistovanou reprodukci s použitím vlastních gamet spíše ve smyslu „léčby“ jejich neplodnosti, ale asistovaná reprodukce s použitím dárcovských gamet pro ně již neznamenala natolik uspokojivé řešení, protože to znamenalo ustoupit minimálně z jedné hodnoty, kterou pro mnoho lidí potomci mají a to jakési prodloužení vlastní existence skrz vlastní dítě, které sdílí jeho genetický materiál.

Partneři se často zamýšleli nad tím, co by pro ně znamenalo, kdyby jejich dítě mělo „cizí“ geny. Mnoho z nich se obávalo neznámých nemocí, ke kterým může mít dítě dispozice, nebo povahy dítěte, která může být zdrojem konfliktů (Slepičková, 2011). U asistované reprodukce s dárcovskými gametami zmiňují partneři nejčastěji komplikace nekompatibility orgánů v případě nutnosti dárcovství a odlišný vzhled dítěte; jedná-li se o adopci, jsou zdůrazňovány výchovné problémy dítěte a problematické navázání vztahu s adoptivním rodičem (Slepičková, 2011).

Pokud tedy není možné otěhotnění ani s pomocí asistované reprodukce s vlastními gametami, volí většina párů spíše než adopci asistovanou reprodukci s gametami dárcovskými (Slepičková, 2011). Toto své rozhodnutí komentují páry opět genetickou výbavou.

Předpokládají totiž, že dárci gamet jsou lidé se vzděláním, zdraví a celkově podobnější neplodnému páru než lidé, jejichž děti končí v dětském domově. Navíc zvolí-li partneři umělé oplodnění (i když s dárcovskými gametami) nejsou ochuzeni o prožitek těhotenství, který považují pro navázání vztahu s dítětem za důležitý. V případě dárcovství bývá rovněž zajišťována co největší podobnost mezi neplodným párem a dárci gamet. V lékařských zařízeních tedy vybírají pro pár gamety, jejichž dárci byli fyzicky podobní budoucím rodičům a mají stejnou krevní skupinu (Slepičková, 2011).

Asistovaná reprodukce je ve srovnání s adopcí také jednodušší a kratší proces. Zatěžuje partnerku sice více fyzicky, ale jedná se o snadno a rychle dostupnou medicínskou proceduru, zatímco žádá-li pár o adopci, musí podstoupit i několikaletý byrokratický proces, který je náročný zejména psychicky (Slepičková, 2011). Některé ženy ve výzkumu Slepičkové (2011) uváděly, že se pro adopci nerozhodly kvůli partnerovi, který nechtěl investovat tolik úsilí, které žádost o adopci vyžaduje po obou partnerech - podstoupí-li žena asistovanou reprodukci, aktivita jejího partnera může být minimální.

Také kontakt s okolím bývá u adoptovaného dítěte složitější. O tom, že dítě vlastně nemá stejný genetický materiál jako jeho rodiče, nemusí vědět nikdo ani dítě samo. O tom, že je dítě adoptované, sociální okolí zpravidla ví a informovat o tom dítě, i když by si proces adopce samo nepamatovalo, se vřele doporučuje. Adopci mohou někteří partneři považovat za neustálou připomínku vlastního selhání - neschopnosti zplodit potomka a to jak směrem ke společnosti (která tak ví o jejich neplodnosti), tak i ve svých vlastních očích. I v tom vidí mnoho párů výhodu asistované reprodukce (Slepičková, 2011).

V případě některých příčin neplodnosti (například u imunologických poruch) je možné, aby si partneři sami zvolili, která z gamet bude darována. Je zajímavé, že ačkoliv darování vajíčka je finančně i fyzicky náročnější, většina žen se rozhodne pro tuto variantu. Vzdá se tedy vlastní genetické příbuznosti s dítětem ve prospěch svého partnera. Tuto svou volbu ženy komentovaly tak, že si partnera vybraly jako biologického otce svého dítěte a tedy chtějí mít jeho dítě. Někdy je preference spermií popisována jako ústupek ženy, protože biologická příbuznost je pro partnera důležitější než pro ni. Partnerky také zmiňují, že ony mohou navázat vztah k dítěti díky těhotenství, a tak vnímají jako spravedlivé, bude-li mít muž s dítětem stejné geny. Výpovědi některých partnerek však rovněž naznačují jistou obavu ze ztráty partnerovy podpory a z negativního vlivu na vztah, kdyby jej připravily o biologické pouto k dítěti (Slepičková, 2011).

3.4. Náhradní rodinná péče

Adopce nebo jiné formy náhradní rodinné péče nebývají pro většinu bezdětných párů první volbou řešení vlastní neplodnosti a mnoho z nich se k nim uchyluje až poté, co si prošly mnohými pokusy o početí vlastního dítěte.

Většina párů si nemyslí, že by se mohlo jednat o nějaký problém, chtějí-li adoptovat dítě, které nikdo jiný nechce. Na celou situaci nahlížejí často tak, že oni jsou slušný pár, a chtějí-li se tedy ujmout opuštěného dítěte, nikdo jim nebude klást žádné překážky, naopak je v jejich rozhodnutí budou podporovat. Mnoho párů je pak nemile překvapeno, jak dlouho může trvat, než je jim dítě skutečně svěřeno, kolik úředníků bude hodnotit jejich soukromí, kolik rozhovorů budou muset absolvovat a jak dlouho budou muset na dítě čekat. Ne všechny páry mají sice s náhradní rodinnou péčí negativní zkušenosti, ale ti, kteří ji mají, své zážitky sdílí podstatně více.

Za pozitivní stránky adopce považují partneři její jistotu, tedy že se podle nich jedná o „reálnou cestu k úspěchu“; že s ní nejsou spojeny zdravotní potíže a že se jedná o přirozenou a v každém směru etickou cestu, jak se stát rodičem (Slepičková, 2011).

Již samotné rozhodnutí o přijetí dítěte do náhradní rodinné péče nebývá jednoduché. Člověk slýchá „odstrašující“ příběhy (protože o nich se mluví zpravidla častěji než o zkušenostech pozitivních), musí se dohodnout s partnerem, musí na to připravit širší rodinu a pak podstoupit dlouhou cestu byrokracie, která má umožnit se k dítěti dostat.

I když se páru podaří získat dítě do náhradní rodinné péče, musí se mnoho z nich potýkat s dalšími zátěžovými situacemi, jako je například nepochopení sociálního okolí nebo širší rodiny, vytvoření vztahu k osvojenému dítěti nebo se ztrátou soukromí, kdy do rodiny přicházejí kontroly (Konečná, 2003).

Ačkoliv je adopce známá už od dob starověkého Říma, není ani v dnešní době všemi bezvýhradně přijímána a bývá doprovázena přehnanou zvědavostí a někdy i nevhodnými projevy od okolí náhradních rodičů (Matějček, 1986).

V ideálním případě by během náhradní rodinné péče mělo dojít k vzájemnému uspokojování potřeb jak náhradních rodičů toužících po dítěti, tak dítěte, které ke zdravému vývoji citový vztah s dospělým člověkem potřebuje. Důvěrný citový vztah však většinou nevznikne automaticky, ale musí být vybudován, a rodiče tak musí čelit mnoha překážkám, které se mohou objevit a vztah narušit (Matějček, 1986).

Narozdíl od biologických rodičů, musí náhradní rodiče řešit, jestli, jak a kdy dítěti řeknou, že není jejich vlastní, ale že jej adoptovali. V dřívější době byly poměrně časté tendence rodičů osvojení před dítětem tajit, ale pak se stávalo, že se dítě dozvědělo pravdu od

někoho cizího a zcela nevhodným způsobem. Dnes se již považuje všeobecně za optimální sdělit dítěti pravdu a to nejlépe ještě před zahájením školní docházky (Matějček, 1986). Dítě pak v souladu s pravdou může budovat svou identitu a nesetká se s náhlým šokem, kdy by muselo přebudovat své já a potýkat se s mnoha psychickými potížemi, které by toto „náhlé zjištění“ přineslo. Přesto však může být pro rodiče obtížné dítěti pravdu sdělit, mohou mít strach, že se bude cítit méně milováno, zejména v případě, jsou-li v rodině také děti vlastní.

Rozdíl mezi biologickými a náhradními rodiči může být také ve splnitelnosti očekávání, které rodiče na děti kladou. Je celkem přirozené, že rodiče chtějí, aby se dítě vyvíjelo v souladu s hodnotami rodiny, a tak například rodiče hudebníci často předpokládají, že jejich dítě bude hrát alespoň na jeden hudební nástroj, a vysokoškolsky vzdělaní rodiče implicitně očekávají, že také jejich dítě půjde na vysokou školu. Jde-li o děti vlastní, je mnohem větší pravděpodobnost, že se děti svým temperamentem, inteligencí a nadáním budou blížit svým rodičům, a tak jejich očekávání spíše naplní, než je tomu u dětí nevlastních. Zejména co se týče temperamentu, nadání a nervového systému, nelze počítat s nějakým významným vlivem výchovy, protože tyto věci jsou z větší části vrozené. Na druhou stranu rodiče by neměli propadnout skeptickému fatalismu, protože mnoho věcí jako jsou špatné návyky, nedostatek praktických znalostí a dovedností většinou výchovou změnit lze, i když třeba ne tak rychle, jak by si rodiče přáli (Matějček, 1986).

Nejdůležitější v procesu přijetí nevlastního dítěte jsou samotní náhradní rodiče. Často se u nich, zcela přirozeně, vyskytují takové způsoby chování, které k budování vzájemného vztahu příliš nepřispějí. Rodiče bývají často neurotizováni dlouhým čekáním na dítě, obavami, zda dítě dostanou, a pokud ano, tak jaké dítě bude. Bývají často netrpěliví, co se vývojových pokroků týče, mají obavy, zda dítě nezaostává nebo jej zahrnují přílišnou péčí a nadbytečným množstvím podnětů (Matějček, 1986).

Negativní vliv má také skutečnost, když rodiče nechtějí dítě přijmout pro ně samo, ale protože od něj očekávají nějaký sekundární zisk, jako například upevnění partnerského vztahu, společníka pro svého jedináčka či při pěstounské péči finanční odměnu (Matějček, 1986).

Ulčová-Gallová (1999) upozorňuje na zdánlivý paradox, že adoptovaným dětem bývá věnována větší péče než dětem vlastním, například tím, že bývají lépe oblékány. Podle našeho názoru však příčinou nemusí být jen fakt, že se jedná o adoptované děti, pro které se rodiče pravděpodobně snaží dělat víc, aby náhodou dítěti nekřivdili, ale také, že rodiče dlouho toužili po tom mít dítě, kterému věnují svou péči. Ulčová-Gallová (1999) také uvádí, že u přijatých

dětí bývá díky psychologickým pohovorům, které tyto děti na rozdíl od běžné populace musí podstupovat, dříve objeveno nadání pro určité činnosti.

3.5. Bezdětnost

Bezdětnost je rovněž jedním z řešení neplodnosti páru a rozhodně nelze říci, že by to bylo řešení méně správné nebo méně hodnotné než adopce nebo umělé oplodnění. Někteří partneři se pro bezdětnost rozhodnou celkem jednoduše, někteří až po dlouhodobých snahách o umělé oplodnění, jiní se pro bezdětnost vlastně nerozhodnou nikdy, ale tak nějak vyplyne z nevydařených pokusů o otěhotnění nebo získání dítěte do náhradní rodinné péče.

Mluvíme-li o bezdětnosti, často se rozlišuje, zda se jedná o bezdětnost dobrovolnou či nedobrovolnou. V anglosaských zemích se používají dva odlišné termíny, z nichž „childless“ označuje bezdětnost nedobrovolnou a „childfree“ bezdětnost dobrovolnou. Tato označení vystihují velmi výstižně psychologickou stránku bezdětnosti. „Childless“ zdůrazňuje, že něco chybí, že něco, co by mělo být, není, zatímco „childfree“ má pozitivní konotaci, která klade důraz na pozitivní aspekty bezdětného stavu (Blackstone, Stewart, 2012). Podle Jarošové (2011) zůstává v současné době ve vyspělých zemích, mezi které patří i Česká republika, asi 20 – 25 % párů nedobrovolně bezdětných.

Rozlišení bezdětnosti dobrovolné a nedobrovolné však není tak jednoznačné, jak by se mohlo na první pohled zdát. Hašková (2009) rozlišuje několik typů bezdětnost:

- **Dobrovolná bezdětnost (childfree):**

Partneři se skutečně pro bezdětnost rozhodli, protože dali přednost příležitostem, které rodičovství konkurují (Hašková, 2009).

- **Nedobrovolná bezdětnost (childless):**

V tomto případě se partneři rozhodli pro rodičovství a nějakou dobu o něj skutečně usilovali, ale z určitých důvodů jejich snažení nebylo úspěšné (Hašková, 2009).

- **Nevolba bezdětnosti:**

Další typy bezdětnosti označuje Hašková (2009) jako nevolbu bezdětnosti. Sem řadí partnery, kteří se pro bezdětnost explicitně nerozhodli, ale stále bezdětnými jsou (Hašková, 2009).

Hašková (2009) zastává názor, že bezdětnost je málokdy definitivní volbou, ale většinou se jedná právě o nevolbu bezdětnosti. Partneři často bezdětnost neplánovali, ale najednou se stala skutečností. Mohou to být partneři, kteří rodičovství stále odkládali a

najednou zjistili, že již je z biologického hlediska pozdě; lidé, kteří v plodném období nenašli vhodného partnera; žili s partnerem, který své dítě měl a jiné nechtěl; nebo se rozešli po dlouholetém vztahu a nový již nenavázali (Hašková, 2009).

Ale i biologicky neplodní partneři, kteří podstupovali asistovanou reprodukci, se v nějakou chvíli dobrovolně rozhodnou, že další pokus už nepodstoupí. Rozhodnutí rezignovat na mimotělní oplodnění bylo dobrovolné, ale přesto v jejich případě o dobrovolné bezdětnosti nemluvíme (Hašková, 2009).

Podobný názor na dichotomické rozlišování dobrovolné a nedobrovolné bezdětnosti, mají také autorky Letherby a Williams (1999), které podle vlastních zkušeností (samy jsou bezdětné) a zkušeností svých respondentek zastávají názor, že ačkoliv se ženy mohou cítit dobrovolně bezdětné (childfree), bylo by chybné se domnívat, že to vždy znamená, že učinily rozhodnutí děti nemít. Podle autorek (Letherby, Williams, 1999) je výstižnější tvrdit, že většina z nich se nikdy nerozhodla dítě v dané chvíli mít. Podle jejich názoru ženy mohly dítě vidět jako součást své budoucnosti, ale nikoliv přítomnosti, což nakonec vedlo k tomu, že bylo již z biologického hlediska na mateřství pozdě.

Rovněž je nesmyslné přesvědčení většiny lidí, že nedobrovolně bezdětné ženy tráví celý svůj život truchlením nad nemožností mít vlastní dítě a naopak považovat dobrovolně bezdětné ženy za sobecké, neochotné o někoho pečovat, jejichž jediným cílem je požitkářsky si užívat života. Na roli ženy by nemělo být nazíráno tímto dichotomickým způsobem, ale měly by být akceptovány různé alternativy jejího života a různé aspekty prožívání bezdětnosti, kterou je jen zřídkakdy možné jednoduše rozdělit na dobrovolnou či nedobrovolnou (Letherby, Williams, 1999).

I když budeme rozlišovat bezdětnost dobrovolnou a nedobrovolnou, stále je v nedobrovolné bezdětnosti zahrnuto mnoho příčin a důvodů, proč vlastně dítě schází.

Nedobrovolně bezdětní mohou být lidé, kteří nemají heterosexuálního partnera, se kterým by dítě počali; ti, kteří heterosexuálního partnera mají, ale ten si dítě nepřeje; nebo také ti, kterými se budeme v této práci zabývat, kteří mají heterosexuálního partnera, oba partneři si přejí mít vlastní dítě, ale mají problémy s otěhotněním. Pojem nedobrovolně bezdětný se používá i v případech, kdy pár již nějaké děti má, ale přeje si mít další, což se mu nedaří (Konečná, 2003). Podle našeho názoru je použití pojmu „nedobrovolně bezdětný“ v tomto případě sporné. Vhodnější je spíše termín „sekundární neplodnost“, ale nikoliv bezdětnost - pokud pár alespoň jedno dítě má, není bez dětí.

3.5.1. Přijatelnost bezdětnosti

Ve výzkumu Slepičkové (2011) byla varianta volby života bez dětí přijatelnější pro muže, než pro ženy, které vidí v rodičovství častěji smysl svého života. Některé ženy považují alternativní životní hodnoty za neuspokojivé, samoúčelné a neautentické. V životě bez dětí postrádají možnost předat své životní zkušenosti, sdílet svůj život s dítětem, sdělují jistou obavu ze samoty ve stáří a z izolace, kterou již nyní pociťují ve vztahu ke svým vrstevníkům, jejichž hlavní náplní života jsou děti a péče o ně. Žena rovněž vnímá jako bolestivé, nemá-li možnost prožít sebe sama v roli matky, což je stále ještě v naší společnosti role, která bývá považována za nejsmysluplnější v životě ženy.

Slepičková (2011) rozděluje respondentky ve svém výzkumu do dvou skupin, podle toho, zda chtějí mít vlastní dítě za každou cenu nebo zda jsou schopny akceptovat i bezdětný život.

Ženy, které považují mateřství za jediný smysluplný cíl svého života, říkají, že jsou ochotny opustit i svého partnera, kdyby jim stál v cestě za dítětem.

Jiné ženy spíše staví partnerský vztah nad touhu po dítěti. Dítě chtějí mít se svým partnerem, má pro ně význam naplnění jejich vztahu. Tyto ženy mají určité limity, za které by nešly, a bývají přístupnější adopci nebo bezdětnosti. Svou touhou po dítěti nechtějí ohrozit svůj partnerský vztah a akceptují ve větší míře názory svého partnera.

Mnoho párů má určené hranice, za které jeho snahy o dítě již nepůjdou. Většinou záleží na tom, co všechno je pár ochotný obětovat. Mnoho párů je omezeno finančními možnostmi, protože metody asistované reprodukce jsou velmi finančně náročné a pojišťovny platí jen prvních několik pokusů. Pro jiné partnery je důležitá psychická i fyzická náročnost léčby a léčbu ukončí, ocitnou-li se za hranicemi svých sil (Slepičková, 2011).

Pro páry, které se již jednou odhodlaly podstoupit náročnou léčbu neplodnosti, bývá obvykle obtížné ji ukončit, smířit se s neúspěchem, rezignovat. Někdo léčbu ukončí po několika nevydařených pokusech, pro jiného jsou však zažitá zklamání natolik bolestivá, že se nemůže smířit s tím, že jimi prošel zbytečně a nevzdává se naděje, že jednou se to podaří.

Dohertyová a Clarková (2006) doporučují ukončit léčbu neplodnosti ve chvíli, kdy začíná mít na partnery nepříznivé dopady. Autorky (Dohertyová, Clarková, 2006) jmenují například finanční zátěž, kterou léčba přináší; tendenci vyhýbat se přátelům, protože pár má pocit, že jejich situaci nerozumí; časté výkyvy nálada deprese; fyzickou bolest způsobenou užíváním léků; sexuální aktivity s partnerem jen v době nejvyšší plodnosti partnerky a s jediným cílem – otěhotnět. Léčbou neplodnosti bývají silně ovlivněny i další oblasti života partnerů jako je práce nebo volnočasové aktivity.

Autorky (Dohertyová, Clarková, 2006) rovněž upozorňují, že ukončení léčby neplodnosti může být prožíváno různě. Někteří partneři jej mohou prožívat úlevně a využijí konec léčby jako začátek něčeho jiného, například snahy o adoptování dítěte nebo si začnou užívat výhod bezdětného života. Pro jiné páry znamená rozhodnutí o ukončení léčby konec jejich představ a snů o budoucnosti, prožívají beznaděj, zklamání a hluboký smutek.

Nyní bychom zmínili myšlenku Frankla (2006), podle kterého smysl života a pocit jeho naplnění záleží více než na objektivní situaci na postoji, který k ní člověk zaujme. Je však jasné, že čím větší hodnotu pro člověka rodičovství v životě představovalo, tím hůře se bude vyrovnávat s nemožností jeho realizace.

3.5.2. Hodnoty bezdětných

Ne všem párům se podaří mít vlastní dítě, ne všem se podaří získat dítě k osvojení a ne všichni se pro tyto varianty primárně rozhodnou. Zůstane-li pár bezdětný, hledá jinou smysluplnou náplň svého života. Někteří lidé se rozhodnou věnovat se více svému partnerskému vztahu, jiní pečují o děti jiných lidí, někdo vykonává smysluplnou práci pro druhé, někdo se upne na svou profesi, jiný si pořídí třeba psa (Konečná, 2003).

Vztah nedobrovolně bezdětných lidí k dětem je různý. Někteří je vyhledávají, starají se o ně, a tak si kompenzují svou potřebu rodičovství, kterou nemohli naplnit prostřednictvím dětí vlastních. Jiní naopak vnímají kontakt s dětmi jako bolestivý, protože jim připomíná, že oni sami dítě mít nemohou (Konečná 2003). Jiní mohou vyjadřovat k dětem obecně spíše negativní postoj, a děti zavrhují. Tento postoj si ospravedlňují nejrůznějšími racionalizacemi a používají je jako obranu před prožíváním dalších negativních emocí spojených s vlastní bezdětností (Matějček, 1997).

Obtížnost života bez dítěte, po kterém člověk touží, je patrná už z některých psychologických teorií například z Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje, která říká, že právě péčí o dítě si člověk naplňuje své psychické potřeby. Nejedná se o jedinou cestu, ale o cestu nejpřímější a nejzřetelnější. Erikson (1996) vnímá generativitu (kam patří i péče o dítě) jako jeden z psychosociálních úkolů člověka, jako úkol, který když člověk dokáže naplnit, stává se lepším a zralejším. Generativita přináší egu schopnost péče jako další z jeho ctností (Erikson, 1996). Tuto ctnost ega může člověk získat i prostřednictvím jiných činností, které bude ve svém životě vykonávat, jako je například práce na nějakém díle nebo péče o jiné lidi, ale právě péče o vlastní dítě je cesta, která je nejsnáze objevitelná a pro mnoho lidí i nejsnáze realizovatelná už jen proto, že je spojena jak se sociální tak s biologickou podstatou člověka.

Matějček (1997) upozorňuje, že i když byl člověk schopen najít si jiný smysl svého života, který jej uspokojoval, může se bolest z nedobrovolné bezdětnosti znovu objevit ve stáří, kdy se jeho vrstevníci těší z vnoučat, zatímco bezdětní partneři vnímají mnohdy svou budoucnost jako uzavřenou, nevidí často nic, v čem by jejich život mohl pokračovat dál. Absence otevřené budoucnosti, jedné ze základních lidských potřeb, může vést ve starším věku k depresím i případným sebevraždám seniorů. Staří lidé se dokáží lépe smířit se smrtí, mohou-li mít pocit, že částečně budou žít dál ve svých dětech a vnucích.

I ti bezdětní partneři, kteří se se svou situací již smířili, našli si smysluplnou práci a jsou se svým životem spokojeni, říkají, že se nedokážou radovat ze života tak, jako dřív. Děti a poté i vnoučata přinášejí do života dospělého člověka bezprostřednost, spontaneitu a radost z obyčejných věcí, která dospělým často chybí. Radost z dětí se však nevztahuje jen na okamžiky, kdy jsou děti malé, ale tyto chvíle jsou uchovány v paměti a pro staré lidi bývají právě vzpomínky a fotografie svých potomků často jedinou radostí ze života (Konečná, 2003).

Bezdětnými seniory se zabývala Sýkorová (2008), která zjistila, že ačkoliv si většina lidí myslí opak, bezdětní senioři mají poměrně rozsáhlé a různorodé sociální zázemí, které tvoří zejména sousedé, přátelé a rodina – nejčastěji sourozenci, děti a vnoučata sourozenců, někdy také vzdálenější rodinní příslušníci jako sestřenice a bratranci. Bezdětní senioři jsou často velmi vázáni na svůj partnerský vztah, což může mít negativní vliv na rozvíjení dalších sociálních kontaktů a případné úmrtí partnera může přestavovat pro jeho druha natolik závažnou situaci, že není schopen se s ní vyrovnat.

Bezdětní senioři často tvrdí o svém vztahu k neteřím a synovcům, že je pro ně stejným vztahem jako mají rodiče se svými dětmi. Otázkou však je, jak tento vztah vnímají synovci a neteře. Sami senioři připouštějí, že narozdíl od rodičů, nemají právo od synovců a neteří požadovat intenzivnější pomoc, která je mezi rodiči a dětmi podložena i právně. Jejich očekávání je tedy pravděpodobně menší, než očekávání rodičů od svých dětí, vnímají pomoc svých synovců a neteří spíše jako projev dobré vůle než jako povinnost a odplatu za to, co jim oni věnovali v dětství. Bezdětní senioři zdůrazňují svou autonomii a soběstačnost, což je hodnota, na které zakládají svůj život a kterou rozvíjeli po celá léta své bezdětnosti a která také mohla vést k tomu, že si bezdětnost nakonec zvolili (Sýkorová, 2008).

Studie (Slepičková, 2011) ukazuje, že všechny způsoby řešení nedobrovolné bezdětnosti nejsou pro partnery stejně žádoucí. Pro partnery je významná viditelná podobnost se svým dítětem, velký důraz kladou na to, aby mělo stejné geny. Ať již je způsob řešení nedobrovolné bezdětnosti jakýkoliv, je žádoucí, aby se zvoleným způsobem řešení byli

srozuměni oba partneři, protože pouze tak může mít jejich vztah budoucnost, kterou mohou společně spokojeně prožít, ať již s dítětem nebo bez něj.

4. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY NEDOBROVOLNÉ BEZDĚTNOSTI

Nedobrovolná bezdětnost, ať jsou její příčiny jakékoliv, představuje v životě člověka značnou zátěž, na kterou každý reaguje svým vlastním způsobem. Tato zátěž je o to horší, že je dlouhodobá a vlastně nevíme, zda vůbec někdy skončí a pokud ano, tak kdy a jak. Existují dva možné „konce“ stresové situace, kterou zažívá nedobrovolně bezdětný pár - buď se změní situace (žena otěhotní, podaří se adopce), nebo se změní postoj páru k bezdětnosti.

4.1. Reakce na neplodnost

Neplodnost bývá považována za velkou životní krizi, která je doprovázena mnoha nejrůznějšími emocemi, jako je hněv, smutek, pocity viny, beznaděj či zoufalství. Příčinou hněvu může být ztráta kontroly nad svými životními plány; pocity viny mohou souviset s nemožností uspokojit přání svého partnera (Líbalová, 2008).

Typickými emocemi, které zažívá neplodný pár ve chvíli, kdy si svůj problém uvědomí, jsou šok, zármutek, deprese, vztek, pocity frustrace, ale také snížení sebeúcty a sebevědomí (Miller, 2009). Dohertyová a Clarková (2006) předpokládají, že nedaří-li se ženám otěhotnět, jejich první reakcí je panika, šok a popírání skutečnosti, že by mohly mít s plodností problémy. Vyhledání odborné lékařské péče nastává ve chvíli, kdy si žena připustí, že má s plodností potíže, a rozhodne se je řešit. Další emocí, která je během léčby neplodnosti častá, je hněv. Ten může být zaměřen na sebe sama, na svá minulá rozhodnutí či způsoby chování, ale také na partnera, lékaře, lidi, kteří děti mohou mít bez problémů, nebo na Boha. Běžným pocitem je také závist, která se vztahuje na lidi, kteří děti mají, a brání ženám prožívat radost z početí nebo narození potomka svých bližních, a která následně vede k pocitům viny. Často prožívanou emocí je smutek a to smutek ze ztráty svých snů, z neschopnosti naplnit sny svého partnera.

Ženy ve výzkumu Kirca a Pasinlioglu (2013) jmenují následující emoce, které zažívaly v průběhu léčby neplodnosti: stres, úzkost, deprese, selhání, beznaděj, zklamání, zuřivost, vztek, ztráta statusu, utrpení, strádání, sociální izolace, vina, stigma, nedostatečnost, pokles sebeúcty, narušení sociálních vztahů, ambivalence, narušení pozornosti, trapnost, ztráta soukromého života.

Neplodnost bývá mnoha partnery prožívána jako něco, co brání naplnění životních cílů jak individuálních, tak také partnerských (Matějů, Weiss, Urbánek, 2005b). Nejedná se tedy jen o osobní problém, ale o problém partnerský, což způsobuje jeho mnohem větší dynamiku. Partnera trápí primárně nemožnost zplodit vlastního potomka, sekundárně ale také smutek jeho partnera, obavy o budoucnost jejich vztahu a někdy také vlastní obraz v očích partnera – jako někoho kvůli komu nemůže naplnit své životní touhy.

Keye (1984) rozděluje reakce na neplodnost do tří fází. První fáze nastává tehdy, když pár zjistí, že má s otěhotněním problémy a že není možné počít dítě přirozenou cestou, jak si partneři představovali. Pár bývá tímto faktem šokován, odmítá tomu uvěřit, popírá, že by se neplodnost mohla týkat zrovna jich. Partneři hledají možná vysvětlení, kterými by mohli své problémy objasnit, často se také obviňují za to, co v minulosti udělali nebo naopak neudělali (Keye, 1984).

Druhá fáze nastává po určité době neúspěšné léčby a vyznačuje se oplakáváním „ztráty“ nenarozeného dítěte a ztráty prožívání sebe sama v roli rodiče (Keye, 1984). Podle Líbalové (2008) by sterilnímu páru mohla pomoci určitá ritualizace „ztráty“ dítěte, tak jak jsou ritualizované jiné životní ztráty či přechody v životě člověka.

Třetí fáze nastává ve chvíli, kdy se pár rozhoduje, jaké další alternativní možnosti rodičovství by pro něj přicházely v úvahu (Keye, 1984). V dnešní době se objevuje mnoho možností od oplodnění semenem dárce přes adopci až po bezdětnost. Rozhodnutí nebývá jednoduché často také z toho důvodu, že nejde pouze o rozhodnutí jednotlivce, ale řešení musí být přijatelné pro oba partnery.

Ačkoliv se může partnerům nakonec přeci jen podařit svou bezdětnost přijmout, vyrovnat se s ní a najít jiný smysl svého života, neznamená to, že je zpracování této ztráty zvládnuto jednou provždy a že se bolest z nemožnosti mít děti neobjeví i později. V životě člověka se mohou objevovat a často se také objevují chvíle, kdy jeho staré rány znovu začnou bolet, někdy i stejnou intenzitou jako by byly čerstvé. V tomto případě se může jednat o situace, kdy se narodí dítě blízkým přátelům nebo někomu z rodiny, bolestivá může být také chvíle, kdy se jejich vrstevníci již těší z vnoučat, nebo osamělost ve stáří.

4.2. Rozdíly v reakcích mezi muži a ženami

I když si oba partneři přejí mít vlastní dítě, většinou na nemožnost otěhotnění reagují muži i ženy odlišně. Často se předpokládá, že muži neprožívají neplodnost páru tak

intenzivně jako ženy (Matějů, Weiss, Urbánek, 2005b), což bývá vysvětlováno větším důrazem na ženu – matku v naší společnosti, než na muže - otce.

Prožitky **žen** mapovala ve svém výzkumu Konečná (2003), podle které zažívají nedobrovolně bezdětné ženy nejčastěji smutek, depresi, lítost, bezmoc, méněcennost a křivdu. Ženy mívají rovněž strach z budoucnosti, často se také hněvají na nepřízeň osudu. Podle Deka a Sarma (2010) bývá stres neplodných žen podobné intenzity jako u žen, které trpí rakovinou nebo nemocemi srdce, a 77% žen ve výzkumu Kirca a Pasinlioglu (2013) považuje vlastní dítě za nejdůležitější věc v životě.

Ve výzkumu Kirkman (2003) sdělovaly ženy, že jsou nešťastné, měly zlost na nespravedlnost, která je potkala, byly depresivní, měly pocit, že bolest z bezdětnosti nemohou nikdy překonat. Jedna respondentka dokonce sdělila, že nyní chápe, proč někteří lidé páchají sebevraždy. Ženy pociťují beznaděj a strach, že již nikdy nebudou schopné vést plnohodnotný život.

Mnoho žen se cítí izolovaně od svého okolí, má pocit, že žije v jiném světě než jejich vrstevníci, jejichž život se většinou točí kolem péče o děti, a tedy pro ně může být obtížnější najít společné téma k hovoru (Konečná, 2003).

Emocionální prožívání žen je prohlubováno ději v jejich těle, jako je menstruace, která jim neustále připomíná, že nejsou těhotné nebo traumatický potrat, což je něco, co muži nezažívají a co činí prožitky žen ještě intenzivnější. Ženy narozdíl od mužů participují mnohem více na léčbě neplodnosti a to i v případě, že příčina neplodnosti je na straně muže. Léčba, která ovlivňuje jejich každodenní život i jejich tělo, má rovněž značný vliv na jejich psychiku. S častou léčbou dochází k intenzivnější konfrontaci s neplodností, než je tomu u mužů, kteří většinou léčbě přihlížejí spíše z dálky (Konečná, 2003).

Ženy se, na rozdíl od mužů, většinou hůře vyrovnávají s absencí dítěte, než s vlastní neplodností. Schází jim dítě, trápí se tím, že nemohou být v roli matky, a proto je často rozesmutňuje pohled na malé děti a těhotné ženy. S vlastní neplodností se naopak vyrovnávají lépe než muži, a proto se nezřídka stává, že u neplodného páru, ve kterém je příčina na straně muže, prohlásí žena za neplodnou sebe, aby svého partnera ochránila před okolím, které většinou vnímá neplodnost mužskou hůře, než neplodnost ženskou (Konečná, 2003).

Zajímavou skupinou jsou ženy, které sice mají problémy s neplodností a po dítěti touží, ale přesto se z určitých důvodů rozhodnou nepodstupovat léčbu neplodnosti ve zdravotnických zařízeních. McCarthy a Chiu (2011) zjistili, že ženy, které se rozhodly, že léčbu neplodnosti nepodstoupí, nepovažovaly mateřství za tolik důležité, jako ženy, které lékařskou pomoc vyhledaly, měly menší sebeúctu a nižší životní spokojenost.

Tradičně se předpokládá, že **muži** prožívají nedobrovolnou bezdětnost snadněji než ženy - lépe se s ní dokáží vyrovnat, nebývá zdrojem takového stresu. Tato mužská „tvrdost“ však může být často pouze zdánlivá. Muži mají menší tendenci vyjadřovat emoce, méně své prožitky sdílí, a proto mohou navenek vykazovat větší vyrovnanost s tímto problémem, i když realita může být zcela jiná.

Muži mají jiné způsoby vyrovnávání se se stresem plynoucím z nedobrovolné bezdětnosti. Zatímco ženy své emoce více sdílejí se svým okolím, tedy dávají své trápení najevo, muži své pocity spíše potlačují a koncentrují se plně například na svou kariéru (Keylor, Apfel, 2010).

Konečná (2003) pozorovala, že narozdíl od výpovědí žen, poznáme z výpovědí mužů, na čí straně je příčina neplodnosti páru. Studie Wischmanna a Thorna (2013) poukazuje na fakt, že muži nejhůře snášejí neplodnost páru, je-li příčina neplodnosti na jejich straně. Mají pocit, že tím je napadena jejich mužská identita, cítí se sexuálně neschopní, často také proto, že v laické veřejnosti bývá neplodnost zaměňována s impotencí.

Na informaci o vlastní sterilitě reagují muži popřením, nevírou a podceňováním výsledků vyšetření. Cítí se slabí, bezmocní, sdělují, že takovou diagnózu nečekali. Svoji sterilitu nevnímají ve smyslu fyzické nemoci, ale jako něco, co dokazuje jejich nedostatečnou mužnost, co jim narušuje sebeúctu (Wischmann, Thorn, 2013).

Muži většinou hůře snášejí podřizování sexu menstruačnímu cyklu, což někdy souvisí s rozvojem sexuálních poruch, jako jsou poruchy erektivity či ejakulace, nebo snížení sexuální apetence (Sobotková, 2007).

Hadley a Hanley (2011) zjistili, že nemají-li muži žádného biologického potomka, nejsilněji prožívají nenaplněnou touhu po otcovství kolem svých 30 let. Postupem času intenzita emocí mírně opadá, ale touha po biologicky vlastním dítěti nikdy úplně nevymizí. Tito muži se často cítí jako „outsideři“ a to ve více oblastech svého života – ve sféře rodinné, společenské, ale i pracovní. Zažívají pocity ztráty, deprese, vyloučení, izolace a mívají větší tendence k rizikovému chování.

Mehdi Akhondi, Binaafar, Behjati Ardakani, Kamali, Kosari a Ghorbani (2013) zjistili, že v porovnání s plodnými muži, jsou neplodní muži méně autonomní a méně důvěřiví, cítí se méněcenní a izolovaní. Svou neplodnost před okolím skrývají, většinou tedy nemají tendenci své trápení související s neplodností s někým sdílet. Negativní pocity spíše potlačují, více se koncentrují na práci nebo na jiné oblasti svého života, ve kterých se cítí úspěšnější.

Jedno z největších dilemat, před které může být muž během léčby neplodnosti postaven, je, zda přijmout dárce spermatu, je-li on sám sterilní. Většina párů začíná tuto

variantu zvažovat teprve tehdy, jedná-li se o poslední možnost, jak mít alespoň částečně biologicky vlastní dítě. Zvažují-li partneři použití semene od dárce, většinou řeší otázky týkající se asymetrie biologického rodičovství, schopnost otce akceptovat dítě, které nebude biologicky jeho vlastní, a zda dítěti a svému okolí řeknou o dárcovství spermií. V tomto případě se partnerům doporučuje, aby navštívili odborníka. Důležitými tématy v terapii pak bývá mužova sebeúcta, stigma na jeho mužské identitě, životní spokojenost a sexualita páru (Wischmann, Thorn, 2013).

Mužské psychické potíže související s neplodností může zvyšovat i jejich neochota navštěvovat odbornou pomoc, kde by se mohli svěřovat se svými intimními problémy. Ačkoliv je neplodnost nemocí páru, vyhledávají odbornou pomoc častěji ženy než muži, což může způsobovat nejen psychické potíže partnera, který se pomoci vyhýbá, ale může se tím ztížit vyrovnání se s nedobrovolnou bezdětností celého páru (Wischmann, Thorn, 2013).

Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis, Vaslamatzis (2009) zkoumali reakce žen na neplodnost v souvislosti s jejich diagnózou a zjistili, že ženy, v jejichž páru je příčina neplodnosti na straně muže, zažívají častěji úzkostné stavy a větší sociální úzkost než ostatní neplodné ženy. Dále objevili, že ženy, v jejichž páru nebyla příčina neplodnosti zjištěna, vykazovaly úzkostnější rysy osobnosti.

Newton a Houle (1993) shrnují rozdíly v prožívání neplodnosti mezi muži a ženami a to jak během vyšetřování potíží s plodností, tak i během samotné léčby. Ženy reagují na potíže s neplodností rychleji, dříve si dělají starosti s dalšími možnými komplikacemi a přejí si započít léčbu co nejdříve. Zatímco ženy se snaží problém řešit hned zpočátku, prvotní reakce mužů bývá spíše popírání možného problému a tendence začátek léčby odkládat (Newton, Houle, 1993).

S postupujícím časem jsou muži stále ochotnější se do léčby zapojit, stávají se aktivnější v hledání dalších možností pravděpodobně proto, že po dlouhé době neúspěšného léčení vnímají i oni, že neplodnost začíná mít velký vliv na jejich partnerský vztah, a oni se cítí bezmocní v pomoci své partnerce. Jsou to také muži, kteří jako první začínají uvažovat o tom, zda by nebylo lepší léčbu neplodnosti ukončit a přicházejí s pochybnostmi o její účinnosti (Newton, Houle, 1993).

Keylor a Apfel (2010) poukazují na fakt, že je-li příčina neplodnosti na straně muže, jeho pocity méněcennosti, neschopnosti a nedůvěra ve svou mužnost často přetrvávají i poté, co se partnerům biologicky vlastní dítě narodí. Nedůvěra ve své mužství a pochybnosti o sobě samém mohou mít negativní vliv na vztah partnerů. Páry často předpokládají, že s narozením dítěte se jejich případné partnerské potíže vyřeší, ale narození dítěte může naopak vést

k pocitům partnera, že je svou partnerkou přehlížen, protože její pozornost je zcela věnována vytouženému dítěti, což může posílit jeho negativní sebepojetí, zvýšit napětí ve vztahu a vést k sexuálním problémům mužů.

Velkým tématem ve výpovědích je pomoc a podpora mužů svým partnerkám, které bývají v pozici toho, kdo je bezdětností zasažen více a to nejen psychicky, ale i fyzicky, protože je to právě žena, kdo musí podstupovat většinu nepříjemných vyšetření. Muži si většinou uvědomují, že větší břemeno léčby musí nést žena, a proto mohou mít pocit, že oni si oproti ní nemají právo stěžovat a snaží se jí situaci co nejvíce ulehčit. Více podporují svou partnerku ti muži, na jejichž straně byla neplodnost zjištěna, zatímco partneři neplodných partnerek občas pociťují vůči ní zlost (Sobotková, 2007).

Samotnou léčbou bývají, jak je uvedeno výše, skutečně zasaženy více ženy, ale muži jsou rovněž zasaženi a to nepřímo skrz svou partnerku, která s nimi sdílí své negativní emoce, což ovlivňuje jejich partnerský vztah. Mužské reakce jsou však odlišné, je-li příčina neplodnosti nalezena na jejich straně. Reakce neplodného muže se blíží reakcím partnerky – prožívají pocity ztráty, stigmatu a snížené sebeúcty. Zatímco tyto reakce nacházíme u mužů většinou pouze tehdy, je-li příčina neplodnosti na jejich straně, ženy je prožívají vždy, ať již je diagnóza jakákoliv (Newton, Houle, 1993). Je-li příčina neplodnosti na straně muže, zažívá pár častěji partnerské neshody a větší stres (Deka, Sarma, 2010).

Reakce mužů i žen na neplodnost páru se liší a to v závislosti na zapojení se do léčebného procesu, tělesných projevech, které neplodnost a její léčbu doprovázejí, ale i v souladu se sociálními rolemi, které společnost ženám i mužům tradičně připisuje. Přesto však není možné říci, kdo v páru bude trpět nedobrovolnou bezdětností více. Jednak z toho důvodu, že prožívání každé krizové situace závisí na individuálním jedinci, ale také proto, že ačkoliv muži i ženy dávají své emoce najevo jiným způsobem, jinak o nich mluví a jinak se s nimi vyrovnávají, měli bychom jen opatrně usuzovat na to, kdo danou situací trpí více nebo méně.

4.3. Psychologické důsledky léčby

Metod léčby neplodnosti je v dnešní době mnoho a mezi sebou se liší nejen svým účinkem, ale také tím, jak jsou neplodnými páry prožívány.

Přibližně polovina žen považuje léčbu neplodnosti za nejvíce stresovou událost svého života. Ženy, které podstoupily metody asistované reprodukce, trpěly mnohem častěji depresí

než ženy v běžné populaci (Cwikel, Gidron, Sheiner, 2004). Cwikel, Gidron, Sheiner (2004) tvrdí, že největší depresí obvykle trpí ženy, které léčbu právě započaly a ty, které se již léčí neúspěšně více než 6 let. Překvapivě nejmenší depresi prožívají ženy, které se léčí přibližně 2 až 3 roky. Tento fakt vysvětlují autoři tím, že právě v této době vkládá žena do léčby největší naděje a věří v její úspěšnost. Po dvou až třech letech léčby má již za sebou počáteční váhání, kterou léčbu podstoupí, na druhou stranu se ještě neléčí natolik dlouho, aby měla obavy, že léčba úspěšná nebude.

Spočívá-li léčba neplodnosti v užívání medikace, negativně prožívány mohou být časté vedlejší psychické účinky, jako například úzkost, poruchy spánku, změny nálad či podrážděnost, dále pak deprese nebo naopak manické stavy a poruchy myšlení (Miller, 2009).

Medikace, ale zejména metody asistované reprodukce bývají finančně náročné, a proto mnoho párů, které se rozhodnou tuto léčbu podstoupit, se musí potýkat také s finančními potížemi (Miller, 2009).

Psychický stav partnerů se ve velké míře odvíjí od úspěšnosti či neúspěšnosti zvolené léčby. Ani úspěšnost léčby však nezaručuje naprostou spokojenost a pozitivní emoce. Ženy, jejichž léčba byla úspěšná, zažívají často pocity úzkosti a mnoho obav v souvislosti s péčí o dítě a to zejména, jsou-li věkově starší (Miller, 2009).

Páry, jejichž léčba úspěšná není, zažívají opakovaně velký stres a zármutek. Pro tyto páry bývá obvykle obtížné s léčbou přestat, smířit se s tím, že nebudou mít biologicky vlastní dítě a zkusit hledat jiné způsoby řešení neplodnosti, jako je například adopce, které by byly pro oba partnery přijatelné (Miller, 2009).

Abbey, Andrews, Haltman (1994) se zabývali životní spokojeností párů, které se staly rodiči. Autoři zjistili, že ženy, které se v minulosti léčily s neplodností, zažívají s příchodem dítěte více pozitivních i negativních prožitků než ženy, které s neplodností problémy nikdy neměly, zatímco muži z neplodného páru zažívají více pouze negativních prožitků jako například více stresu v domácnosti. Zajímavé také je, že u neplodných párů, kterým se nakonec podařilo dítě počít, byla zjištěna signifikantně nižší spokojenost v manželství i v sexuálním životě (méně intimity, nižší frekvence sexuálních styků) než u neplodných párů, které zůstaly bezdětné.

Neplodnost je již sama o sobě velmi náročná životní událost a její léčba bohužel k jejímu zvládání a lepšímu psychickému stavu partnerů většinou nepřispěje. Paradoxní se zdají být případy, kdy se partnerům podaří dosáhnout kýženého cíle, kvůli kterému se někdy i mnoho let trápili - žena otěhotní, ale očekávaná spokojenost a absolutní štěstí se nedostaví.

Výsledky jmenovaných výzkumů nás stále více přesvědčují o tom, že psychoterapie by měla doprovázet terapii somatickou, kterou neplodné páry vyhledávají podstatně častěji.

4.4. Faktory, které znesnadňují /usnadňují prožívání neplodnosti

Neplodnost je bezesporu obtížná životní situace, přesto se lidé v jejím prožívání a ve vyrovnávání se s ní značně liší a to jednak vlivem objektivních událostí, které je během léčby potkávají, ale také v závislosti na svém osobnostním nastavení.

Autoři Karabulut, Özkan a Oguz (2013) porovnávali životní spokojenost žen sekundárně a primárně infertilních. Bylo zjištěno, že pozitivní vliv na životní spokojenost má sekundární infertilita a vyšší vzdělání, zatímco delší doba trvání léčby a nedostatek sociální podpory má vliv negativní. Větší psychickou zátěž, kterou ženám přináší infertilita primární, vysvětlují autoři tím, že ženy nemají ještě žádné děti, jako ženy infertilní sekundárně, a tedy mohou být negativněji posuzovány společností, která (zejména v Turecku, kde byla studie realizována) může vnímat mateřství jako hlavní náplň života ženy. Ale i žena sama může mít pocity méněcennosti související s faktem, že není schopná zplodit potomka, s čímž se ženy sekundárně neplodné potýkat nemusí.

Větší životní spokojenost u žen s vyšším vzděláním interpretují autoři v souvislosti s vyššími příjmy, lepšími možnostmi bydlení a životním stylem, ale také s výraznějšími tendencemi pečovat o své psychické zdraví (Karabulut, Özkan, Oguz, 2013).

Morrow, Thoresson a Penney (1995) zjistili, že více negativních emocí v souvislosti s neplodností páru prožívají ti jedinci, kteří se vyhýbají konfrontaci s tímto tématem. U mužů pak hraje roli vyšší věk a to, zda muž již má nebo nemá biologického potomka - muži vyššího věku bez biologického potomka prožívají situaci obtížněji. McQuillan, Greil, White a Jacob (1980) zjistili, že nejen muži, ale i ženy zažívají větší stres, jsou-li neplodné a zároveň nemají žádného potomka, v tomto případě však autoři nerozlišovali, zda se jedná o potomky biologické nebo o adoptované, a proto je možné, že u žen nehraje biologické pouto tak silnou roli jako u mužů, ale jde spíše o to, zda měly možnost realizovat se v roli matky.

Edelmann a Connolly (1998) zkoumali páry v době, kdy podstupovaly léčbu neplodnosti. Autoři zjistili, že největší stres a další negativní emoce zažívali v průběhu léčby jedinci, kteří prožívali velký stres ještě před započetím léčby, a ti, kteří nejemotivněji reagovali na sdělení diagnózy neplodnosti. Tato zjištění potvrzují domněnku, že není možné zkoumat odděleně psychogenní příčiny neplodnosti a její psychické důsledky, protože spolu

pravděpodobně velmi úzce souvisí. Jedinci, kteří jsou obecně labilnější a emotivnější, budou citlivěji reagovat byť i na sebemenší negativní zprávy a je větší pravděpodobnost, že negativní psychické nastavení a častý stres pak budou zpětně ovlivňovat úspěšnost léčby.

Adler a Boxley (1985) zjistili, že lépe se dokáží s neplodností vyrovnat lidé s maskulinními nebo androgynními charakteristikami. Podle autorů se jedná o jedince, kteří vykazují více charakteristik, které se v tradičním pojetí genderu připisují mužům (maskulinita) nebo jsou u nich charakteristiky genderově vyrovnané (androgynie) a to nezávisle na tom, zda se jedná o muže nebo o ženy. Tito lidé mají narozdíl od jiných neplodných efektivnější strategie zvládání, větší sebeúctu a lepší sebeobraz. Van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin, Demyttenaere (2010) uvádějí závislost, zvýšenou sebekritiku, vysokou frekvenci vtíravých myšlenek, pocitů a nočních můr jako osobnostní charakteristiky, které zvyšují pravděpodobnost prožívání většího stresu v souvislosti s neplodností.

To, jakým způsobem budou partneři schopni vyrovnat se s neplodností, závisí tedy nejen na objektivních událostech, jako je úspěšnost léčby, prognóza jejich problému a podpora okolí, ale také na jejich vnitřním nastavení, na jejich schopnostech a vlastnostech, které jim usnadňují nebo naopak znesnadňují náročné životní situace zvládat.

4.5. Sociální vnímání „bezdětných"

Mnoho lidí v naší společnosti považuje rodičovství za samozřejmou součást svého života. Často nepřemýšlí o tom, zda děti mít nebo nemít, ale kdy je mít. Velkou roli v tom sehrává negativní stereotyp bezdětné ženy, který však v současné společnosti postupně slábne a v některých skupinách nehraje téměř žádnou roli. Přesto se však i v dnešní době najdou lidé, kteří bezdětnou ženu považují za sobeckou, chladnou, případně citově nevyrovnanou (Sobotková, 2007). Na tyto společenské stereotypy reagují citlivě zejména ženy, které jsou nedobrovolně bezdětné a jejichž sebevědomí následkem nemožnosti otěhotnět výrazně pokleslo. Tyto ženy (ale i muži) potřebují od společnosti podporu a pochopení a nikoliv odsouzení a opovržení, kterých se jim někdy dostává (Kirkman, 2003). Pociťovaný nedostatek podpory společnosti však nemusí souviset jen s předsudky okolí, ale i s jiným životním stylem, který tito lidé mají a následkem toho i nedostatek společných témat, který během rozhovoru s nedobrovolně bezdětnými mohou pociťovat.

Rozdíl v pohledu na bezdětné páry se liší také v závislosti na generaci. Mladší generace přestávají vnímat rodičovství jako samozřejmost a nutnost pro každého jedince a má

pro ně častěji význam individuálního rozhodnutí, které je stejně hodnotné jako volba života bez dětí (Hašková, 2009).

Zajímavý je také fakt, že některé důvody vedoucí k bezdětnosti jsou pro společnost akceptovatelnější než jiné. Nejvíce akceptovatelné je rozhodnutí pro bezdětnost, je-li v případě těhotenství ohroženo zdraví dítěte nebo ženy samotné. Akceptovatelná je také obava z neschopnosti finančního zabezpečení rodiny a náboženské přesvědčení (kněžství, členství v církevním řádu). Ostatní důvody, mezi nimi i upřednostňování péče o jiného člena rodiny, obava z budoucího vývoje společnosti, nedůvěra ve vlastní rodičovské schopnosti, upřednostnění práce před zakládáním rodiny, obava ze ztráty nezávislosti nebo upřednostňování zálib neslučitelných s péčí o dítě, za relevantní většinou respondentů považovány nebyly (Hašková, 2004).

Obecně můžeme říci, že negativní stereotypy bezdětných v naší společnosti postupně slábnou, přesto se však mohou páry, pro které je toto téma obtížné, cítit ve společnosti nekomfortně, ať již kvůli tomu, že svou bezdětnost vnímají jako nepřirozenou oni sami nebo kvůli poznámkám okolí.

4.6. Sociální vztahy

Neplodní partneři mohou prožívat problematicky i vztahy se svým nejbližším okolím. Bolestivé pro ně mohou být nejen „dobře míněné rady“, ale také kontakt s přáteli, kteří již děti mají. To často vede k vyhýbání se sociálním kontaktům a následné sociální izolaci, která však negativní pocity plynoucí z nedobrovolné bezdětnosti ještě zesiluje (Miller, 2009).

Neplodnost je sice nemocí páru, ale do jisté míry je jí ovlivněno i nejbližší sociální okolí partnerů. Rodiče partnerů, kteří očekávají vnoučata, kamarádi, kteří chtějí jezdit společně spolu s dětmi na dovolené. To, jak svoje očekávání a případné zklamání bude okolí dávat páru najevo, záleží na jejich povahových vlastnostech, na vztahu k neplodným partnerům a zejména u rodičů také na jejich vlastní touze po vnoučatech. Problematické může být z hlediska širší rodiny také rozhodnutí páru dítě adoptovat (Konečná, 2003).

Ačkoliv je současná společnost tolerantní k různým alternativním způsobům života, mnoho lidí považuje rodinu a plození dětí za sociální normu, následkem čehož bývá stále ještě nahlíženo na bezdětné (zejména na bezdětné ženy) jako na něco, co stojí mimo normu, co potřebuje vysvětlení, co je „divné“. Širší okolí páru může na bezdětný pár nevhodně reagovat, ačkoliv jich samých se situace vůbec netýká. Okolí může dávat páru najevo, že si za

nedobrovolnou bezdětnost mohou sami, u mužů zpochybňuje jejich mužnost a potenci, o ženách pochybuje v oblasti jejich psychiky, obviňuje je ze sobectví. Někteří jim naopak projevují nevhodný soucit, protože si myslí, že bez dětí nemohou vést plnohodnotný život. To vyvolává u páru pocity méněcennosti, viny, lítosti a studu. Někteří muži, aby se vyhnuli sociální stigmatizaci, se snaží vystupovat jako „frajeři“, kteří rodinu nechtějí, aby za ni nemuseli nést zodpovědnost a mohli si jen užívat (Konečná, 2003).

Během léčby neplodnosti může pár zažívat pozitivní, ale i negativní reakce od svého okolí. 63,7% žen ve výzkumu Kirca a Pasinlioglu (2013) vnímalo otázky okolí týkající se jejich rodičovství jako nepříjemné a obtěžující a 62,3% žen vnímalo velmi negativně nedůvěřivý postoj svého okolí k umělému oplodnění, který jim dávalo najevo. Na druhou stranu 81,9% žen vnímalo značnou podporu zejména od své rodiny.

Vztah k ostatním lidem, kteří nikdy problémy s neplodností neměli, a tedy se jen těžko dokáží vžít do situace nedobrovolně bezdětných partnerů, může být pro obě strany stresující. Nedostatek společných témat, neznalost toho, jak na situaci reagovat, snaha vyhnout se nevhodným narážkám, ale zase zbytečně nechlácholit – to vše může okolí při styku s bezdětnými cítit. Většinou pak záleží na tom, jak blízko k sobě jedinci mají a jak jsou schopni svůj odlišný status akceptovat.

Nedobrovolnou bezdětností nejsou zasaženy jen sociální vztahy s okolím páru, ale také samotný partnerský vztah, který v této době prochází určitou krizí, která může mít na vztah různý vliv. Nedobrovolnou bezdětností a jejím vlivem na vztah partnerů se budeme zabývat v další kapitole.

5. NEDOBROVOLNÁ BEZDĚTNOST A PARTNERSKÝ VZTAH

V dnešní době je zvykem navazovat partnerské vztahy na základě vzájemných sympatií, společných zájmů a životních cílů; do manželství lidé vstupují kvůli vzájemné lásce a předpokládají, že právě jejich zvolený partner je člověk, se kterým mohou prožít smysluplný, spokojený a šťastný život.

Vzhledem k tomu, že hlavním důvodem, proč chce člověk s někým žít, je jeho spokojenost, štěstí, pocity lásky, vášně a životní naplnění, jsou všechny situace, které nějakým způsobem narušují svět, který si člověk s partnerem naplánoval, pro vztah značně ohrožující - nedobrovolná bezdětnost je jedním z těchto případů.

5.1. Teorie lásky a nedobrovolně bezdětné partnerství

Nyní nastíníme několik teorií lásky, prostřednictvím kterých se podíváme na nedobrovolně bezdětná partnerství a zamyslíme se nad tím, co by podle dané teorie mohlo způsobit rozpad nedobrovolně bezdětného vztahu a co by naopak mohlo přispět k jeho trvalosti. Každá z těchto teorií se snaží vysvětlit, co člověku láska dává, proč lidé navazují partnerské vztahy a co je jejich podstatou.

Fromm (2006) považuje **lásku za umění**, za schopnost, které se člověk musí učit a nikoliv za něco, co přichází z vnějšku přes objekt, který miluje. Opravdová láska spočívá v dávání, které však přináší užitek právě tomu, kdo dává, protože ví, že má něco, co někdo jiný přijímá, o co je zájem a to jej činí šťastným. Fromm (2006) nepovažuje lásku za vztah k určité osobě, ale za životní postoj člověka, který prostřednictvím milovaného partnera miluje celý svět. Láska je tedy jakési spojení mezi lidmi, které překonává pocit odloučenosti a odcizenosti tak typický v moderní společnosti. Pokud člověk opravdu miluje, je na cestě k tomu stát se lepším člověkem, vykonává ctnosti, ke kterým jej láska vede, jako je péče, znalost, odpovědnost, úcta a tvořivost. Dítě dvou milujících bytostí považuje Fromm (2006) za biologický produkt lásky.

Podíváme-li se na vztah milujících se partnerů očima Frommovy teorie, není možnost početí dítěte to nejdůležitější, o co v partnerském vztahu jde. Opravdová láska dvou lidí je sama o sobě něco posvátného a naplňujícího, je to odpověď na problémy lidské existence a sama o sobě by měla vyřešit všechna podstatná lidská trápení. Dítě je zde pouze vedlejším produktem této lásky, a pokud tedy partneři uvažují o ukončení vztahu kvůli tomu, že

nemohou mít společně dítě, nejsou pravděpodobně schopni opravdové lásky, kterou však podle Fromma nezískají změnou partnera a porozením vlastního dítěte, jak mnoho lidí předpokládá, ale prací na sobě samém.

Willi (2011) považuje partnerský vztah za jednu z cest k **osobnímu rozvoji**. Partneři se vzájemně podněcují, dávají si různé příležitosti, a pokud na ně jejich protějšek zareaguje, dostává tak šanci rozvíjet některé ze svých potencialit. Tím, že se partneři vzájemně stimulují, mají pocit, že je jejich vztah smysluplný, že naplňují svůj lidský potenciál. Krize mezi partnery může nastat tehdy, když se jejich potenciality a stimuly začnou míjet, tedy si nedávají dostatek podnětů pro rozvoj.

To se může stát i v případě, kdy člověk cítí potřebu rozvíjet své já prostřednictvím rodičovské role a partnerům se nedaří dítě počít. Mohou se tak objevit pocity stagnace, nespokojenosti se sebou samým a neuspokojenosti v partnerském vztahu. Zda takovýto vztah vydrží, záleží na množství a kvalitě dalších potencialit, ve kterých se partneři podněcují a ve kterých se mohou rozvíjet, když se jim rodičovské role dosáhnout nepovede. Tak se jim sice nesplní „rodičovský sen“, ale mohou v sobě nalézt něco, co do té doby netušili a mohou se tak rozvíjet jiným směrem, který je uspokojuje a díky kterému rovněž dojdou k osobnímu štěstí.

Další zajímavou teorií, kterou zmíníme, je teorie **lásky jako příběhu** od Sternberga (2008). Podle Sternberga (2008) si lidé během svého života na základě svých zkušeností podvědomě tvoří příběhy, podle kterých se chovají ve svých milostných vztazích a podle kterých také očekávají, že se jejich partner bude chovat určitým způsobem. Každý člověk má více příběhů lásky, ale některým z nich dává přednost před jinými. Většinou se lidé zamilují do člověka, jehož příběh je podobný, ale jeho role v něm je komplementární. Tím také Sternberg (2008) vysvětluje náhlou a racionálně nevysvětlitelnou změnu partnerů – v případě, když se příběh nového partnera více podobá příběhu, kterému dává člověk přednost. Prostřednictvím svého příběhu člověk interpretuje chování svého partnera, má na něj určitá očekávání a předpokládá, že stejným způsobem jako on, vnímá jejich vztah a lásku také jeho partner. Jsou-li příběhy lásky partnerů příliš odlišné, každý z nich pohlíží na situace ve vztazích jinak, což vede k mnohým nedorozuměním, desinterpretacím partnerových činů a zklamání z nesplněných očekávání. Příběhy lásky v sobě zahrnují nejen to, co pro nás znamená láska, ale také vztah k dětem, penězům, domovu, sexu, ale třeba i k násilí.

Vliv nedobrovolné bezdětnosti na partnerský vztah by podle této teorie záležel na příběhu lásky, který partneři mají a na tom, jakou roli v něm hrají děti a jejich vlastní role rodiče. Pokud ani pro jednoho z partnerů nejsou role rodiče ani děti v rodině příliš důležité, bezdětnost vztahu pravděpodobně neublíží. Pokud si oba partneři svůj vztah bez dětí

nedovedou představit, budou ochotní podstoupit náročnou léčbu neplodnosti, případně se budou snažit o adopci a je tedy také pravděpodobné, že se jim vztah podaří zachovat. Značný problém může nastat ve chvíli, kdy v příběhu jednoho z partnerů bude místo dítěte nenahraditelné a on bude chtít podřídit téměř vše snahám o narození dítěte, ale pro druhého partnera nebude dítě tak stěžejní a tedy nebude chtít do těchto snah investovat. Tato situace může být zdrojem značných partnerských potíží a může vést i ke konci vztahu.

Podle další Sternbergovy teorie lásky, tzv. **trojúhelníkové teorie**, se láska skládá ze tří komponent: intimita, závazek a vášeň. Intimita představuje pocity emocionální i fyzické blízkosti, porozumění, pochopení a podporu; vášeň zahrnuje fyzickou atraktivitu, vzrušení a milostnou touhu; závazek znamená vědomé rozhodnutí partnerů, že chtějí zůstávat se svým druhem, že se na něj mohou spolehnout a že si budou ve svém životě vzájemnou oporou. Tato komponenta zajišťuje trvalost vztahů a pomáhá partnerům překonat chvíle trápení a starostí (Sternberg, 1986).

Velikost těchto tří složek se ve vztahu postupem času mění, ale závisí také na konkrétním vztahu dvou lidí, která složka je v jejich vztahu dominantní. Obecně platí, že na začátku vztahu je nejsilnější vášeň a nejslabší závazek. Postupem času závazek mezi partnery postupně narůstá, ale vášeň naopak klesá. Intimita pomalu narůstá, po delší době však může začít také klesat (Sternberg, 1986).

To, jak nedobrovolná bezdětnost ovlivní partnerský vztah, bude pravděpodobně záviset na té z komponent, která vztahu převládá. Pokud bude závazek velmi silný, partneři se neopustí, ani pokud se budou v souvislosti s bezdětností cítit ve vztahu špatně. To sice povede ke stabilitě jejich vztahu, ale zároveň to nezaručí jejich spokojenost a štěstí. Pokud bude dominantní vášeň a partneři si děti budou přát, pravděpodobně se rozejdou bez větších výčitek svědomí. Pokud však jejich vztah bude založen na intimitě, předpokládáme, že budou mezi sebou otevřeně komunikovat, sdílet své emoce a snažit se situaci vyřešit tak, aby oběma vyhovovala.

Dynamika partnerského vztahu může být ještě složitější, protože neplatí, že by partneři vždy považovali za nejdůležitější tu samou komponentu. Tato nesourodost může způsobit mnoho potíží a stresových situací, protože v závislosti na tom, kterou složku vnímá partner ve vztahu za nejsilnější, se bude také chovat, ale pokud je pohled jeho protějšku jiný, mohou se ve svém prožívání i jednání míjet, nerozumět si a nevědomě si ubližovat. Například partner, pro kterého je stěžejní závazek, nezvažuje, zda se rozejít či nikoliv, protože mu tato otázka připadá jako naprosto irelevantní. Proto jej může překvapit reakce partnera, který rozchod

považuje za jedno z možných řešení jejich situace, které je stejně pravděpodobné jako všechna jiná.

Závazkem a jeho rolí v trvání blízkých vztahů se zabývali také Rusbult a Buunk (1993). Podle nich mají na závazek v partnerském vztahu vliv následující faktory:

- **Úroveň uspokojení vlastních potřeb**:pokud partner saturuje potřeby jedince více, než by byly saturovány bez něj, zvyšuje tak ve svém protějšku prožitek závazku, tedy větší přání vztah zachovat.
- Závazek se rovněž zvyšuje tehdy, je-li partner přesvědčený, že všechny **další alternativy k jeho současnému partnerskému vztahu jsou horší**. Tento prožitek závazku však může být celkem rychle narušen ve chvíli, kdy se objeví někdo, u koho bude partner předpokládat, že vztah s ním by byl lepší než vztah současný.
- Vliv má také **míra investic**, které člověk do vztahu vložil. Nejedná se pouze o investice finanční, ale i časové, emocionální a další oběti, které kvůli partnerskému vztahu člověk podstupuje. Čím je míra investic, kterou člověk do vztahu vložil, větší, tím má menší tendenci vztah ukončit, a tak vlastně učinit minulé investice zbytečnými.
- To, jak se partneři zachovají, rovněž závisí na sociálním kontextu a sociálních normách, které jejich společnost uznává. Tak jedinec může setrvat i ve vztahu, který jej subjektivně nezavazuje, ale pokud by jej opustil, bylo by pro něj společenské stigma nepřijatelné.

Také tuto teorie můžeme aplikovat na páry, které se potýkají s nedobrovolnou bezdětností. Jak jsme zmínili výše, vztah pravděpodobně přetrvá, budou-li partneři k sobě vzájemně cítit určitý závazek. Ten se podle autorů Rusbult a Buunk (1993) může zvyšovat jinými potřebami, které si partneři ve vztahu saturují, neexistencí jiného vhodného partnera, se kterým by děti mít mohli a množstvím investic, například podstoupených vyšetření a pokusů asistované reprodukce, které společně prožili, které již do vztahu vložili. Pro někoho by mohlo být rovněž nepříjemné, kdyby byl očima svého okolí vnímán jako někdo, kdo opustil svého partnera ve chvíli, kdy se objevily první potíže.

Podle každé ze zmíněných teorií můžeme určitým způsobem vysvětlit trvání nedobrovolně bezdětného vztahu nebo jeho rozpad. To, jak partneři nedobrovolnou bezdětnost konkrétně prožívají, s jakými potížemi se musí ve vztahu potýkat, zda jsou spokojení či nikoliv, co jim potíže s plodností vzaly nebo daly, se pokusíme zachytit na dalších stránkách.

5.2. Neplodnost jako „zkouška síly“ partnerského vztahu

V každém vztahu, který se musí s nedobrovolnou bezdětností potýkat, je otázkou, jak budou partneři na tento problém reagovat. Budou se vzájemně obviňovat? Bude vina svalována na toho, u koho je nalezena příčina? Budou společné chvilky trávené prolíváním slz a výčitkami? Co je pro partnery větší hodnotou – společný vztah nebo vidina dítěte a to třeba i po boku někoho jiného?

Tato situace je pro většinu partnerů velmi stresová, a pár tak podstupuje jakousi „zkoušku vztahu“ - zda vztah zátěž vydrží, nebo se rozpadne.

5.2.1. Pozitivní vliv nedobrovolné bezdětnosti na partnerský vztah

Ačkoliv má prožívání nedobrovolné bezdětnosti negativní konotaci, mnoho párů připouští, že toto obtížné období mělo také své pozitivní stránky. Lidé často jmenují osobní přínosy nedobrovolné bezdětnosti, ale nechybí ani přínosy pro partnerský vztah. Ačkoliv je trápení s nedobrovolnou bezdětností jedním ze zážitků, kterým by se většina lidí raději vyhnula, zasažené páry považují mnohdy tuto zkušenost za přínosnou a pozitivní.

Zvládání nedobrovolné bezdětnosti je u každého páru individuální, většině partnerů však pomohla tuto situaci zvládnout zkušenost s úspěšným překonáním nějaké jiné krizové situace, kterou společně museli v minulosti řešit a která jim posloužila jako zdroj možných způsobů řešení, o kterých věděli, že fungují (Sobotková, 2007).

Většina respondentů ve výzkumu Konečné (2003) uvedla, že potíže s plodností nějakým způsobem pozitivně ovlivnily jejich partnerský vztah. Často uváděli, že se jejich partnerství více stmelilo a prohloubilo, od té doby si jsou s partnerem bližší a lépe si rozumí. Většina respondentů zmínila, že se díky této zkušenosti s partnerem lépe poznali a prožívání společného trápení vedlo k rozvoji vzájemné péče, empatie a podpory.

O pozitivním vlivu nedobrovolné bezdětnosti mluví také respondenti ve výzkumu Kubcové a Kubcové (2004). Většina mužů v jejich studii uváděla, že během léčby neplodnosti došlo k upevnění vztahu mezi partnery, a podle všech žen mělo řešení potíží s neplodností nějaký přínos pro jejich partnerský vztah. Většina z nich zmiňovala, že nalezla v partnerovi skutečného přítele, který s nimi bude v dobrém i zlém, poznala více vzájemného porozumění, ohleduplnosti a starostlivosti, víru v sílu jejich partnerského vztahu či schopnost řešit problémy. 16% mužů ve výzkumu uvedlo, že jim léčba neplodnosti něco vzala a jmenovali především radost ze života. Muži zmiňovali rovněž svůj pocit, že jim ve vztahu něco chybí. Co se týče blízkosti partnerů, žádný pár neodpověděl, že by se partneři vlivem léčby

neplodnosti odcizili, naopak 38% žen a 26% mužů mělo pocit, že jsou si se svým partnerem bližší, než když začali tyto potíže řešit. Podobné pocity měli partneři ohledně své partnerské komunikace. Žádný pár neuvedl, že by se jejich vzájemná komunikace vlivem řešení neplodnosti zhoršila, naopak 17% žen a 11% mužů považovalo vzájemnou komunikaci za důvěrnější a otevřenější. Sexuální soužití považovaly všechny ženy za stejně uspokojivé jako před začátkem potíží, ale 5% mužů uvedlo, že ze sexuálních aktivit nemají takové potěšení jako dříve (Kubcová, Kubcová, 2005).

Pozitivní vliv na partnerský vztah sterilních párů potvrdil i výzkum autorů Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia (2011), ve kterém sterilní páry vykazovaly signifikantně vyšší stupeň intimity, což je podle autorů důkazem, že potíže s plodností a jejich řešení může působit jako kohezivní faktor mezi partnery. Narozdíl od jiných studií nebyl zjištěn negativní vliv na sexuální život partnerů.

Schmidt (2009) rovněž zjistil, že některé páry přivedly problémy s neplodností k větší blízkosti a intimitě a že došlo k posílení jejich vztahu. Pokud však partneři o svém problému mezi sebou nedokázali mluvit, došlo naopak ke zvýšení stresu (Schmidt, 2009).

Peterson, Newton, Rosen (2003) zjistili, že sterilita má pozitivnější vliv na partnerský vztah v případě, když oba partneři vnímají sterilitu páru jako stejně stresující, než když její závažnost posuzují oba partneři odlišně. Také ženy byly spokojenější v partnerství v případě, když oba partneři toužili po tom stát se rodičem stejně, než když žena zaznamenala, že její partner si přeje být rodičem víc než ona. Nesourodostí touhy po dítěti mezi partnery byly většinou více ovlivněny ženy, ale na partnerský vztah měla tato nesourodost vždy spíše negativní vliv.

Ačkoliv výše zmíněné studie jmenují přínosy a pozitivní aspekty nedobrovolné bezdětnosti, nejedná se o aspekty jediné a často nepřicházejí sami od sebe, ale partneři musí pracovat na tom, aby objektivně obtížnou situaci dokázali změnit v něco, z čeho můžou získat něco pozitivního pro sebe a svůj vztah.

5.2.2. Negativní vliv nedobrovolné bezdětnosti na partnerský vztah

Pozitivní vliv nedobrovolné bezdětnosti na partnerský vztah však není samozřejmostí a negativní pocity se objevují u většiny párů, i u těch, které uvádějí nějaké pozitivní vlivy, které jim nedobrovolná bezdětnost přinesla.

Partneři si na mnoho věcí stěžují, například mnoho žen říká, že by si potřebovaly více s partnerem popovídat, že on jejich situaci spíše zlehčuje a místo pochopení jim dává rady, které jim v daném okamžiku nepomohou. Muži naopak o svých pocitech mluví neradi a často

jim začnou vadit „citové výlevy“ jejich partnerek. Pár by proto měl otevřeně mluvit o tom, co jim je a co není příjemné a dohodnout se na vzájemném kompromisu přijatelném pro oba (Konečná, 2003).

Někteří partneři zmiňují rostoucí napětí, negativní pocity a někdy až averzi vůči druhému (Sobotková, 2007). To může vést k tomu, že partner druhého opustí a dá přednost rodinnému životu po boku někoho jiného. V těchto případech však zůstává otázkou, zda byla důvodem rozpadu vztahu skutečně nedobrovolná bezdětnost nebo by k němu došlo i v případě, kdyby v rodině byly děti (Konečná, 2003).

Neplodný pár se musí potýkat s nejistou budoucností. Neví, jestli a kdy budou mít dítě, neví, zda mají stavět rodinný dům či nikoliv, zda mohou plánovat cestu do exotických krajin, která by však v případě těhotenství partnerky byla riziková. Partneři tak vlastně ztrácejí kontrolu nad svými životními plány, potýkají se s nejistotou, co vlastně bude, a s hledáním životního cíle, za kterým mohou jít a kterého mohou reálně dosáhnout (Sobotková, 2007).

Chandra, Chaturvedi, Issac, Chitra, Sudarshan, Beena (1991) uvádějí ve své studii spíše negativní aspekty, které do partnerství přináší nedobrovolná bezdětnost - třetina nedobrovolně bezdětných párů v jejich výzkumu tvrdí, že se ve svém partnerství potýkají s mnoha problémy. Za nejvíce narušené považovaly své partnerství ženy, které bydlely na vesnici společně se širší rodinou a byly s partnerem společně více než šest let. 20% párů uvádělo pokles zájmu o sex a 31% párů zmínilo, že uvažuje o rozvodu. Zajímavým zjištěním této studie bylo, že ačkoliv většina párů nepovažuje svůj partnerský vztah za uspokojivý, nevnímají to jako důsledek neplodnosti, ale spíše za důsledek špatné komunikace, nevhodného vyjadřování emocí a způsobu vyjadřování sexuálního zájmu.

Pravděpodobnost nespokojenosti v nedobrovolně bezdětném manželství zvyšuje podle studie autorů Drosdzol, Skrzypulec (2009) věk nad 30 let, nižší stupeň dosaženého vzdělání a více nespokojené bývají ženy než muži. Je-li příčina neplodnosti na straně muže a trvá-li mezi třemi až šesti lety, bývá partnerství značně nestabilní a oba partneři často pociťují nespokojenost v sexuálním soužití.

U mužů zvyšuje nespokojenost v nedobrovolně bezdětném manželství, když partneři tají svou neplodnost před okolím, mají potíže o tomto tématu mluvit a aktivně se vyhýbají situacím, při kterých si svou nedobrovolnou bezdětnost uvědomují více, jako je kontakt s těhotnými ženami nebo s malými dětmi (Schmidt, Holstein, Christensen, Boivin, 2005).

Lee, Sun a Chao (2001) zkoumali rozdíly v prožívání stresu a spokojenosti v partnerském vztahu a v sexuálním životě mezi páry s různými příčinami neplodnosti. Bylo zjištěno, že je-li příčina neplodnosti na straně muže i ženy, zažívají ženy menší spokojenost

v partnerství i v sexuálním životě než jejich partneři. Pokud byla příčina neplodnosti nevysvětlitelná, nebyl v prožívání partnerů žádný signifikantně významný rozdíl. Pokud byla neplodnost diagnostikována u žen, vykazovaly větší stres než muži, ale jejich spokojenost v partnerství i v sexuálním životě byla stejná. Tyto ženy měly také nižší sebeúctu a byly méně spokojeny ve vztahu k rodičům partnera, než ženy z párů, kde byla nalezena příčina neplodnosti na straně muže.

Sobotková (2007) shrnuje, že neplodný pár má často tunelovité vnímání ohledně věcí týkajících se jejich vztahu, a tak může dojít k přehlížení či bagatelizaci jiných partnerských problémů, které primárně s neplodností nesouvisí, ale které mohou být nakonec tím, co vztah skutečně rozvrátí. Proto je značně obtížné říci, zda se vztah rozpadl skutečně pouze vlivem nedobrovolné bezdětnosti, která byla neslučitelná s touhou jednoho nebo obou partnerů po rodinném životě, nebo zda tato prožívaná krize pouze urychlila procesy, které by však dříve či později k potížím vedly i ve chvíli, kdyby partneři děti měli.

5.3. Komunikace a sdílení pocitů

Některé z výše uvedených výzkumů zmiňují, že to, zda mělo řešení nedobrovolné bezdětnosti na vztah pozitivní či negativní vliv, záleží z velké části na tom, jak byli partneři schopni spolu o problému komunikovat.

Komunikace je jednou z nejdůležitějších oblastí mezilidských vztahů, partnerské vztahy nevyjímaje. Komunikace mezi lidmi však není vůbec tak jednoduchá, jak by se mohlo zdát. Nejde pouze o to, co člověk řekne, ale také jak to řekne a jak to bude jeho protějškem přijato. Základem komunikace je předávání určitého významu druhému člověku, a pokud je tento význam přijat jinak, než bylo mluvčím zamýšleno, neproběhl celý komunikační akt úspěšně, a mluvíme tak o tzv. zdegenerované komunikaci (Klimeš, 2005), která může působit na vztahy destruktivně.

Podle Klimeše (2005) vzniká zdegenerovaná komunikace většinou v případě, kdy se jeden partner snaží manipulovat s tím druhým, nechce přiznat své obavy, protože by se tak dostal do pozice zranitelnějšího a citlivějšího, což podle něj znamená projevit se jako „slaboch“ a „prohrát“. Proto tito lidé neprojevují své city autenticky, ale naopak své potřeby vyjadřují pravým opakem a čekají, že partner pozná jejich původní záměr a podle něj bude reagovat. Partner však většinou reaguje na to, co bylo řečeno, což se však neshoduje s tím, co bylo zamýšleno a to pak vede k pocitům nespokojenosti, nepochopení a vztahového napětí.

Klimeš (2005) uvádí jako příklad, že partner, který touží po sblížení, druhého odežene nebo urazí; ten, který chce druhého pochválit, mu něco vytkne. Potřeba kontaktu s druhým může být zahalena do nutnosti jít mu vynadat; vlastní pocity bývají projikovány do druhých lidí a tím, že na ně upozorní, opečovává potřeby své vlastní. Stejně tak lidé, kteří nejsou schopni vyjadřovat své pozitivní pocity druhým lidem úsměvem, pohlazením nebo pochvalou, volí často k tomuto účelu jiné aktivity jako třeba pohlavek, nabízení jídla nebo věcí, vytváření překvapení pro druhého a podobně. Záleží pak vždy na tom, jak druhá strana tento zašifrovaný projev pozitivních emocí pochopí, zda jí to bude příjemné a jak na to bude reagovat. Prvním krokem k tomu, aby mohli partneři mluvit o tom, zda jim tento způsob komunikace vyhovuje či nikoliv a případně jej změnili, je, aby si oba uvědomili, co tím oni vyjadřují a co tím chce říct jejich protějšek.

Podle našeho názoru není za těmito projevy jen potřeba manipulace a snaha jevit se jako „silnější“, ale také strach z odmítnutí, z nepochopení, z toho, že partner může cítit něco úplně jiného, může mít na situaci jiný, třeba optimistický názor, a tak mu jeho partner nechce kazit jeho iluze svým pesimismem. Podle nás je tedy zdegenerovaná komunikace rovněž výsledkem střetu potřeby dát své emoce najevo, ale na druhou stranu je neukazovat v celé své podobě, aby nemohly být devalvovány nebo nepochopeny.

To pravděpodobně platí i u párů, které se potýkají s nedobrovolnou bezdětností. Tito lidé si často nevědí se svými pocity rady, občas se za ně stydí, přijdou jim neadekvátní a neví, jak a jestli je sdělit tomu druhému, aby mu neublížili. Mnoho partnerů o svých negativních pocitech týkajících se nedobrovolné bezdětnosti se svým protějškem nemluví, protože mají pocit, že partnera trápí již situace sama o sobě a nechtějí mu ještě přitěžovat tím, že s ním budou sdílet své vlastní trápení. Ačkoliv tento argument zní logicky a ohleduplně, z dlouhodobého hlediska se příliš nevyplácí. Pokud spolu partneři nebudou o problémech mluvit, nebudou vědět, co ten druhý prožívá a nebudou znát jeho názory na řešení situace. Proto podle Konečné (2003) bývá pro vztah užitečnější, když partneři nezůstávají se svými pocity sami, ale mluví o nich spolu. Lépe se tak na sebe naladí, budou vědět o představách toho druhého, mohou si být vzájemně oporou a bude se jim pak lépe hledat společné řešení.

Vlivem nedobrovolné bezdětnosti páru se rovněž mění vztahy s širší rodinou. Někdy dochází k izolaci partnerů, kteří se s příbuznými nechtějí stýkat, aby se vyhnuli nepříjemné komunikaci ohledně neplodnosti, často může rovněž docházet ke konfliktům mezi jedním partnerem a rodiči druhého, kteří mohou klást vinu na svého zetě či snachu. Jindy se naopak stává, že problémy, které by měli partneři řešit mezi sebou, řeší se svými rodiči či kamarády, což vede opět k většímu napětí v partnerské dvojici (Sobotková, 2007).

Ačkoliv by se téma komunikace v partnerství i s dalšími lidmi ze sociálního okolí mohlo zdát jako podřadné, hraje velmi důležitou roli v pocitech člověka, v jeho celkové spokojenosti a také může ovlivnit, jaký dopad bude mít nedobrovolná bezdětnost na jeho partnerství i další vztahy. Komunikace je tedy dalším tématem, s kterým by mohl psycholog nedobrovolně bezdětnému páru pomoci.

5.4. Sexualita sterilního páru

Různá opatření, která doprovázejí léčbu neplodnosti, mají často negativní vliv na sexuální soužití a intimitu páru. Partneři mluví o svém intimním životě s lékaři, dostávají různá dobře míněná doporučení týkající se vhodných poloh a načasování koitu, kdy je pravděpodobnost početí největší. Tím se však ze sexuálního soužití často vytratí ona intimita, vášeň a spontánnost, a sexuální život páru tak ztrácí své dřívější kouzlo. Partneři se mohou přestat na sex těšit a začínají jej vnímat jako povinnost, jako prostředek k dosažení kýženého cíle – početí dítěte.

Neplodnost a sexuální dysfunkce mohou být ve dvojím vztahu. Sterilita páru může být jednak důsledkem sexuální dysfunkce, ale většinou tomu bývá naopak - sexuální potíže vznikají v průběhu neúspěšné léčby neplodnosti. Příčinou těchto potíží bývá frustrace z neschopnosti počít dítě přirozenou cestou, pocity vlastní nedostatečnosti; vliv má také změna pohledu na sex - od prožívání sexuálních hrátek jako součást partnerské intimity k jeho vnímání jako prostředku k otěhotnění. Je to většinou žena, kdo směřuje většinu sexuálních aktivit do svého plodného období a mimo toto období má tendence se koitu spíše vyhýbat s podvědomými myšlenkami „šetřit partnerovo sperma na vhodnější dobu“. Ženy často odmítají rovněž mimokoitální sexuální aktivity, které považují za ztrátu času a po sexu často zaujímají nejrůznější polohy, které podle jejich názoru mají zvýšit pravděpodobnost početí (Pastor, 2010).

O tom, že sexuální život hraje v životě partnerů většinou důležitou roli, nebývá pochyb. Je však značný rozdíl v tom, co pro každého jedince sex znamená, jaký pro něj má subjektivní význam. Bianchi (2011) rozlišuje několik významových rovin, které sexu lidé obvykle připisují:

- Někteří lidé vnímají sex jako něco, co je pevně spojené s partnerstvím, intimitou a láskou. Vztah je pro ně nadřazenější sexu a sex bez partnerského vztahu je pro ně něco nepředstavitelného.

- Jiní vnímají sex jako osobní potěšení, jako zábavu. Sex si mohou užít více, je-li v rámci partnerského vztahu, není to však nutnou podmínkou, jako v prvním případě.
- Lidé, kteří mají sníženou potřebu sexuálního uspokojení, mohou sex vnímat primárně jako potěšení svého partnera a jako prostředek k rozvíjení a udržení partnerského vztahu.
- Sex může sloužit také jako sebepotvrzení. Tím, že jedinec získal sexuálního partnera, má pocit osobního úspěchu a vylepšuje si tím vlastní sebeobraz.

Ukázalo se, že nejvíce bývají spokojeni se svým sexuálním životem lidé, kteří mají sex neoddělitelně spojený s partnerstvím a láskou. Tito lidé mohou zažívat spokojenost v sexuálním životě i tehdy, když nějakou dobu sex nemají - ať už je důvodem, že nemají partnera, jsou od něj odloučeni nebo cokoliv jiného (Bianchi, 2011). Můžeme předpokládat, že tato skupina bude v souvislosti s léčbou neplodnosti nejméně nespokojená v sexuálním životě, protože partnerský vztah, společný cíl a snaha vyjít si vstříct budou mít větší význam než opatření v sexu.

Léčba nedobrovolné bezdětnosti je bezesporu značně stresující situací v životě partnerů, přičemž stres má mimo jiné také vliv na sexuální život páru snižováním sexuální apetence. U sterilních párů bývá častější nevěra ženy, která je vysvětlována její snahou zvýšit pravděpodobnost otěhotnění tak, že zkouší, zda by snadněji neotěhotněla s jinými sexuálními partnery (Pastor, 2010).

Elstein (1975) uvádí sexuální dysfunkce, které se u sterilního páru vyskytují nejčastěji. U žen je typická ztráta libida, která souvisí s vnímáním sexu jako pouhého prostředku k otěhotnění a anorgasmie, která se může vyvinout i u žen, které předtím než začaly řešit své potíže s plodností, dosahovaly orgasmu snadno. Dosažení orgasmu mohou rovněž bránit pocity bezcennosti a neschopnosti, které u ní vyvolává nemožnost početí. Častou sexuální dysfunkcí související se sterilitou páru u mužů je impotence, kterou mohou opět vyvolat pocity viny, méněcennosti a neschopnosti, které se u mužů ze sterilních párů objevují.

Ve výzkumu Kirca a Pasinlioglu (2013) uvádělo 57,4% žen, že léčba neplodnosti měla negativní vliv na jejich sexuální život a že začala pohlavní styk vnímat jako povinnost.

Muži vnímají zhoršení v sexuální oblasti především v případě, je-li příčina neplodnosti na jejich straně. To může souviset i se zhoršením spokojenosti se sebou samým, které je značné právě v případě, je-li neplodný on (Smith, Walsh, Shindel, Turek, Wing, Pasch et al., 2009).

Konečná (2003) uvádí, že paradoxně bývají v sexuální oblasti nejméně ovlivněny ty páry, u nichž bylo zjištěno, že otěhotnění přirozenou cestou dosáhnout nelze.

Ačkoliv si to mnoho lidí nerado připouští, protože jim to může připadat příliš povrchní, uspokojivý sexuální život partnerů zvyšuje spokojenost ve vztahu. Jsou-li tedy partneři se sexuálním soužitím nespokojení, je pravděpodobné, že se tato nespokojenost projeví také v jiných oblastech partnerského života jako je komunikace, intimita, schopnost společně řešit potíže, ochota se druhému přizpůsobit a akceptovat jeho slabé stránky. Bohužel je tomu i naopak, tedy objeví-li se nějaký problém ve vztahu, může se odrazit ve spokojenosti v sexuálním životě a to zejména v případech, kdy o problému spolu partneři nemluví, ale tváří se, že se nic neděje. Nespokojenost v sexuálním životě pak zpětně posiluje problém v partnerství, kruh se uzavírá a spokojenost v partnerství se snižuje.

Pastor (2010) proto tvrdí, že sexuální problematika sterilního páru by rozhodně neměla být podceňována právě proto, že může narušit vztah mezi partnery a bylo by tedy vhodné, aby byl psycholog nebo sexuolog automatickou součástí týmu asistované reprodukce.

V následujících kapitolách se budeme zabývat mechanismy, díky kterým se partnerům daří (nebo nedaří) se s nedobrovolnou bezdětností vyrovnat, a možnostmi pomoci, které může psycholog nedobrovolně bezdětným párům poskytnout.

6. VYROVNÁNÍ SE S NEDOBROVOLNOU BEZDĚTNOSTÍ

Snaží-li se člověk dosáhnout cíle a selže-li přitom, je většinou obtížné se s touto prohrou vyrovnat a smířit se s vlastním neúspěchem. Často se člověk snaží překonat překážky několikrát, po jednom, dvou neúspěších sebere zbytky svých sil a znovu bojuje. Ale dlouhodobě neúspěšný boj vyčerpává, a nevede-li vynakládané úsilí k cíli, dříve či později se člověk musí začít snažit žít život bez toho, čeho se tak úporně snažil dosáhnout. Přestat bojovat za svůj cíl, smířit se s tím co je a nechtít víc, je tím složitější, čím byla hodnota, které chtěl člověk dosáhnout, subjektivně považována za důležitější a čím větší úsilí již člověk vynaložil.

Touha po dítěti bývá u neplodných párů, které byly ochotny podstupovat mnoho náročných vyšetření a procedur, jen aby dítě měly, velmi silná, a proto je obtížné se najednou smířit s tím, že vysněné dítě mít nebudou. Partneři, kteří si plánovali společný rodinný život, představovali si své děti, jejich výchovu a společnou budoucnost, najednou nevědí, co bude. Nevědí, kam budou směřovat svůj život, jaké hodnoty budou naplňovat, co bude smyslem jejich společné existence. Dítě bývá považováno jaksi automaticky za něco, pro co může člověk žít. Je to po tisíciletí uznávaná hodnota. Stará-li se člověk o děti, už jen to činí jeho život smysluplný a hodnotný. Ale co když tato „automatická“ hodnota chybí? Kde najde pár hodnotu jinou? A jakou vlastně?

Pro muže bývá tato otázka snadněji zodpověditelná. Mužská role není definována péčí o dítě a mužské vzory v naší kultuře jsou v pohádkách a mýtech většinou zobrazovány v boji, při práci nebo ve službě. Rodina je pro ně místo, kam se vrací, ale naplnění mužova života bývá většinou jinde, třeba v zaměstnání.

Pro ženy bývá předefinování svého životního příběhu složitější. Role ženy je od pradávna viděna mezi dětmi, a ačkoliv v dnešní době jsou již také „ženy - kariéristky“, které po rodině netouží, považuje-li žena od malička péči o rodinu za hlavní náplň svého života, bývá pro ni obtížnější se role matky vzdát a předefinovat svůj životní příběh tak, aby v něm viděla smysl, i když matkou není.

6.1. Faktory mající vliv na vyrovnávání s bezdětností

Nedobrovolná bezdětnost je pro páry značně zátěžová situace. Společný sen, který si partneři představovali, se najednou začíná vytrácet. Přesto ale někteří jedinci prožívají tuto situaci lépe než jiní.

Přijetím nedobrovolné bezdětnosti se ve své studii zabývali Matthews a Matthews (1986), kteří zkoumali změnu postojů partnerů ke své bezdětnosti, přestrukturování svého sebepojetí a vlastní identity a přizpůsobení se nové roli.

Autoři (Matthews, Matthews 1986) upozorňují, že většina nedobrovolně bezdětných párů očekávala, že se stanou rodiči a společný rodinný život pokládaly automaticky za součást svého života. Rodičovství pro ně bylo něco samozřejmého, stejně tak jako pro jejich okolí, které po svatbě očekává, že se páru narodí dítě. Pro většinu partnerů je dítě potvrzením jejich vztahu, něco co dává smysl nejen společnému soužití, ale i jejich životu jako takovému. Pro partnery bývá zjištění vlastní neplodnosti velmi bolestivé, a proto si často pokládají otázky, pro co mají nyní žít a pro co mají ještě zůstávat spolu. Aby mohli být partneři i přes svou bezdětnost spokojení, musí být schopni svou neplodnost přijmout, vyrovnat se s ní a najít jiný cíl svého života. Musí předefinovat svůj vztah a dát mu nový smysl, aby věděli, že přesto stojí za to být spolu.

Pro jedince, který si celý život přeje být rodičem, je velmi obtížné smířit se s tím, že to není možné. Role rodiče je jedna z významnějších rolí, které ve svém životě člověk má a která definuje, kdo vlastně je. To, jak se neplodný jedinec dokáže této role vzdát, záleží na tom, jak se s ní v průběhu svého života identifikoval a zda má možnost tuto roli nahradit nějakou jinou, také subjektivně významnou (Matthew, Matthews, 1986).

Neplodnost páru má rovněž významný vliv na vzájemné soužití partnerů. To, jakým způsobem budou partneři ovlivněni, závisí na výsledcích léčby a jejím trvání (pokud žena otěhotní krátce po nasazení léčby, je vliv nedobrovolné bezdětnosti na partnerský vztah minimální). Léčba neplodnosti bývá velmi fyzicky i psychicky náročná, narušuje soukromí partnerů a nařízení lékařů vstupují i do nejintimnějších chvil páru (Matthews, Matthews, 1986).

Velkou roli hraje také způsob řešení bezdětnosti (adopce, umělé oplodnění), pro které se partneři rozhodli, a zda je toto řešení pro oba partnery akceptovatelné. Velký vliv má sociální okolí partnerů, jejich postoj, podpora či naopak případná stigmatizace (Matthews, Matthews, 1986).

Matthews a Matthews (1986) zjistili zajímavý rozdíl mezi nedobrovolně a dobrovolně bezdětnými ženami. Nedobrovolně bezdětné ženy mají tendenci vysvětlovat, proč jsou

bezdětné a za svou bezdětnost se často omlouvají. Narozdíl od nich dobrovolně bezdětné ženy nebo ty, které se již se svou bezdětností vyrovnaly a objevily výhody, které jim bezdětnost přináší, tuto tendenci nemají. Autoři to vysvětlují tím, že nedobrovolně bezdětné ženy vnímají bezdětnost jako něco špatného a sobeckého a tím, že zdůrazňují, že za ni nemohou, chtějí samy sebe očistit před těmito charakteristikami.

Chce-li nedobrovolně bezdětný pár žít spokojený život, musí nějakým způsobem změnit postoj ke svému životnímu údělu i pohled na sebe sama. To nebývá jednoduché, ale i v této situaci mají partneři více možností, pro které se mohou rozhodnout. Partneři se mohou pokusit najít na bezdětnosti něco pozitivního, věnovat se jiným aktivitám, své práci nebo jeden druhému, smířit se tedy s bezdětností, což ale vyžaduje přestat se identifikovat s rolí rodiče. Pokud je však pro partnery role rodiče tak důležitá, že se jí nedokáží vzdát, mají možnost v roli rodiče zůstat a stát se adoptivním rodičem. Pak jen záleží na tom, jak pro ně bude akceptovatelná tato varianta (Matthews, Matthews, 1986).

6.1.1. Faktory, které mají na přijetí bezdětnosti negativní vliv

Překážkami, které musí neplodné ženy překonat, snaží-li se smířit s nedobrovolnou bezdětností, se zabývala ve své práci Kirkman (2003). Kirkman (2003) pracovala narativním způsobem s 31 australskými ženami a zjišťovala, s jakými překážkami se ženy potýkají, snaží-li se dát svému životu jiný smysl než mateřství.

Narativní přístup, který Kirkman (2003) zvolila, předpokládá, že svůj život nežijeme pasivně, ale že objektivní události dáváme do vzájemných souvislostí a připisujeme jim nějaký význam. Události, které se v našem životě dějí, si nějak vysvětlujeme a nějak jim rozumíme. Kirkman (2003) zjišťovala, jakou roli hraje neplodnost v životním příběhu žen, jaký dávají neplodnosti „smysl“, jak ji dokázaly zakomponovat do svého životního příběhu a proč se jim to případně nedaří.

Kirkman (2003) se zaměřila na kulturní a sociální faktory, které ženám znesnadňují smíření s bezdětným životem. Zjistila, že velkou roli hraje kult mateřství, který má v naší kultuře stále ještě velmi významný vliv na chování lidí a ovlivňuje jejich pohled na život ženy. Role matky je v dívkách upevňována již od útlého věku výchovou, když dostávají panenky a kočárky a jsou tak připravovány na to, jak být dobrou matkou. Je-li tedy žena neplodná, mívá často pocit, že je „méněcennou ženou“, protože ženství bývá v naší kultuře implicitně spojováno s mateřstvím. Některé ženy tak mají pocit, že jsou-li bezdětné, jsou „nenormální“.

Vliv má rovněž nedostatek vzorů žen, které nebyly matkami, absence jakéhosi „archetypu ne-matky“. Ženy mají pocit, že nejsou-li matkami, nejsou okolím vnímány jako plnohodnotné - není nic, co by na nich ostatní mohli oceňovat. Mají pocit, že bezdětné ženy jsou ostatními považovány za sobecké, bez hodnoty či nenávistné k dětem. Dokonce samy ženy ve výzkumu zmiňovaly, že se bojí, že se takovými stanou, když nebudou mít možnost vychovávat dítě, ať již vlastní nebo cizí (Kirkman, 2003).

Pro nedobrovolně bezdětné ženy je rovněž tíživý pociťovaný nedostatek podpory okolí a jeho pochopení. Partneři v nedobrovolně bezdětném vztahu se cítí stigmatizováni, a proto svoji neplodnost často tají. Mnoho partnerů cítí rovněž negativní tlak ze strany svých rodičů, kteří od nich očekávají vnoučata. Chce-li se však žena s nedobrovolnou bezdětností smířit a svou neplodnost zakomponovat do svého životního příběhu, je pro ni důležitá podpora sociálního okolí, zejména rodiny a přátel (Kirkman, 2003).

Vliv na smíření se s nedobrovolnou bezdětností má také nedostatek jiných cílů, které by ženy považovaly za smysluplné. Většinu věcí, kterými by mohly naplnit svůj život, považují v porovnání s mateřstvím za málo důležité a bezvýznamné (Kirkman, 2003).

Ženám často znesnadňuje přijetí své neplodnosti paradoxně i naděje, že se jim otěhotnět podaří, což posiluje zejména moderní technika, které mnoho žen bezmezně věří. Ženy neustále doufají, že se stane „zázrak“, a své úsilí investují do snahy otěhotnět. Možnost, že by se tomu tak nestalo, si často nepřipouštějí, a tedy se na ni nijak psychicky nepřipravují, nesnaží se přehodnotit smysl svého života. O to horší jsou pak dopady na jejich psychiku, když zjistí, že už mít děti skutečně nikdy nebudou, což se někdy stává až s příchodem menopauzy (Kirkman, 2003).

Prožívání stresu neplodných jedinců zvyšují rovněž některé osobnostní charakteristiky, strategie zvládání stresu a nedostatek sociální podpory. Rashidi, Hosseini, Beigi, Ghazizadeh, Farahani (2011) zjistili, že významnými prediktory stresu z neplodnosti je současná přítomnost strategie orientované na zvládání emocí, extraverze a obsendantně kompulsivní rysy u jedné osoby. Na druhou stranu prožívání stresu se signifikantně snižuje v případě, je-li jedinec extravertní, používá strategii zaměřenou na emoce, ale zároveň vnímá silnou sociální oporu.

Autoři Kraaij, Garnefski a Vlietstra (2008) zjistili, že depresivní symptomy spjaté s neplodností se zvyšují v případě, má-li jedinec tendence k ruminaci, obviňování sebe sama a k představování si katastrofických scénářů toho, co by se mu nejhoršího mohlo v jeho situaci stát. Autoři proto předpokládají, že v případě neplodnosti, by se terapie měla zaměřovat rovněž na postoj jedince k jeho nemoci a na jeho smýšlení o ní.

Přijetí neplodnosti, změna životního příběhu a nalezení jiných smysluplných hodnot, pro které je možné žít, je podmínkou pro to, aby nedobrovolně bezdětné páry mohly být spokojené samy se sebou i se svým životem takovým, jaký je. Tento úkol je však pro mnoho párů značně náročný a bohužel jen málo z nich se obrátí na odbornou pomoc, která by jim pomohla jej zvládnout.

6.1.2. Faktory, které mají na přijetí nedobrovolné bezdětnosti pozitivní vliv

Z druhé strany nahlížejí na zvládání nedobrovolné bezdětnosti autorky Dohertyová a Clarková (2006), které uvádějí několik aspektů, díky kterým mohou neplodné páry zvládat situaci lépe.

- Důležité je, aby měl pár **dostatek informací** jak o svých potížích, tak také o léčebných metodách, jejich účinnosti, rizicích a možných alternativách zvolené léčby. Má-li pár dostatek informací, může se svobodněji rozhodovat, jakou léčbu podstoupí a co již podstupovat nebude. Není natolik v pasivní pozici, protože má možnost se k postupu léčby vyjadřovat a zároveň nebývá tak často zaskočen výsledky, protože ví, co může očekávat.
- Dalším důležitým faktorem, který hraje ve vyrovnávání se se stavem neplodných důležitou roli, je zaujetí **správného postoje** ke své situaci. Autorky (Dohertyová, Clarková, 2006) doporučují, aby neplodní neobětovali léčbě neplodnosti své koníčky a aby jí nepodřizovali celý svůj život. Páry by měly pokračovat v běžných aktivitách, aby odvedly myšlenky, které jim často zcela automaticky neustále ubíhají k tématu neplodnosti. Výrazná změna dosavadních návyků, které člověk považoval za příjemné, vede k nespokojenosti, zvýšené tenzi a někdy i k jiným psychickým potížím, které léčbě neprospějí.
- Podle autorek (Dohertyová, Clarková, 2006) usnadňuje zvládání neplodnosti **vyhýbání se situacím, které jsou pro pár bolestivé**. Může se jednat o návštěvy rodin s dětmi nebo časté kontakty s těhotnými ženami. Neplodní by měli brát ohled na své vlastní potřeby a neměli by se zbytečně vystavovat situacím, které jejich psychickou nepohodu zhoršují.
- Stejně tak může párům usnadnit zvládání každodenních situací, připraví-li si předem **odpovědi na otázky týkající se jejich neplodnosti**. Reakce na bezdětnost páru nemusí být míněny zle, ale i přesto bývají partnery vnímány velmi bolestivě. Proto může být

značně úlevné, připraví-li si partneři nějakou frázi, kterou budou odpovídat a kterou dají jasně najevo, že se na dané téma nechtějí dále bavit.

- S negativními emocemi, které přirozeně tuto situaci doprovázejí, se partneři mohou vyrovnávat pomocí **deníku**, který si budou pravidelně psát a kterému budou svěřovat své emoce, které se neodváží svěřit ani svým nejbližším. Zároveň autorky (Dohertyová, Clarková, 2006) doporučují **sdílet emoce se svým partnerem**, protože jedině díky otevřené komunikaci si mohou partneři porozumět a mohou zvládat tuto situaci bez negativního vlivu na jejich vztah.
- Dalším důležitým faktorem, který může pomoci partnerům vyrovnat se se svou neplodností je **vymezení určité doby, kdy budou problém s plodností řešit**, ale mimo tyto chvíle na toto téma společně mluvit nebudou. Stejně tak je vhodné, aby si vymezili určité období, ve kterém zhodnotí dosavadní léčbu a proberou spolu další možnosti řešení.

Autoři Sabatelli, Meth a Gavazzi (1988) rovněž mapují faktory, které partnerům pomáhají se s nedobrovolnou bezdětností vyrovnat. Ve své kvantitativní studii zkoumali muže, ženy i páry, kteří se již nějakou dobu potýkají s neplodností. Autoři vycházeli z předpokladu, že nedobrovolná bezdětnost je výrazná stresová událost, ale že úroveň stresu, kterou partneři skutečně zažívají, souvisí s jejich postojem k neplodnosti a s dalšími aspekty jejich života.

S nedobrovolnou bezdětností se dokáží lépe vyrovnat ti partneři, kteří mají větší sebeúctu, dokáží neplodnost přerámovat a najít na ní něco pozitivního, mají interní locus of control a jsou aktivní při jejím řešení. Pozitivní vliv má rovněž větší význam, který pro ně má jejich profese, spokojenost a věrnost v partnerství. Pro společné soužití je prospěšné, dokáží-li si partneři najít jiný společný cíl, jiný důvod, proč chtějí být stále spolu. Partnerství také prospívá, mohou-li o problému otevřeně mluvit. Na druhou stranu ventilace svých frustrací a intenzivní emoční reakce mu příliš neprospívá. Negativní vliv má rovněž vyhýbání se řešení a popírání, že by mohli mít problém (Sabatelli, Meth, Gavazzi, 1988).

Mahajan, Turnbull, Davies, Jindal, Briggs, Taplin (2009) zjišťovali, které interpersonální a intrapersonální faktory pomáhají partnerům lépe se s nedobrovolnou bezdětností vyrovnat a které jim proces vyrovnání naopak znesnadňují. Autoři zjistili, že přijetí bezdětnosti pomáhá zejména náboženská víra, spokojenost v sexuálním životě a podpora ostatních členů rodiny. Negativní vliv má naopak vnímání dítěte jako nezbytné součásti partnerského vztahu a menší intimita v partnerství.

Gibson a Myers (2002) ve svém výzkumu zjistili, že značný pozitivní vliv na snížení stresu nedobrovolně bezdětných žen má sociální podpora jejího nejbližšího okolí a také možnost vychovávat děti v pěstounské péči.

Pinto –Gouveia, Galhardo, Cunha, Matos (2012) zkoumali, jaký vliv má flexibilita, schopnost akceptovat vnější události, sebelítost a copingový styl na schopnost vyrovnat se s nedobrovolnou bezdětností. Cílem autorů bylo zjistit, zda zmíněné mechanismy emoční regulace přispívají ke snížení deprese a ke zvýšení self-efficacy. Autoři došli k závěru, že psychologická flexibilita a schopnost akceptace životních událostí mají signifikantní vliv na snížení depresivních symptomů u mužů i žen léčících se s neplodností.

Remennick (2000) se zabývala specifickou skupinou neplodných žen a to židovskými neplodnými ženami v Izraeli. Tato země má značnou pronatalitní ideologii, a proto představuje bezdětnost pro ženu obvzlášť velké stigma. Většina těchto žen se ztotožní s národní ideologií a vnímá mateřství jako jedinou správnou věc, kterou může ve svém životě udělat. Tyto ženy pak rezignují na jiné životní cíle, kterých by mohly dosáhnout, a všechny své síly vloží do léčby neplodnosti. Autorka (Remennick, 2000) zkoumala, jaké faktory chrání neplodnou ženu před tím, aby se ztotožnila s tímto sociálním stigmatem, a umožňují jí věnovat se jiným životním cílům, které pro ni budou stejně hodnotné jako mateřství. Remennick (2000) zjistila, že méně často přijímají toto stigma ženy vzdělanější, nekonformní a ženy, které uvažují o kariérním životě.

Zajímavé jsou také poznatky studie autorů Roudsari a Allan (2011), kteří zkoumali vliv religiozity na prožívání neplodnosti u žen. Nábožensky orientované ženy považovaly neplodnost častěji za příležitost ke spirituálnímu růstu a většina z nich se shodla na tom, že je tato životní zkušenost nějakým způsobem obohatila. Tento pohled jim usnadnil zůstat sebevědomými a vypořádat se s negativními emocemi, které tato situace přináší. Tyto ženy se rovněž většinou se svými psychickými problémy neobracely na odborníky, ale spoléhaly se na svou víru.

Většina studií se tedy shodla na tom, že vliv na prožívání nedobrovolné bezdětnosti mají jednak strategie zvládání zátěžových situací, sociální prostředí, ve kterém partneři žijí, vztahy se sociálním okolím i mezi partnery samotnými a některé osobnostní rysy. Zjištění, že nezáleží pouze na objektivní situaci, ve které se pár nachází, ale na mnoha dalších faktorech, které jsou změnitelné, zvyšuje pravděpodobnost účinnosti psychologické pomoci, která může partnerům usnadnit situaci zvládnout.

6.2. Stres u neplodných párů

Vyrovnávání se s nedobrovolnou bezdětností je z velké části ovlivněno schopností partnerů zvládat stres. Neplodnost je bezesporu stresující událost, která vyvolává řadu psychických reakcí a výrazně narušuje psychickou pohodu. Neplodnost a její léčba má všechny charakteristiky, které jsou podle Atkinsonové et al. (2003) pro stresové situace typické.

- Pocit **neovlivnitelnosti** situace, jako jedna z charakteristik stresové situace, je pro neplodnost typická. Pár sice může zvyšovat pravděpodobnost početí návštěvami odborníků, případně dodržováním jejich rad, ale nikde není zaručeno, že tyto snahy povedou k úspěchu.
- Pocit **nepředvídatelnosti** stresové situace je během potíží s plodností rovněž běžný. Partneři většinou nepředpokládají, že by se jich mohla neplodnost týkat a bývají nemile překvapeni ve chvíli, kdy chtějí založit rodinu a neočekávají, že by jim tento plán nemusel vyjít.
- Pocit **nezvládnutelnosti** situace se může u neplodných párů objevit hned ve dvou variantách. Jednak se může jednat o pocit, že nezvládnou potřebnou léčbu a to ať již kvůli její fyzické, psychické nebo finanční náročnosti, tak také může hrát roli myšlenka, že se jim nepodaří neplodnost vyřešit, a strach z trvalé bezdětnosti.
- Pro neplodné páry mohou být nepříjemné také **změny** v jejich životě, které se s nedobrovolnou bezdětností objevily. Touto změnou může být napětí mezi partnery i mezi širším sociálním okolím, časté návštěvy ve zdravotnických zařízeních, nutnost dodržovat určitý režim a mnoho dalších požadavků, které k psychické pohodě partnerů většinou nepřispějí.

Stres může snižovat výkonnost v pracovním životě, může narušovat interpersonální vztahy, zhoršovat fyzické i psychické zdraví, protože snižuje odolnost bránit se nepříznivým vlivům z okolí (Sobotková, 2007).

Stres, který prožívají nedobrovolně bezdětné páry, způsobuje často konflikty v partnerství, snižuje sebedůvěru v sexuální oblasti, spokojenost se svým vlastním sexuálním výkonem a četnost sexuálních styků. Tím vším stres snižuje životní spokojenost bezdětných jedinců, která byla sice primárně způsobena nedobrovolnou bezdětností, ale sekundárně je spíše snižována jinými aspekty, které se zhoršily právě působením stresu (Andrews, Abbey, Halman, 1991).

Z těchto důvodů považujeme za důležité věnovat se nyní způsobům, jakými jsou neplodní partneři schopni stres zvládat. Vnímáme toto téma jako jedno ze stěžejních, které má vliv na schopnost partnerů se s nedobrovolnou bezdětností vyrovnat a žít spokojený život.

6.2.1. Strategie vyrovnávání se se stresem – coping styles

To, jakým způsobem se člověk dokáže s vlastní bezdětností vyrovnat, záleží mimo jiné na strategiích řešení a zvládání zátěžových situací. Pro některé lidi je zcela přirozené, že se snaží situaci řešit svými vlastními silami, jiným naopak vyhovuje postoj pasivní, a tak nějak očekávají, že za ně situaci vyřeší někdo jiný. Ti, kteří se rozhodnout vzít situaci do vlastních rukou a aktivně se podílet na jejím řešení, obvykle vyhledávají nejrůznější informace, shánějí terapeuty, o jejichž odbornosti se informují a na základě toho se pak rozhodují, ke komu půjdou a jaká léčba je pro ně nejpřijatelnější (Konečná, 2003).

Podle Atkinsonové et al. (2003) existují dvě hlavní formy zvládání stresových situací. Jedná se o strategii zaměřenou na problém a strategii zaměřenou na emoce.

- **Zvládání zaměřené na problém** spočívá ve snaze změnit situaci, která je příčinou stresu. Člověk se snaží nalézt alternativní řešení, která by mohla vést k minimalizaci stresové situace. Mění jak podmínky vnější, tak ale i své vnitřní nastavení, jako je například změna očekávání nebo snížení aspirační úrovně (Atkinsol a kol., 2003).
- **Zvládání zaměřené na emoce** je takový způsob zvládání, kdy jedinec zhodnotí, že stresující problém je v dané chvíli neovlivnitelný a tedy musí on sám pracovat se stresem, který mu situace způsobuje. K tomu může využít jednak behaviorální strategie, které zahrnují například tělesné cvičení, vybíjení vzteku, ale i pití alkoholu a užívání drog. Může použít také kognitivní strategie, které spočívají v přehodnocení situace, změnou významu situace, ale také ve vytěsnění problému z vědomí (Atkinsonová et al., 2003).

Způsoby zvládání stresové situace mohou být jak adaptivní, tak neadaptivní, které způsobují člověku ještě více stresu. Mezi neadaptivní strategie patří zmíněné pití alkoholu, vytěsnění problémů nebo ruminace - tedy neustálé zaobírání se stresory, které však k aktivnímu řešení problému vyvolaného stresorem nevede. Mezi adaptivní strategie se naopak řadí vyhledání emoční podpory u druhých lidí nebo ventilování negativních emocí (Atkinsonová et al., 2003).

Autoři Lechner, Bolman a Van Dalen (2006) zkoumali souvislost mezi styly zvládání stresu, spokojeností se sociální podporou a stresem spojeným s nedobrovolnou bezdětností.

Výsledky studie ukazují, že nedobrovolně bezdětné ženy si ve srovnání s běžnou populací žen více stěžují na svůj zdravotní stav, jsou úzkostnější a depresivnější, pociťují silný zármutek a jsou nespokojenější se sociální podporou.

Ženy zažívají častěji než muži depresi, úzkost, zármutek a více si stěžují na zdravotní potíže. Nedobrovolně bezdětní muži se od běžné populace mužů liší pouze v sociální podpoře, kterou vnímali jako menší (Lechner, Bolman, Van Dalen, 2006).

Autoři (Lechner, Bolman, Van Dalen, 2006) dále zjistili, že používají-li partneři pasivní styl zvládání stresu a podřizují-li své sexuální soužití plodným dnům ženy, pociťují nedostatek sociální podpory, bývají depresivnější, úzkostnější, více si stěžují na svůj zdravotní stav a jsou zarmoucenější. Naopak zármutek, deprese a úzkost se snižují, používá-li pár aktivní styl zvládání. Podle tohoto výzkumu je tedy výhodnější snažit se se stresem vyrovnávat aktivně, protože se tak sníží negativní emoce, které jedinec prožívá.

To, co může prospívat jednomu partnerovi, však nemusí mít pozitivní vliv na partnera druhého. Styly zvládání stresu v souvislosti s párovou dynamikou zkoumala studie autorů Peterson, Pirritano, Christensen a Schmidt (2008).

To, jakým způsobem člověk prožívá nedobrovolnou bezdětnost, nezáleží jen na jeho vlastních strategiích zvládání, ale také na způsobu, jak se se zátěží dokáže vyrovnat jeho partner. Peterson, Pirritano, Christensen a Schmidt (2008) realizovali výzkum, ve kterém zkoumali, jak strategie zvládání stresu jednoho z partnerů ovlivňují emoční prožívání nedobrovolné bezdětnosti partnera druhého. Tato studie je jedinečná právě v tom, že se nezabývala zvládáním situace jen na rovině individuální, ale vzala v úvahu partnerskou dynamiku, kterou zejména u tohoto tématu nelze opomíjet.

Autoři (Peterson, Pirritano, Christensen, Schmidt, 2008) pracovali se čtyřmi strategiemi vyrovnávání se se stresem: *active-avoidance coping* (jedinec se vyhýbá těhotným ženám a dětem, své pocity související s neplodností s nikým nesdílí, vykonává jiné aktivity s cílem utéci před myšlenkami souvisejícími s vlastní neplodností); *active-confronting coping* (jedinec sdílí své pocity a přijímá rady od svého okolí); *Passive-avoidance copings* (jedinec věří, že se stane zázrak a dítě mít bude); *meaning-based coping* (jedinec si našel jiné životní cíle a cítí, že nedobrovolná bezdětnost přispěla k jeho osobnímu růstu).

Výsledky ukázaly, že zvýší-li se stres jednoho z partnerů, zvýší se stres i u partnera druhého. Ženy prožívají při nedobrovolné bezdětnosti ve srovnání s muži signifikantně vyšší stres. S tím pravděpodobně souvisí i další poznatek výzkumu, že ženy zpravidla vyzkouší více strategií zvládání stresu než muži (Peterson, Pirritano, Christensen, Schmidt, 2008).

Používá-li jeden z partnerů *active-avoidance coping,* osobní, manželský a sociální stres jeho partnera se zvýší a to nezávisle na pohlaví. V párech, ve kterých partneři používají *active-avoidance coping* jen v malé míře, je ve srovnání s páry, které používají tuto strategii často, nízký osobní a manželský stres u mužů i u žen a muži zažívají i nízký sociální stres. Pokud oba partneři používají *active-avoidance coping* ve vysoké míře, může to vést k izolaci páru a nedostatku sociální podpory (Peterson, Pirritano, Christensen, Schmidt, 2008).

Pokud používají ženy *active-confronting coping,* manželský stres u mužů vzroste (Peterson, Pirritano, Christensen, Schmidt, 2008). Tento fakt je možné interpretovat odlišným způsobem ve vyjadřování emocí u mužů a u žen, který je typický pro západoevropskou kulturu. V této kultuře je běžné a považuje se za „normální", že muži své emoce nevyjadřují, že nemohou ukázat svou „slabost", protože to není „mužné". Naopak u žen je emotivita, citlivost a vyjadřování emocí společensky tolerováno a je to považováno za „typicky ženské". S těmito gender stereotypy jsou lidé seznamováni již od dětství a postupně přebírají vzorce chování, které jsou s nimi svázány. Proto je možné (a vysoce pravděpodobné), že se muži necítí dobře, sdílí-li žena svůj smutek a obavy ohledně neplodnosti se svým okolím. Vzhledem k tomu, že se neplodnost týká celého páru, může mít muž pocit, že sdílí-li žena problémy s neplodností s okolím, nemluví jen o sobě a svých pocitech, ale také o něm a jeho emocích, které on však najevo dávat nechce. Žena tak z partnerova pohledu narušuje intimitu páru a mluví o něčem, co by mělo zůstat jen mezi nimi. To může vést k nesouhlasu se svou partnerkou a následně k manželskému stresu. Sdílení potíží s vlastní neplodností může být pro muže náročnější, než v případě jiných potíží, protože může mít pocit, že neplodnost je důkazem o jeho nedostatečné „mužnosti" a má tak strach ze sociální stigmatizace. Používání *passive-avoidance coping* nemá signifikantní vliv na stres druhého partnera. To je způsobeno pravděpodobně tím, že se tato strategie neprojevuje na behaviorální úrovni a tedy s ní druhý partner nebývá konfrontován (Peterson, Pirritano, Christensen, Schmidt, 2008).

Pokud jeden z partnerů používá *meaning-based coping*, sníží se manželský stres u mužů, ale vzroste sociální stres u žen. Tento fakt může mít mnoho příčin, jednou z nich může být, že mateřství je v naší společnosti přikládán větší význam než otcovství a není-li žena matkou, má to pro ni negativnější sociální dopad než pro muže, který není otcem. Cítí-li tedy žena, že narození dítěte není pro muže tak důležité jako pro ni, může mít strach, že muž nebude chtít pokračovat v náročné léčbě, čímž ji vezme naději stát se matkou a její postavení ve společnosti vrstevnic, které již matkami jsou, se v jejích očích sníží (Peterson, Pirritano, Christensen, Schmidt, 2008).

Pokud však přestane žena vidět v narození dítěte jediný smysl svého života, vede to u mužů ke snížení manželského stresu a to pravděpodobně na základě snížení osobního stresu ženy, která předefinovala svůj životní cíl a pravděpodobně tedy přestává ventilovat své negativní emoce v manželství, což muži často považují za velmi psychicky náročné (Peterson, Pirritano, Christensen, Schmidt, 2008).

Jedna a ta samá strategie zvládání stresu může být prospěšná pro jednoho partnera, ale pro jeho protějšek může být naopak zdrojem stresu. Páry, ve kterých jeden z partnerů považuje za účinný způsob, jak se zbavit stresu, ventilaci emocí, ale naopak pro jeho partnera bude tato strategie bolestivá, si mohou partneři svými protichůdnými strategiemi navzájem zvyšovat stres, který z prožívání neplodnosti plyne (Peterson, Newton, Rosen, Schulman, 2006).

Schmidt (2009) považuje za užitečné aktivní řešení, které zahrnuje i práci s vlastními emocemi a které vede ke snížení stresu a lepší adaptaci, zatímco únikové strategie, kdy se jedinec konfrontaci s problémem i jeho řešení vyhýbá, vedou podle autora ke snížení psychického i fyzického well-beingu.

Jordan a Reverson (1999) vycházeli ve své studii z předpokladu, že když prožívají ženy i muži neplodnost páru odlišně, je pravděpodobné, že budou existovat genderové rozdíly v preferenci určité strategie vyrovnávání se se stresem. Ve své studii zjistili, že ženy používají mnohem častěji než jejich partneři následující strategie vyrovnávání se se stresem: hledání sociální podpory ve svém nejbližším okolí; snaha vyhýbat se situacím, které by vedly ke konfrontaci s bolestivým tématem, plánování možných řešení problému a pozitivní přehodnocení problému.

Studie autorů Lykeridou, Gourounti, Sarantaki, Loutradis, Vaslamatzis a Deltsidou (2011) dokládá, že tendence se problému aktivně vyhýbat, zvyšuje úzkost, kterou jedinec v neplodném páru prožívá. Stejně tak má negativní vliv i pasivní vyhýbání se problému, které zvyšuje osobní stres i stres v manželství.

Strategie zvládání stresu, které jsou založeny na vyhýbání se konfrontaci s bolestivým tématem, vedou většinou spíše k většímu stresu a naopak strategie, kterými se partneři s neplodností aktivním způsobem snaží vyrovnat, jako například zpracovávání emocí s tím souvisejících, strategie snažící se vyřešit bezdětnost nebo jen pouhé sdílení obav se svým sociálním okolím, vedou naopak k poklesu stresu a ke snížení depresivních symptomů. Rovněž je typické, že partneři, především ženy, nejsou ovlivněny jen svou vlastní strategií zvládání, ale i strategií svého partnera (Berghuis, Stanton, 2002).

Strategie zvládání stresu se utváří během života jedince na základě jeho zkušeností, podle toho, co zažil on sám i co mohl vidět ve svém okolí. Jedná se o strategie, které jsou naučené, a ačkoliv vzhledem k délce doby, po kterou byl jedinec zvyklý tyto strategie používat, bude obtížné je změnit, není to nemožné. I v tomto případě může být namístě psychologická intervence.

6.3. Neplodnost a smysl života

Většina osob toužících po dítěti, vidí v založení rodiny a péči o děti smysl svého života, ke kterému směřovali celý svůj dosavadní život a je pro ně tedy obtížné se této hodnoty najednou vzdát a hledat smysl jiný. K odpovědi na otázku, zda může mít neplodnost v životě jedince nějaký smysl, se mohou některé páry dopracovat až po určité době marných snah o otěhotnění a většinou až poté, najdou-li nějakou alternativní cestu, kterou se mohou ve svém životě ubírat.

Člověk ve svém životě smysl potřebuje. Frankl (2006) píše o svých zkušenostech z koncentračního tábora, kde zjišťuje, že i takovéto mezní situace v životě člověka se dají přežít, má-li člověk pro co žít. A naopak má-li člověk ve svém životě objektivně všechno, je bohatý, úspěšný a vlastně se mu „nic zlého neděje“, může subjektivně prožívat nesnesitelná muka, protože nemá pro co žít.

Frankl (1999) říká, že není nikde psáno, co má člověk dělat, aby jeho život měl smysl. Každý život člověka je jedinečný a každý v něm tedy musí najít svůj subjektivní smysl. Podle Frankla (1999) prožívá člověk svůj život jako smysluplný, naplňuje-li jednu z největších hodnot. Mezi tyto hodnoty řadí prožitek - opravdový lidský zážitek jako je partnerská láska nebo právě láska mateřská. Viděl-li pár svůj smysl života v rodičovské lásce, v péči o děti, tedy v naplňování právě této prožitkové hodnoty, je jasné, že v případě, nemůže-li být naplněna, zažívá pocity ztráty smyslu života, beznaděje a zbytečnosti. Lidé by však neměli zapomínat, že prožitkové hodnoty nejsou jedinými hodnotami, díky kterým může člověk prožívat svůj život jako smysluplný.

Další hodnotou je tvořivá práce, která však není vykonávána rutinně, jen pro práci samotnou nebo jen pro svůj osobní zisk, ale s ohledem na druhé, kterým má prospět. Tuto hodnotu mohou lidé vykonávat ve svém každodenním zaměstnání, ať již dělají cokoliv. Podle Frankla (1999) nezáleží na tom, o jakou práci se jedná, ale jaký postoj k ní jedinec má.

Největší hodnotou jsou podle Frankla (1999) tzv. postojové hodnoty, které se vztahují k tomu, jaký člověk zaujme postoj k utrpení, vině nebo smrti. Podle Frankla (1999) je člověk svobodná bytost, která si sice nemůže vybírat, do jakých situací ji život zavede, ale vždy se může rozhodnout, jaký postoj ke své životní situaci zaujme.

Nemožnost mít vytoužené dítě patří jistě mezi tyto krajní situace, se kterými se často člověk nemůže vyrovnat jinak než postojem, který k utrpení zaujme. Člověk by měl přijmout situaci takovou, jaká je, neutápět se v bezmocnosti a žít v rámci možností plnohodnotný život. Měl by se pokusit nalézt něco, co mu utrpení přineslo, a to se pokusit využít ve prospěch svůj i ostatních.

Podle této teorie může neplodný pár naplňovat svůj životní smysl prostřednictvím všech hodnot, které Frankl zmiňuje. Prožitkových hodnot pár sice nemůže dosáhnout prostřednictvím lásky rodičovské, ale může je naplňovat láskou partnerskou nebo přátelskou. Pro naplňování hodnoty tvůrčí prací mají neplodní partneři dokonce více příležitostí než páry s dítětem, protože čas, který musí rodiče věnovat svým dětem, oni mohou věnovat činnosti, která bude prospěšná ostatním a která je samotné naplňuje.

Některé neplodné páry například využily svůj životní osud k tomu, že vytvořily nadace či občanská sdružení, která pomáhají párům s podobnými problémy (Konečná, 2003). Svými snahami se partneři sice k dítěti nedostali, ale páry, kterým pomohli vypořádat se se složitou situací, by jejich život za nesmyslný určitě neoznačily.

Co se týče postojových hodnot, tedy hodnot, které Frankl považoval za obzvlášť významné, neplodný pár může naplňovat tyto hodnoty právě způsobem, jaký postoj zaujme ke své neplodnosti, k nemožnosti mít děti a splnit si tak svůj životní sen.

Podle Franklovy teorie tedy není neplodný pár ochuzen od prožívání svého života jako smysluplného, naopak může mít větší volnost ve výběru hodnoty, kterou bude naplňovat. Rozhodující je pro tyto páry postoj, který ke své neplodnosti zaujmou a zda se rozhodnou strávit svůj život nekončícím truchlením nad ztrátou možnosti mít dítě nebo jej využijí k aktivitám, kterým by se s dítětem nemohly tak intenzivně věnovat.

Uvedli jsme různé faktory, které pozitivně či negativně ovlivňují proces vyrovnání se s neplodností a následnou nedobrovolnou bezdětností. Tento proces je velmi náročný a proto se domníváme, že by jej mnoha párům mohla usnadnit intervence odborníka. V následující kapitole se budeme věnovat možnostem psychologické pomoci nedobrovolně bezdětným partnerům.

7. PSYCHOLOGICKÁ POMOC NEDOBROVOLNĚ BEZDĚTNÝM PÁRŮM

Ačkoliv v dnešní době je psychologická pomoc vyhledávána více, než tomu bylo v minulosti, stále se mnoho lidí potýká s předsudky, kvůli kterým odbornou psychologickou pomoc nevyhledají ani v případě, kdy už sami nevědí, jak dál. Podle Konečné (2003) není výjimkou, že lidé považují kontaktování odborné pomoci za projev neschopnosti řešit si sami vlastní problémy. Mnoho z nich uznává, že psychologická pomoc může přispět k lepší orientaci v problému, nalezení vhodných řešení pro konkrétní osobu, že se člověk může vypovídat se ze svého trápení a být u někoho, kdo mu bude skutečně naslouchat, ale většinou předpokládají, že oni dokáží najít tyto věci ve svém sociálním okolí.

Z toho můžeme usuzovat, že ačkoliv si lidé přínosy psychologické pomoci uvědomují, sami ji často nevyhledají, pravděpodobně kvůli předsudkům, které vůči ní stále ještě někdy mají, které by se však mohly snížit, kdyby psychologická péče byla samozřejmou součástí léčby neplodnosti a nikoliv něco, co si musí partneři vyhledat sami v případě, kdy si připustí že „selhali“ a že „nejsou schopni“ situaci zvládnout sami.

7.1. Terapie nedobrovolně bezdětných párů

Cílem terapie nedobrovolně bezdětných párů je pomoci partnerům překonat období, ve kterém se ztrátou možnosti mít dítě trápí nejvíc a pomoci jim dosáhnout běžného fungování i přesto, že vytoužené dítě nemají. Partneři jsou vedeni k tomu, aby změnili svůj vlastní sebeobraz, který bývá následkem neúspěšné léčby velmi negativní, pracuje se na zlepšení partnerských vztahů i vztahů s přáteli a rodinou, kteří se rovněž musí s neplodností páru svým způsobem vyrovnat.

Eunpu (1995) vymezila několik pravidel, kterými by se měl řídit terapeut pracující s neplodným párem.

- Terapeut by měl pracovat s oběma partnery společně, měl by je brát jako nedělitelnou jednotku a to proto, že neplodnost je považována za nemoc páru a tedy by se měla i na úrovni páru řešit.
- Terapie by měla zahrnovat edukační složku a to jednak o možnostech léčby neplodnosti, aby se mohli partneři rozhodnout, jakou léčbu zvolí, jak dlouho v ní budou

setrvávat a kdy ji případně ukončí. Ale také by měli být informováni o alternativních způsobech založení rodiny jako je například adopce.

- Partneři by měli získat výcvik asertivity, aby mohli efektivněji a bez obav komunikovat s odborníky ve zdravotnických zařízeních, ptát se jich na rozšiřující informace, žádat obeznámení s možnými riziky i dalšími alternativami zvolené léčby.
- Poradenství by mělo být podpůrné a mělo by být vedeno s ohledem na potřeby a cíle konkrétního páru.
- Terapeut by měl rovněž partnery seznámit s technikami zvládání stresu, které jim mohou být užitečné zejména v období léčby neplodnosti.
- Partneři by měli být vedeni k vyhledávání přirozených zdrojů sociální podpory, jako jsou rodiče či přátelé. Doporučena může být třeba také biblioterapie či jiné techniky, se kterými má terapeut pozitivní zkušenosti a které jsou pro konkrétní pár vhodné.

7.2. Způsoby psychologické pomoci

Některé nedobrovolně bezdětné páry se snaží vyrovnat se svým problémem samy, jiné využívají pomoci rodiny nebo přátel, některé se rozhodnout vyhledat odbornou pomoc.

Často vyhledávanou pomocí je podle Millera (2009) **poradenství**. Klienti většinou žádají o radu ohledně některých svých rozhodnutí nebo se chtějí naučit některé strategie, které by jim pomohly prožívaný stres zvládnout. Podle autora (Miller, 2009) by partneři ideálně měli začít navštěvovat psychologické poradenství ještě předtím, než se začnou s neplodností léčit, protože mnoho studií dokládá, že psychologická pomoc snižuje úzkost, stres a depresi, které mohou mít negativní vliv na pravděpodobnost početí. Během této formy pomoci získávají klienti také informace o tom, jak zlepšit komunikaci se svým okolím (Miller, 2009).

Další možností psychologické péče **je psychoterapie**. Zejména interpersonální a behaviorální psychoterapie mohou partnerům pomoci zbavit se lehké a středně těžké deprese. Na depresi a úzkost pomáhají jak individuální, párové, tak i skupinové terapie (Miller, 2009).

Páry vstupují do terapie většinou ve chvíli, kdy jsou zděšeny svou diagnózou nebo poté, co se nějakou dobu léčily, ale již ztrácejí naději, protože zjistily, že i lékařské technologie mají své limity (Shapiro, 2009).

Terapie bývá nejúčinnější tehdy, když se jí účastní oba partneři. Mohou tak společně truchlit nad ztrátou, seznámit se se způsobem, jak nahlíží na situaci ten druhý a lépe rozumět nejen pocitům svým, ale i pocitům a následným reakcím svého partnera. Účinné je také

rozeznání nevhodných vzorců chování, které se mohou v párové interakci rozvinout. Tím, že na ně terapeut upozorní a seznámí partnery s jinými způsoby vyjadřování svých potřeb, které budou pro oba přijatelné, sdílené emoce nebudou tak zraňující, ale budou moci být vyjádřeny, čímž se partnerům uleví a zároveň druhý partner bude vědět, co aktuálně prožívá jeho protějšek. Jsou-li v terapii oba partneři, je důležité, aby se terapeut zabýval emocemi obou z nich. Ženy většinou vstupují do terapie kvůli pocitům ztráty, zármutku a někdy i vzteku, ale muži často své emoce potlačují a snaží se neustále podporovat svou partnerku. Terapeut by se měl tedy postarat, aby měl každý prostor pro své vlastní prožitky (Shapiro, 2009).

Zda je pro neplodný pár vhodnější **terapie párová nebo individuální** záleží na okolnostech konkrétního páru. Individuální terapie je vhodná ve chvíli, potřebuje-li si jeden z partnerů nebo oba dva řešit nějaký intrapersonální problém, například depresi či jiné psychické dysfunkce, které byly potížemi s neplodností spuštěny či zesíleny, ale hlavní kořeny mají jinde. Individuální terapie se věnuje zejména tématům identity, významu neplodnosti v životě či v předefinování vlastního já (Eunpu, 1995).

Párová terapie se od té individuální liší zejména v tématech, která se během sezení probírají. Nejčastěji se řeší způsoby komunikace, řešení konfliktů a často se zaměřuje na diagnostiku a změnu interakce, která se následkem těžkých situací v páru rozvinula. Partneři se učí vzájemně se respektovat, naslouchat si a chápat se. Řeší se sexuální dysfunkce, proces truchlení, který by měl být vyhovující pro oba partnery a předefinování jejich partnerství tak, aby jej považovali za naplněné a smysluplné i bez dítěte (Eunpu,1995).

Účinné jsou rovněž různé **relaxační techniky**, díky kterým se mohou partneři zbavit stresu, který jejich neplodnost provází. Používají se zejména techniky řízené imaginace, hlubokého dýchání nebo jóga (Miller, 2009).

V zahraničí jsou neplodným párům nabízeny **skupinové psychoedukační programy**, kde dostávají informace, jak se nejlépe vyrovnat s obtížnou situací, jaké mají možnosti léčby a jaká rizika léčba obnáší. Zároveň mají příležitost setkat se s lidmi, kteří se potýkají se stejnými problémy, a tak s nimi mohou své prožitky sdílet snadněji, než s někým, kdo takové zkušenosti nemá. Dále jsou páry seznamovány s individuálními behaviorálními technikami, které jim pomáhají zvládat své úzkosti, ať již souvisejí s neplodností či nikoliv (Sobotková, 2007).

Nedobrovolně bezdětným párům pomáhají také mnohá občanská sdružení a nadace, které jim poskytují informace a psychologickou pomoc, dále informují širokou veřejnost o této problematice a snaží se prosazovat práva jedinců se sníženou plodností v lékařském,

vědeckém a politickém prostředí, což má dopad na pokračování výzkumu v této oblasti, financování nových metod a jejich proplácení zdravotními pojišťovnami (Konečná, 2003).

Psychologická pomoc neplodným párům by se ideálně měla realizovat ve spolupráci s lékaři, a tak docílit požadavku komplexních biopsychosociálních služeb. Psycholog by měl být běžnou součástí týmu center asistované reprodukce, a tak doplnit somatickou léčbu, která je párům poskytována a která je také obvykle primárně vyhledávána (Sobotková, 2007).

7.3. Druhy terapie

Rozhodnou-li se partneři nastoupit do terapie, přirozeně přemýšlí, ke komu a kam budou docházet. Většina z nich však nerozlišuje mezi tím, jaký psychoterapeutický směr psycholog, jehož péči vyhledali, zastává, zda jim tento přístup bude vyhovovat a zda je vhodný pro jejich problém. Partneři se často rozhodují podle svých finančních a časových možností, podle místa, kde odborník pracuje nebo podle toho, zda mají nějaké doporučení od známých nebo zdravotnického personálu.

Vzhledem k tomu, že rozdíly mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry jsou patrné a liší se také ve své účinnosti na konkrétní potíže, považujeme za odpovědnost psychoterapeuta, aby dokázal posoudit, zda právě on se svým přístupem dokáže nedobrovolně bezdětným párům pomoci.

Autorky Mosalanejad a Koolee (2013) zkoumaly, jak účinná je logoterapie v práci s neplodnými páry, jejichž cílem je snížit úroveň stresu a množství obav, se kterými se v souvislosti s neplodností potýkají. Studie, která byla realizována na vzorku 800 neplodných párů v Iránu, potvrdila, že je logoterapie účinná ve snížení stresu, obav a dalších symptomů jak u mužů, tak u žen. Během terapie si páry osvojily schopnost zvládnout své problémy prostřednictvím postoje, který k nim zaujmou, a nacházením smyslu ve svém životě.

Studie rovněž ukázala, že spirituální dimenze má v životě lidí důležitou pozitivní funkci. Páry, které vnímaly spiritualitu ve svém životě jako významnější, zvládaly léčbu po fyzické stránce lépe, než páry ostatní. Podle autorek (Mosalanejad, Koolee, 2013) je logoterapie a spirituální orientace v terapii obecně důležitou součástí v každé fázi léčby neplodnosti, ve které se pár nachází.

Kognitivně-behaviorální terapií v souvislosti s léčbou neplodnosti se zabývaly autorky Myers a Wark (1996). Podle nich je důležité, aby během kognitivně-behaviorální terapie s neplodnými páry proběhly tři fáze léčby: posouzení situace, terapie a uzavření. Během první

fáze se terapeut seznamuje se sociálním zázemím klienta, s fungováním jeho partnerského vztahu a s jeho osobním pohledem na situaci. V terapeutické fázi zjišťuje terapeut, co pro klienta znamená neplodnost a manželství a jak je schopen zaměřit se na alternativní cíle a zda by mu mohly přinést životní spokojenost. V dalších oblastech života klienta hledá terapeut společně s klientem možné zdroje, díky kterým by klient mohl situaci lépe zvládnout. Dále je v této fázi zkoumána partnerská komunikace, způsoby řešení problémů a vyjadřování emocí. Terapie se zaměřuje na překonání partnerské krize a zlepšení sexuálního života partnerů.

Terapie by měla být komplexní a měla by partnerům usnadnit zvládání jejich aktuální situace se všemi jejími negativními aspekty, se kterými se neplodné páry sekundárně setkávají, jako jsou omezené sociální vztahy nebo problematický sexuální život. Silnými stránkami kognitivně-behaviorální terapie je podle autorek (Myers, Wark, 1996) její práce s chováním, kognicí a emocemi, které se vzájemně ovlivňují, a odmítají popisování této terapie jako příliš chladné, a tedy pro tento typ klientů nevhodné.

Kognitivně-behaviorální terapie se může zabývat všemi tématy, která bývají v situaci bezdětných partnerů stěžejní, jako je sebeúcta, partnerský závazek, přijetí situace a vyrovnání se s ní, sexuální fungování a sociální podpora – má tedy potenciál věnovat se tématům individuálním, partnerským, rodinným i sociálním (Myers, Wark, 1996).

Ať již je psychoterapeut, který o pár pečuje jakéhokoliv zaměření, měl by se při práci s nedobrovolně bezdětnými partnery snažit porozumět jejich situaci, naučit je technikám zvládání stresu, poskytnout dostatek informací a snažit se, aby si partneři udrželi pozitivní sebehodnocení i hodnocení svého partnera. Pro neplodný pár může být také užitečné zapojení do podpůrné skupiny, kde se mohou setkat s lidmi v podobné situaci (Sobotková, 2007).

Myslíme si, že ve svém důsledku není natolik důležité, v rámci kterého psychoterapeutického směru terapeut pracuje, ale zda je schopen přizpůsobit svůj styl vedení terapie potřebám partnerů, naladit se na ně a posoudit, zda je schopen právě této dvojici pomoci, a pokud zjistí, že není, měl by jim doporučit jiného odborníka, který podle jeho názoru bude pro ně vhodnější.

7.4. Témata v terapii nedobrovolně bezdětných párů

Vyhledávají-li lidé kvůli svým životním krizím, nemocem a problémům odbornou pomoc a řeší-li s odborníkem své problémy, jsou jejich potíže na jednu stranu specifické a individuální, ale zároveň můžeme najít některá typická témata, která lidé, nacházející se

v podobné životní situaci, většinou řeší. To se týká také problematiky nedobrovolné bezdětnosti. Situace každého páru je specifická, závislá na mnoha faktorech, jako je konkrétní diagnóza neplodnosti, postoj sociálního okolí, vzájemný vztah partnerů nebo jejich osobnostní charakteristiky. Přesto nyní uvedeme témata, které se v terapii nedobrovolně bezdětných párů často objevují.

Častým tématem u žen bývá prožívání **depresivních stavů a zármutku** a to jak během léčby neplodnosti, tak také po ní, byla-li neúspěšná. Jejich stav většinou začíná pocity šoku a odmítání zjištěné diagnózy, pak následuje přijetí a léčba a poslední fází bývá očekávání a naděje do budoucnosti (Hart, 2002).

Mnohé páry mají během léčby pocit, že jejich emoce jsou natolik silné, že už ani nemohou být normální, že se pod tlakem této náročné události zbláznily. Úkolem terapeuta je tedy **normalizovat pocity partnerů**, které zažívají, a které vedou k pochybnostem nad vlastním duševním zdravím a následně pak ke zvýšení stresu. Terapeut vede partnery k tomu, aby si odpustili, aby si nekladli za vinu, že mají problémy s plodností a aby se dokázali smířit sami se sebou. Terapeut normalizuje také pocity vzteku, hněvu a agrese, které pro mnohé lidi bývají jen těžko slučitelné s představou o sobě samém, kterou si během svého života vytvořili. Terapeut vybízí páry, aby v sobě tyto emoce nedržely, ale naopak jim nabízí bezpečné místo, ve kterém je mohou autenticky projevit, aniž by tím někomu ublížily (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Proces truchlení nad ztrátou nenarozeného dítěte bývá obtížněji uchopitelný, než zemře-li rodičům dítě. Situaci ještě ztěžuje, je-li neplodnost páru nevysvětlitelná, pravděpodobně proto, že je pro pár jen velice obtížné vzdát se naděje, že se jim otěhotnět podaří a projít tak plně procesem truchlení. Terapeut partnery tímto procesem provází, nabízí jim využití rituálů, které jim jej mohou usnadnit (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

V terapii, kde se pracuje se ztrátou dítěte, je třeba brát ohled **na různé potřeby partnerů**, které s událostí souvisí, a které mohou být často v rozporu. Někdo chce o problému mluvit, jiný raději mlčí, jeden dělá, jakoby se nic nestalo, zatímco druhý se potřebuje vyplakat. V takovýchto případech musí psycholog společně s partnery najít takovou strategii, která by byla pro oba přijatelná a která by oběma dovolovala odžít si svůj smutek (Sobotková, 2007).

Páry často zmiňují pokles nebo úplnou **ztrátu sexuálního uspokojení** od té doby, kdy se začaly s neplodností léčit (Hart, 2002). Williams, Bischoff a Ludes (1992) uvádějí několik způsobů, jak mohou partneři svůj sexuální život zlepšit.

Jedním z nich je vyslyšení sexuální historie partnerů s cílem objevit sexuální dysfunkci některého z nich, se kterou je pak možné dále pracovat. Některým párům pomůže pouhá informace, že jejich situace není neobvyklá, že mnoho párů, které mají problémy s neplodností, musí rovněž řešit sexuální potíže. Další možností je najít společně způsoby, díky kterým by byli partneři opět schopni mít ze sexu uspokojení - pomoci mohou vzájemné doteky a vyjadřování lásky bez úmyslu souložit; milovat se bez primárního cíle počít dítě, což může partnerům pomoci přestat vnímat sex jako prostředek početí, ale jako intimní partnerskou záležitost. Tato metoda může pomoci zejména těm párům, které se vyhýbají souloži právě z důvodu, že jim připomíná jejich marný boj o početí dítěte (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Další technikou, kterou autoři (Williams, Bischoff, Ludes, 1992) zmiňují, je vytvoření jakéhosi rozpisu dnů, kdy pár bude společně souložit. Díky pevně daným dnům se partneři zbaví případné úzkosti, jak často by se měli s partnerem milovat, aby byl spokojen a naopak dny, kdy soulož nebude, nebudou ani jedním z nich vnímány jako odmítnutí.

Potíže v sexuálním životě mohou být způsobeny sníženou sebeúctou, která souvisí s úzkým spojením mezi neplodností a sexualitou, které mnoho lidí vnímá. Terapeut může partnerům pomoci vyvrátit víru v tento mýtus, čímž se následně zvýší i jejich sexuální spokojenost (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Některým párům pomáhá se s nedobrovolnou bezdětností vyrovnat, podaří-li se jim prožívanou situaci **spirituálně zarámovat** a najít ve svém utrpení určitý smysl. Víra jim přináší emocionální podporu, kterou v této náročné situaci potřebují. Je však důležité, aby partneři akceptovali význam, který má neplodnost pro jejich protějšek, v nejlepším případě, aby se na jejím spirituálním podtextu shodli. Diskuze na téma, co pro ně neplodnost znamená, může být snazší, probíhá-li v bezpečném prostředí terapie a partneři jsou vedeni k tomu, aby otevřeně o svých názorech mluvili a snažili se akceptovat názory druhého (Hart, 2002).

Jedním z témat může být také **délka léčby pomocí umělého oplodnění** a její případné ukončení. Terapeutické sezení je opět bezpečným prostorem, kde mohou partneři toto téma řešit a terapeut jim může pomoci sestavit rozvrh a čas jednotlivých procedur a najít případné zlomové body, kdy by měli probrat, kam budou léčbu dále směřovat (Hart, 2002).

Partneři často probírají **další možnosti řešení neplodnosti** jako je adopce nebo trvalá bezdětnost. Nejprve se snaží přijmout fakt, že nebudou mít biologicky vlastní dítě, poté probírají jednotlivé možnosti a diskutují o jejich přijatelnosti. Terapeut může partnery učit nejrůznějším komunikačním dovednostem, aby jejich rozhovor byl efektivnější nejen v dané

situaci, ale i případné další rozhovory. Učí je komunikovat otevřeně a tak, aby rozhovor nebyl ani pro jednoho z nich zraňující (Hart, 2002).

Dalším tématem v terapii nedobrovolně bezdětných partnerů může být **proces rozhodování** týkající se například sdílení svých potíží s neplodností se svým sociálním okolím. Partneři řeší otázku, komu mají o svém problému říci, kolik informací mu o tom mají říci a zároveň se musí shodnout na takové míře sdílení, která bude vyhovovat oběma. Další rozhodování se týká léčby: mají-li započít léčbu; jakou léčbu; kdy je nejvhodnější ji ukončit; zda mají zažádat o adopci. Tato a mnohá další témata, o kterých se musí pár rozhodnout, bývají často náplní terapie neplodných partnerů. Řeší se nejen samotné rozhodnutí, ale je nutné probrat i všechny jeho důsledky pro oba partnery, protože se jedná o rozhodnutí, která jsou životně důležitá pro každého z nich (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Terapeut může usnadnit proces rozhodování například tím, že partnerům dodá potřebné informace, které zatím do svého rozhodování nezahrnuli, čímž nastíní problém v novém světle a poukáže na nové souvislosti, díky kterým se partneři někdy dokáží rozhodnout lépe. Dále může partnery naučit určité komunikační dovednosti a způsoby řešení konfliktů, které rovněž usnadní učinit společná rozhodnutí. Používány mohou být i nejrůznější metody, jako například zhotovení seznamu, kde pár sepíše pro a proti, které z každého rozhodnutí vyplývají, vizualizace každé z možností nebo utřídění si vlastních hodnot pomocí techniky nedokončených vět (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Během terapie se partneři seznamují **s významem neplodnosti pro jejich partnera** a s genderovými rozdíly, které neplodnost obnáší. Osvojení těchto znalostí může předejít pocitům nepochopení, bolesti a případným nedorozuměním, které odlišné prožívání neplodnosti mezi muži a ženami často přináší. Mužům bývá vysvětleno, jak důležité je pro jeho ženu, když naslouchá jejímu trápení a jak jí tímto způsobem prokazuje velkou podporu. Ženám zase bývá vysvětlováno, že zdánlivé odtažení muže neznamená, že by ji již neměl rád, ale jedná se jen o jeho typickou reakci na situaci, se kterou si neví rady. Terapeuti pomáhají partnerům nalézt způsoby vzájemné interakce, muži se učí vyjadřovat své pocity týkající se ztráty, které partnerku přesvědčí o tom, že ani jemu není neplodnost páru lhostejná. Muž může vyjádřit svou podporu také v aktivní účasti na vyšetření týkajících se neplodnosti, na které musí jeho partnerka docházet. Jeho pouhá přítomnost v této situaci pro partnerku velmi znamená. Ženy jsou zase povzbuzovány k tomu, aby si našly někoho dalšího, mimo svého partnera, s kým mohou své negativní pocity spojené s neplodností sdílet (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Podle Weinshel (1990) si páry většinou více rozumí a jsou si blíž, mají-li potíže s plodností oba partneři. V tomto případě spolu více sdílí své pocity a pocity viny se neobjevují v takové míře jako u neplodných partnerů, jejichž partner je plodný a oni mají pocit, že pouze jejich vinou nemůže mít partner potomka, po kterém tolik touží.

Další téma objevující se v terapii neplodných párů je nalezení někoho v jejich sociálním okolí, s kým mohou své **trápení sdílet**. Partneři potřebují jednak takové lidi, kteří jim vyjádří emocionální podporu, bezpodmínečné přijetí a pochopení, například prostřednictvím objetí, vřelých slov nebo bezpečného prostředí k vyplakání. Jiný druh podpory nabízejí lidé, se kterými mohou partneři o tématu diskutovat, probrat různé názory, nové pohledy, a tak si utřídit své myšlenky a následná rozhodnutí. Nalezení takových lidí v okolí partnerů je dalším, neméně důležitým úkolem terapie (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Terapeuti následně učí partnery, **jak svůj problém vysvětlit** svým přátelům a rodině, tak, aby to pro ně bylo srozumitelné a aby jim mohli poskytnout takovou podporu, jakou partneři potřebují. Mohou jim půjčovat knihy, odkazovat na internetové stránky nebo na pořady, které se tímto problémem zabývají.

Mnoho neplodných žen řeší v terapii **problémy se svou identitou**, která je neplodností narušena. Ženy mají problémy vzdát se role matky, kterou často definovaly své budoucí já. Rovněž bývá ohrožena jejich identita jakožto ženy, která je v jejich očích často spjata právě s mateřstvím. Neplodné ženy se cítí vyloučené z komunity žen, které společně sdílí své prožitky spojené s narozením vlastních dětí a péčí o ně (Weinshel, 1990).

Páry vyhledávají odbornou pomoc v souvislosti **se spontánními potraty**, které prožívají velmi bolestně, zejména dějí-li se opakovaně. Pár se musí vyrovnat nejen se smrtí nenarozeného dítěte, ale i se ztrátou naděje, kterou do početí vkládal, a v případě ženy i s fyzickými komplikacemi, které potrat doprovázejí. V naší společnosti je problematické vyrovnat se se ztrátou nenarozeného dítěte také z toho důvodu, že neexistuje žádný společenský rituál jako třeba pohřeb, který by páru pomohl se přes ztrátu přenést (Sobotková, 2007).

Podle Hart (2002) je možné obecně říci, že v terapii se s neplodností pracuje jako s osobní a vývojovou krizí, která bývá doprovázena depresí, úzkostmi a zármutkem. Terapie poskytuje partnerům bezpečné prostředí, ve kterém mohou s pomocí odborníka své potíže řešit.

Podle autorů Williams, Bischoff a Ludes (1992) by měl terapeut v ideálním případě spolupracovat s lékařem, který léčí neplodnost páru, a poučit ho o jeho potřebách, aby mohl

být lékař citlivý nejen k somatickému stavu partnerů, ale i k jejich psychickým potřebám. Terapeut může pomoci somatické léčbě páru také tím, že pár podpoří v aktivní účasti v léčbě, povzbudí jej v doptávání se lékařů na informace o jejich somatickém stavu, a zvýší tak jejich pocit, že mají léčbu částečně ve svých rukou, že mají možnost se zodpovědně rozhodnout, jaké procedury podstoupí a jaké nikoliv, a že o způsobu léčby i jejím trvání rozhodují oni sami. S tímto cílem pracují terapeuti s partnery na jejich schopnosti převzít za sebe zodpovědnost a zlepšují jejich asertivní dovednosti, například tím, že si nacvičují, jak by se lékaře ptali na svůj zdravotní stav.

Lidé často podceňují vliv psychiky na jejich somatický stav, a proto se během léčby neplodnosti soustředí většinou na somatickou stránku problému, hledají co nejefektivnější řešení, která jsou rychlá a účinná, ale která mají právě pro svou náročnost často značně negativní vliv na psychiku člověka. Páry bohužel nebývají příliš informovány o tom, jaké přínosy by pro ně mohla návštěva psychologa mít a díky časové náročnosti somatické léčby nezbývá páru často ani čas a energie na to, aby jej vyhledaly. Hlavním cílem partnerů je v této životní etapě stát se rodičem a nepovažují psychologickou péči za něco, co by jim mohlo pomoci se k tomuto cíli přiblížit. Mnoho párů se rozhodne psychologa vyhledat ve chvíli, když se jim nepodařilo dosáhnout svého cíle a oni se musí smířit s tím, jak žít svůj život bez dítěte.

Myslíme si, že kdyby lidé vyhledávali psychologickou pomoc již během léčby, byly by zřejmě dopady na jejich duševní zdraví v případě neúspěchu menší a dokázali by se snadněji přizpůsobit životu bez dítěte. Podle našeho názoru by hlavní impuls změny měl vycházet ze zdravotnických zařízení, které tyto páry vyhledávají a kde by měly dostat doporučení k návštěvě psychologa.

EMPIRICKÁ ČÁST

1. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL

Výzkumným problémem je deskripce nedobrovolně bezdětného vztahu, tak jak jej vnímají partnerky.

Cílem výzkumu je zjistit, jaký význam připisují nedobrovolně bezdětné ženy ve svém životě rodičovství, jakou roli podle nich hraje nedobrovolná bezdětnost v jejich partnerském vztahu. Dále chceme porozumět tomu, co mohou ženy v rámci tohoto vztahu prožívat a zda podle žen dochází v této souvislosti ve vztahu k nějakým změnám - pokud ano, o jaké změny se jedná.

Přínosem výzkumu by mělo být porozumění prožitkům nedobrovolně bezdětných žen a zjištění, jak tyto ženy vnímají svůj vztah. Tyto poznatky bude možné využít při práci s nedobrovolně bezdětnými páry, případně při tvorbě terapeutických technik, a tak těmto párům efektivněji pomoci při řešení partnerských problémů.

2. FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Následující výzkumné otázky vycházejí z výše definovaného výzkumného problému a vymezují hranice toho, čím se budeme v našem výzkumu zabývat.

1. výzkumná otázka:

   Co znamená pro nedobrovolně bezdětné ženy rodičovství?

2. výzkumná otázka:

   Co ženy v rámci nedobrovolně bezdětného vztahu prožívají?

3. výzkumná otázka:

   Jaký je vztah nedobrovolně bezdětných partnerů optikou partnerek?

4. výzkumná otázka:

   Dochází podle partnerek v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností ve vztahu k nějakým změnám?

3. METODOLOGICKÝ RÁMEC

Vzhledem k fenoménu, který zkoumáme a k cíli našeho výzkumu, jsme se rozhodli zvolit **kvalitativní přístup**. Podle Miovského (2006) je kvalitativní přístup vhodný pro popis, analýzu a interpretaci fenoménů, které jsou obtížně kvantifikovatelné. Mezi tyto fenomény řadí Miovský (2006) výzkum emocí, prožívání a motivace. Strauss a Corbinová (1999) se domnívají, že použití kvalitativního přístupu je vhodné, zkoumáme-li něčí zkušenost s určitým fenoménem, jak je tomu i v našem výzkumu. Kvalitativní výzkum je vhodný, chceme-li odhalit podstatu jevu, o kterém toho mnoho nevíme, a chceme-li tomuto jevu porozumět (Strauss, Corbinová, 1999). Neomezuje se na vybrané proměnné, ale zůstává otevřený dalším proměnným, tedy nám poskytuje možnost objevit témata, která nejsou v dostupné literatuře dostatečně zmapována. Předpokládáme, že tímto způsobem se nám podaří získat detailní informace o zkoumaném jevu.

Výzkum je inspirován **zakotvenou teorií**, která je podle Hendla (2008) vhodná pro oblasti výzkumu, které jsou jen málo teoreticky zpracované, což je také vztah nedobrovolně bezdětných partnerů. Při výzkumu bylo využito modifikovaného postupu zakotvené teorie. Cílem zakotvené teorie bývá vytváření a rozvíjení nových teorií (Hendl, 2008), což si však za cíl neklademe, protože rozsah takového zpracování by přesahoval možnosti diplomové práce.

4. VOLBA ZÁKLADNÍCH METOD

Základní metodou našeho výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor, který jsme doplnili o projektivní metodu „Škála obsažení druhého ve vlastním já.“

4.1. Rozhovor

Za základní metodu našeho výzkumu jsme zvolili rozhovor. Tuto metodu vnímáme při zkoumání zvoleného tématu jako nejadekvátnější, protože se tak setkáváme s respondentkou tváří v tvář, navazujeme s ní vztah, můžeme flexibilně reagovat na její aktuální stav a tím se můžeme přizpůsobovat jejím potřebám, aby se cítila co nejkomfortněji a byla ochotna nám svěřit citlivé informace, na které se jí ptáme.

Podle Ferjenčíka (2000) je množství a kvalita dat, které se v rozhovoru získají značně závislé na osobě výzkumníka, který otázky pokládá. Předpokládáme, že když bude vytvořen kontakt mezi respondentkou a výzkumníkem, získáme více informací, než při použití jiné metody.

Rozhodli jsme se použít **polostrukturovaný rozhovor**, tedy rozhovor, který má předem definovaný účel, určitou osnovu, ale zároveň si zachovává pružnost během procesu získávání informací (Hendl, 2008). Podle Miovského (2006) je použití polostrukturovaného rozhovoru vhodné v případě, kdy se jedná o cílovou skupinu, která nevykazuje příliš velké anomálie v chování, ale zároveň s ní není lehké komunikovat. Domníváme se, že právě takovou skupinou jsou i námi zkoumané nedobrovolně bezdětné ženy. Anomálie v chování u této skupiny nepředpokládáme, na druhou stranu vzhledem k intimitě a citlivosti zkoumaného tématu očekáváme, že komunikace na toto téma bude pro respondentky obtížná.

Strukturovaný rozhovor nepovažujeme vzhledem k citlivosti tématu za vhodný, protože neumožňuje měnit pořadí ani přesné znění pokládaných otázek (Janoušek, 1986), a tak by mohl navodit atmosféru strohosti a tím snížit ochotu respondentek sdílet. Strukturovaný rozhovor rovněž předpokládá určení předem daných otázek, které budeme pokládat (Hendl, 2008), a tedy je nutná větší míra probádanosti, než jaká je u námi zvoleného tématu.

Za vhodný by mohl být považován také nestrukturovaný rozhovor, protože při zkoumání prožitků v rámci nepříliš prozkoumaného tématu může být tento způsob dotazování rovněž obohacující. Jedním z důvodů, proč jsme se však rozhodli nestrukturovaný rozhovor

nepoužít, je nezkušenost výzkumníka a obava z toho, aby flexibilita, která je u tohoto typu rozhovoru výhodou, nevedla spíše k tomu, že výzkumník nebude schopen udržet základní linii danou výzkumnými otázkami a cíli výzkumu, a aby tak nedošlo k tomu, že získaný materiál nebude k cílům studie relevantní (Miovský, 2006).

Při realizaci polostrukturovaného rozhovoru se předem stanovuje seznam otázek nebo témat, které je nutné v rámci rozhovoru probrat. Tento návod zajistí, aby byla všechna důležitá témata probrána, ale na druhou stranu je zajištěna určitá flexibilita, která spočívá například ve volném řazení otázek, přizpůsobování jejich formulace a následném doptávání (Hendl, 2008). Předem daná témata a otázky, které je nutné v rámci rozhovoru probrat, považujeme za jakési jádro rozhovoru, tedy za určité minimum, které musí být vždy v rozhovoru zodpovězeno (Miovský, 2006).

Nevýhodou rozhovoru jsou komunikační problémy, které mohou vznikat kvůli jiným významům, které výzkumník a respondent danému slovu přikládají, kvůli chybné interpretaci vyřčeného, ale i kvůli faktu, že některé fenomény, jako například pocity, kterými se náš výzkum zabýval primárně, jsou jen obtížně formulovatelné do slov (Ferjenčík, 2000). V naší studii jsme se nedorozumění snažili omezit následným důsledným doptáváním.

Odpovědi v rozhovoru jsou značně závislé na ochotě respondentek odpovídat a sdělovat vlastní zkušenost. Motivovanost respondentek jsme se snažili zajistit způsobem jejich výběru, který byl založen čistě na dobrovolnosti a jejich vlastním zájmu se výzkumu zúčastnit. Předpokládáme vysokou zainteresovanost v samotném tématu výzkumu, což podle Janouška (1986) samo o sobě motivaci značně zvyšuje. Ochotu odpovídat jsme se snažili zvýšit navázáním přátelského kontaktu před započetím rozhovoru.

Polostrukturovaný dotazník se skládal z následujících okruhů, které jsme, stejně jako jednotlivé otázky, sestavili na základě nastudované literatury:

- Význam rodičovství
- Nedobrovolně bezdětné partnerství
- Prožívání nedobrovolné bezdětnosti a jejího řešení
- Změny v partnerství v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností

Cílem otázek v okruhu **význam rodičovství**, bylo zjistit, co znamená pro ženu mít dítě, jakou roli hraje rodičovství v jejím životě a co je ženinou hlavní motivací dítě mít. Zjištění významu dítěte v životě ženy a důležitosti, kterou mu žena připisuje, vnímáme jako podstatné pro pochopení, jak žena nedobrovolnou bezdětnost prožívá a jakou roli hraje bezdětnost v partnerství.

Otázky v okruhu **nedobrovolně bezdětné partnerství** byly zaměřeny na názory ženy na bezdětné partnerství a na roli dítěte ve vztahu partnerů. Otázky byly pokládány tak, aby se žena zabývala nejprve obecnou rovinou a tím, co si myslí o vztazích partnerů v nedobrovolně bezdětném vztahu obecně. Postupným doptáváním jsme se dostávali na rovinu osobní a zkoumali, jak vnímá žena nedobrovolnou bezdětnost ve svém vlastním vztahu.

Okruh otázek nazvaný **prožívání nedobrovolné bezdětnosti a jejího řešení** zjišťoval, jak ženy nedobrovolnou bezdětnost, léčbu a další způsoby řešení prožívají, co má na jejich emoce největší vliv, co jim situaci spíše usnadňuje a co naopak znesnadňuje a jak se tyto prožitky odrážejí v jejich partnerství.

Poslední tematický okruh se týkal **změn, které v partnerství v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností nastaly,** a jeho cílem bylo zjistit, zda nějaké změny žena zaznamenala a pokud ano, jak tyto změny prožívá. Zajímaly nás jednak změny, které byly pouze přechodné a po příchodu dítěte pominuly, ale i změny, které si partneři odnášeli do svého dalšího života.

4.2. Škála obsažení druhého ve vlastním já

Další použitá metoda, Škála obsažení druhého ve vlastním já (Inclusion of Other in the Self Scale), kterou jsme doplnili polostrukturovaný rozhovor, vychází z pojetí intimity autorů Aron, Aron, Smollan (1992), kteří vnímají intimitu jako integrování jiné osoby do svého sebeobrazu. Jedná se o projektivní metodu, která se skládá ze sedmi párů koleček, které se v různé míře překrývají. Jedno kolečko představuje osobu samotnou, druhé jejího partnera. Respondentkám byl dán pokyn, jak jej uvádějí i autoři Aron, Aron, Smollan (1992): *označte prosím obrázek, který nejlépe vystihuje Váš partnerský vztah.* Tato metoda měla respondentkám pomoci zachytit intimitu, kterou ve vztahu s partnerem cítí a případnou proměnu, kterou v této oblasti v souvislosti s řešením nedobrovolné bezdětnosti zaznamenaly. Tuto metodu považujeme za vhodné doplnění rozhovoru, protože zejména intimita v partnerském vztahu se verbálně popisuje obtížně a právě touto technikou můžeme vyvážit nedostatky verbálního projevu.

5. VÝZKUMNÝ SOUBOR

V souladu s cíli našeho výzkumu jsme potřebovali, aby se náš výzkumný soubor skládal z nedobrovolně bezdětných žen. Vzhledem k tomu, že termín „nedobrovolně bezdětný“ může být mnohoznačný, bylo nutné si vymezit podmínky, které musí naše respondentky splňovat.

Jedním z prvních kritérií, které jsme si určili, bylo, že respondentka musí být z **heterosexuálního páru**. Připouštíme, že homosexuální partneři/partnerky se s nedobrovolnou bezdětností mohou také potýkat, ale jejich nedobrovolná bezdětnost je biologicky daná a partneři si jí byli vědomi už ve chvíli, kdy homosexuální vztah navazovali. Nelze tvrdit, že homosexuální partneři trpí bezdětností méně než partneři heterosexuální, ale vzhledem k tomu, že je jejich situace jiná, předpokládáme, že také psychické aspekty, které prožívání jejich nedobrovolné bezdětnosti doprovázejí, budou odlišné.

Co se týče **věkového omezení** našeho vzorku, rozhodli jsme se jej nijak neomezovat. Uvědomujeme si, že jiný věk partnerů hraje roli v jejich vzájemném vztahu, stejně tak však hraje roli i jiné vzdělání, rodinné zázemí a mnoho dalších aspektů. Ve výzkumu nám šlo o popsání nedobrovolně bezdětného vztahu, a tak si myslíme, že větším věkovým rozpětím můžeme lépe zachytit variabilitu možných projevů. Další výzkumy se pak jistě mohou specializovat na určitý věk partnerů.

Dalším kritériem bylo, aby respondentky měly **zkušenost s nedobrovolnou bezdětností.** V rámci tohoto kritéria jsme se zabývali otázkou, zda respondentky budou aktuálně nedobrovolně bezdětné nebo zda mohou v současné době dítě mít, a tedy bude rozhovor probíhat retrospektivně (budou mluvit o své minulé zkušenosti).

Nolas (2011) tvrdí, že vhodnými respondenty ve výzkumu dle zakotvené teorie, mohou být všichni, kteří mají se zkoumaným fenoménem určitou zkušenost. Rozhodli jsme se tedy, že respondentky v našem výzkumu rozdělíme do dvou skupin, právě podle toho, zda jsou aktuálně nedobrovolně bezdětné nebo zda mluví o této zkušenosti retrospektivně. Výpovědi jednotlivých skupin pak mohou být mezi sebou porovnány.

U žen, které mají zkušenost s nedobrovolnou bezdětností, ale nyní již děti mají (nebo jsou těhotné), předpokládáme větší ochotu o tomto tématu mluvit. Domníváme se, že budou již vědět, co období nedobrovolné bezdětnosti s jejich vztahem udělalo, a protože mají již toto období za sebou, předpokládáme určitý nadhled. Díky **retrospektivními pohledu** budeme moci lépe zmapovat proces vývoje vztahu v tomto období od počátku do konce. Nevýhodou

této skupiny žen naopak může být určité zkreslení minulosti, která může být ovlivněna tím, jak celá situace dopadla (žena nakonec otěhotněla).

V našem výzkumném souboru máme pět žen, které se v minulosti s nedobrovolnou bezdětností potýkaly, ale nyní již dítě mají (nebo jsou těhotné).

Narozdíl od nich vztah **aktuálně bezdětných žen** se bude vlivem bezdětnosti ještě dále vyvíjet a není tedy jasné, jaké změny ještě nenastaly, ale nastat mohou. Výhodou této skupiny žen je, že nedobrovolnou bezdětnost se vším, co s tímto fenoménem souvisí, právě zažívají a tedy jejich prožitky a zkušenosti, nejsou zkresleny výsledkem jejich snažení. V našem výzkumném souboru máme šest žen, které jsou aktuálně nedobrovolně bezdětné.

Všechny ženy v našem výzkumu musely nedobrovolnou bezdětnost řešit minimálně jeden rok. Po jednom roce neúspěšného snažení o otěhotnění je totiž podle některých definic již možné neplodnost diagnostikovat (Řežábek, 1999).

Když jsme se rozhodli zařadit do výzkumného souboru také ženy, které byly nedobrovolně bezdětné, ale nyní již dítě mají, vyvstala nám otázka týkající se partnerských vztahů našich respondentek. Původně jsme zamýšleli zařadit do výzkumu pouze ženy, které aktuálně v partnerském vztahu žijí, ale to bychom se ochudili o ty respondentky, u kterých vedla nedobrovolná bezdětnost až k rozpadu jejich vztahu. Proto jsme se rozhodli, že do výzkumu zahrneme i ty ženy, které **momentálně v partnerském vztahu nežijí, ale v době řešení nedobrovolné bezdětnosti v partnerství žily.** Uvědomujeme si, že toto kritérium je možné obejít falešným sdělením, na druhou stranu neznáme motivaci, která by k tomu respondentky vedla, protože výzkum byl prováděn čistě na bázi dobrovolnosti a respondentky nezískaly žádné hmotné bonusy. Stejně tak způsob náboru participatek eliminoval možnost případné fabulace.

Rozhodli jsme se, že do našeho výzkumu zahrneme nejen respondentky, které jsou se svými partnery oddány, ale i ty, které žijí v partnerství neoddány. Domníváme se, že v dnešní době není signifikantní rozdíl ve vztazích manželů a partnerů a větší roli než sňatek hraje délka trvání vztahu.

Dalším důležitým kritériem byla **úplná bezdětnost respondentek** v době, když neplodnost v partnerství řešily. Zařazeny tedy nemohly být ženy bojující se sekundární neplodností ani ty, které vychovávají adoptované dítě, i když se stále snaží o početí dítěte vlastního. Podle různých výzkumů (McQuillan Greil, White, Jacob, 1980; Gibson, Myers, 2002; Karabulut, Özkan, Oguz, 2013) totiž prožívají partneři tuto situaci jinak, jsou-li v rodině přítomny děti, ať již vlastní nebo adoptované.

Podle Sobotkové (2007) nemůžeme jednoznačně rozlišit, kdy je bezdětnost dobrovolná a kdy je již nedobrovolná. Podle autorky se nejedná o dichotomické rozdělení, ale o škálu, na které se partneři nacházejí. V souladu s cílem našeho výzkumu jsme potřebovali detekovat ty nedobrovolně bezdětné ženy, které nedobrovolnost natolik trápí, že kvůli tomu **využily efektivní způsoby léčby, které společnost v dané době nabízela**. Rozhodli jsme se, že ženy v našem souboru musí minimálně jednou neúspěšně podstoupit nějakou formu asistované reprodukce, nezáleží na tom, zda se bude jednat o IVF nebo o intrauterinní inseminaci. Problém nastal ve chvíli, kdy se mezi respondentkami objevily ženy starší 60 let, které se v minulosti s neplodností léčily, ale pouze prostředky, které byly v jejich době dostupné, což umělé oplodnění nebylo. Přišlo nám neadekvátní tyto ženy do výzkumu nezařazovat, když v jejich době tato možnost nebyla. U těchto starších žen jsme tedy posuzovali individuálně jejich angažovanost a snahu najít možnosti řešení. Proto také obecné kritérium nezní „minimálně jeden neúspěšný pokus asistované reprodukce“, ale využití možností, které doba nabízela.

Při zařazování každé z žen do výzkumného souboru jsme si pokládali otázku, proč právě tuto konkrétní ženu volíme? Může nám pomoci k plnění výzkumného cíle? Nachází se v situaci, kterou chceme prozkoumat? (Hendl, 2008).

Shrneme tedy kritéria, která jsme si určili:

- Ženské pohlaví
- Ženy musí nedobrovolnou bezdětnost řešit v rámci heterosexuálního páru
- Ženy mají zkušenost s řešením nedobrovolné bezdětnosti
- Ženy musí nedobrovolnou bezdětnost řešit více než jeden rok
- V době, kdy nedobrovolnou bezdětnost řešily, neměly žádné biologické potomky, ani žádné děti nevychovávaly.
- V době, kdy nedobrovolnou bezdětnost řešily, žily v partnerském vztahu
- V souvislosti s řešením neplodnosti využily efektivní způsoby léčby v dané době

6. VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Poté, co jsme si stanovili kritéria našeho výzkumného souboru, začali jsme promýšlet způsob výběru. Miovský (2006) označuje metody výběru v rámci kvalitativního výzkumu jako nepravděpodobnostní, a tedy i reprezentativnost kvalitativního výzkumu má jiný význam než u výzkumu kvantitativního.

Pro výběr výzkumného souboru v rámci kvalitativního výzkumu je stěžejní saturace, tedy moment, do kterého nabíráme do vzorku další respondenty. Saturace nastává tehdy, když s dalšími novými respondenty nezískáváme žádné nové informace (Miovský, 2006).

Podle Miovského (2006) se v kvalitativním výzkumu strategie a metody výběru vzorku kombinují a doplňují. Také my jsme použili během výzkumu několik strategií. Vzhledem k tomu, že téma naší studie je velmi intimní a citlivé, museli jsme počítat s menší ochotou žen se do ní zapojit, a tak naším cílem bylo získat co nejvíce žen s danou zkušeností a to bez ohledu na reprezentativnost výběru vzhledem k celkové populaci nedobrovolně bezdětných žen. Tento postup vnímáme jako adekvátní také z toho důvodu, že vymezit základní soubor nedobrovolně bezdětných žen je nereálné, protože nepředpokládáme, že by existovaly přesné statistické údaje o základním souboru, kterým se v naší studii zabýváme.

Za základní strategii pro výběr našeho výzkumného souboru jsme si zvolili **záměrný (účelový) výběr prostřednictvím institucí**. Při tomto výběru využíváme služby určitých institucí, které jsou určeny pro cílovou skupinu výzkumu (Miovský, 2006). V našem případě se jednalo o centra asistované reprodukce. Z oslovených center se nám ozvalo Centrum asistované reprodukce ISCARE a Centrum asistované reprodukce VFN. Přes Centrum asistované reprodukce ISCARE jsme oslovili tři respondentky, přes Centrum asistované reprodukce VFN také tři respondentky.

Další zvolenou strategií výběru výzkumného souboru byla **metoda sněhové koule**, kterou jsme skombinovali s již zmíněnou metodou výběru prostřednictvím institucí. Základním východiskem této metody je získání kontaktu s první vlnou účastníků výzkumu, kteří pak dále nominují účastníky další. První vlnu účastníků získává výzkumník nejčastěji prostřednictvím výběru prostřednictvím institucí nebo díky prostředníkům, kteří kontakty se zvolenou cílovou skupinou mají (Miovský, 2006).

V našem výzkumu byla první vlna účastníků kontaktována přes již zmíněné instituce a přes prostředníky, kteří byli v osobním kontaktu s výzkumníkem. Takto získané respondentky jsme pak požádali, zda by nám neposkytly kontakt na nějakou ženu, která by splňovala naše

kritéria a byla by ochotná se výzkumu účastnit. Tímto způsobem jsme získali čtyři respondentky.

Respondentky do našeho výzkumného souboru jsme se rovněž pokusili získat metodou **samovýběru.** Metoda samovýběru je založena na aktivním projevení zájmu zapojit se do výzkumné studie. Osobám z cílové skupiny se tedy nabídne příležitost se do výzkumu zapojit a ony mají možnost to učinit, většinou tak, že osloví výzkumníka nebo osobu s ním spolupracující – projevení jejich zájmu je tedy aktivní, nejedná se pouze o pasivní souhlas (Miovský, 2006). My jsme tuto metodu využili tak, že jsme uveřejnili inzerát na internetových stránkách s diskuzními fóry, která jsou určena právě pro naši cílovou skupinu. Jednalo se o diskuzní fóra v rámci těchto internetových stránek: http://www.emimino.cz/; http://www.rodina.cz/; http://www.zenska-neplodnost.cz/; http://www.lidicky.cz/; http://www.neplodnost.org/. Tímto způsobem se nám však podařilo oslovit pouze jednu respondentku a to na stránkách http://www.lidicky.cz/. Tento nízký počet respondentek získaných metodou samovýběru si vysvětlujeme tím, že potenciální respondentky musely projevit značnou aktivitu a samy výzkumníka kontaktovat. To by z jejich strany vyžadovalo určitou motivaci se výzkumu zúčastnit, což vzhledem k tomu, že z účasti na výzkumu neměly žádné benefity, není zas tak pravděpodobné. Miovský (2006) považuje finanční odměnu za nejčastější motiv k účasti na výzkumu a to zejména u respondentů získaných metodou samovýběru.

Výsledný výzkumný soubor tedy tvořilo 11 respondentek.

6.1. Základní charakteristiky jednotlivých respondentek

6.1.1. Skupina A

Do skupiny A jsme zařadili všechny respondentky, které byly v minulosti nedobrovolně bezdětné, ale v dnešní době již dítě mají nebo jsou těhotné. Rozhovor s nimi byl tedy veden retrospektivně. Do této skupiny bylo zahrnuto pět žen.

- **Respondentka Adéla**

Adéle je 40 let, jejímu manželovi 42. S manželem jsou spolu 20 let, nedobrovolnou bezdětnost řešili od jejích 32 let. Oba mají vystudovanou vysokou školu humanitního zaměření. Adéla pracuje jako daňová poradkyně.

Podle Adély může za neplodnost více faktorů, uvádí svůj i manželův věk, imunologické potíže a mechanický problém (zkřížení a zrotování pánve). Zmiňuje, že lékaři jmenovali v průběhu osmi let, kdy se s neplodností léčila, více možných příčin, například anovulaci nebo nedostatečný růst sliznice. Adéla v průběhu řešení nedobrovolné bezdětnosti vyzkoušela jógu, homeopatika, akupunkturu a kineziologii, podstoupila několik intrauterinních inseminací, několikrát byla na IVF. Dítě počala díky IVF. V době našeho rozhovoru byla Adéla v osmém měsíci těhotenství.

Rozhovor probíhal v cukrárně a trval 80 minut.

- **Respondentka Anděla**

Anděle je 72 let, o dítě se s manželem začali pokoušet, když jim oběma bylo 22 let. Jejich partnerství trvalo 14 let, 10 let po svatbě se rozešli. Důvodem rozvodu byla podle Anděly právě neplodnost - partner si našel během manželství milenku, která s ním otěhotněla.

Oba manželé byli vysokoškolsky vzdělaní v oblasti zemědělství. Nyní je Anděla ve starobním důchodu. U Anděly ani u jejího manžela nenašli lékaři žádnou příčinu neplodnosti. Podle Anděly by mohly být příčinou problémy se slepým střevem, které v mládí měla. Co se týče léčby, Anděla brala léky (nevzpomíná si jaké) a cvičila. Lázně jí nebyly přiznány a jiná léčba v šedesátých letech, kdy neplodnost řešila, nebyla možná. Kdyby měla tu možnost, využila by umělé oplodnění.

V dnešní době má Anděla dospělou dceru, se kterou otěhotněla zcela nečekaně ve 39 letech. Jejího otce si nevzala a ani spolu nikdy nežili. Bývalý manžel ji kontaktoval v době, kdy se mu rozpadlo manželství s někdejší milenkou, od té doby se občas setkávají.

Náš rozhovor probíhal v kavárně a trval 73 minut.

- **Respondentka Anežka**

Anežce je 38 let, o dítě se s bývalým manželem snažili od jejích 25 let a manželových 26 let. První dítě se jim narodilo při druhém IVF v době, kdy bylo Anežce 33 let. Nedobrovolnou bezdětnost řešili 8 let. Druhé dítě počala opět pomocí IVF. Anežka má vysokou školu v oboru ekonomie, její bývalý manžel byl vyučený. Nyní je na mateřské dovolené se svým druhým dítětem.

Lékaři diagnostikovali Anežce neprůchodnost vejcovodů a zjistili rovněž imunologické problémy mezi ní a jejím tehdejším manželem. Anežka podstoupila několik intrauterinních inseminací, IVF, byla na operaci, ale také vyzkoušela cvičení podle Mojžíšové, byla u léčitele i u psychologa.

V dnešní době Anežka s tehdejším manželem a otcem svých dětí nežije, je rozvedená a žije v domácnosti s jiným mužem. Anežka si myslí, že by se vztah s bývalým manželem neudržel, ani kdyby problémy s neplodností neměli. Jejich vztah trval 16 let.

Rozhovor probíhal v kavárně a trval 36 minut.

- **Respondentka Agáta**

Agátě je 44 let, jejímu manželovi 38. S manželem jsou spolu 14 let, nedobrovolnou bezdětnost řešili od jejích 35 let. Agáta má vystudovanou vysokou školu v oboru potravinářství, její manžel má střední školu s maturitou, rovněž v oboru potravinářství. Agáta je nyní na mateřské dovolené.

Příčina neplodnosti nebyla zjištěna, Agáta se domnívá, že velkou roli mohl sehrát její vyšší věk. Agáta v průběhu řešení nedobrovolné bezdětnosti podstoupila dle vlastních slov desítky intrauterinních inseminací, z nichž hned první skončila mimoděložním těhotenstvím. Léčila se hormonálně, třikrát podstoupila IVF a byla v lázních. Děti - dvojčata počala při třetím IVF.

V době našeho rozhovoru byla Agáta na mateřské dovolené. Rozhovor s Agátou proběhl u respondentky doma a trval 103 minut.

- **Respondentka Amálie**

Amálii je 37 let, jejímu manželovi je 33. S manželem jsou spolu 8 let, nedobrovolnou bezdětnost řešili od jejích 31 let. Oba mají vystudovanou vysokou školu, Amálie humanitního zaměření, její manžel technického. Amálie je nyní na mateřské dovolené.

Amálii byla zjištěna endometrióza a vrozená přepážka v děloze, Amálie vyzkoušela akupunkturu, léčitelství, bylinné čaje, cvičení podle Mojžíšové, byla měsíc v lázních a podstoupila hormonální léčbu. Byla na několika intrauterinních inseminacích, třikrát absolvovala IVF.

Amálie otěhotněla během přípravného kurzu pro žadatele o adopci, nyní má měsíc starého syna. Rozhovor s Amálií proběhl v restauraci a trval 50 minut.

	Věk	Vzdělání	Délka vztahu	Děti/Gravidita	Příčiny neplodnosti	Způsoby řešení
Adéla	40 let	VŠ	20 let	Gravidita	Věk, imunologické a mechanické potíže, anovulace, nedostatečný růst sliznice	IUI, IVF, cvičení, alternativní metody, lázně
Anděla	72 let	VŠ	Po 14 letech rozchod	Dospělá dcera	Nezjištěno	Medikace, cvičení
Anežka	38 let	VŠ	Po 16 letech rozchod	Dvě děti	Neprůchodnost vejcovodů, imunologické problémy	IUI, IVF, operace, cvičení, léčitel, psycholog
Agáta	44 let	VŠ	14 let	Novorozená dvojčata	Nezjištěno	IUI, IVF, medikace, lázně
Amálie	37 let	VŠ	8 let	Novorozený syn	Endometrióza, přepážka v děloze	IUI, IVF, medikace, operace, lázně, alternativní metody

Tabulka 1 - Shrnutí základních charakteristik respondentek ze skupiny A

6.1.2. Skupina B

Ve skupině B byly zařazeny ty respondentky, které v době našeho rozhovoru byly nedobrovolně bezdětné.

- **Respondentka Běta**

Bětě je 65 let, jejímu manželovi 70 let. Jejich vztah trvá 42 let. Běta má středoškolské vzdělání s maturitou na ekonomické škole, její manžel vystudoval vysokou školu technického zaměření. V dnešní době je Běta ve starobním důchodu. O dítě se začali pokoušet hned po svatbě, tedy v době, kdy bylo Bětě 25 let.

Když byla Běta vyšetřována, byla jí diagnostikována neprůchodnost vejcovodů. Podle jejího názoru může být neprůchodnost způsobena nějakým zánětem, který prodělala, aniž by o tom věděla. Běta uvádí, že u jejího manžela byla zjištěna snížená pohyblivost spermií.

Běta se léčila s neplodností ve Františkových Lázních. Vzhledem k tomu, že nedobrovolnou bezdětnost řešila v sedmdesátých letech, nebylo mnoho jiných možností, jak neplodnost léčit. Podle jejích slov by zcela jistě využila umělé oplodnění, kdyby v té době taková příležitost byla.

V současné době žije Běta stále se svým manželem, děti nikdy neměli, ani vlastní ani přijaté. Náš rozhovor probíhal v kavárně a trval 37 minut.

- **Respondentka Broňa**

Broně je 43 let, jejímu manželovi je 47. Jejich partnerský vztah trvá 22 let. Neplodnost řeší 5 let. Nejvyšší dosažené vzdělání Broni je vyšší odborná škola sociálního zaměření a nyní pracuje jako účetní; její manžel má středoškolské vzdělání s maturitou.

Žádná příčina neplodnosti nebyla u ní ani u manžela zjištěna, Broňa sama považuje za hlavní příčinu svůj věk. Kvůli Broniným psychickým problémům se s partnerem začali pokoušet o dítě až v jejích 35 letech, během té doby se jí podařilo dvakrát otěhotnět, ale jednou potratila a druhé těhotenství bylo mimoděložní.

Broňa cvičí dle Mojžíšové, několikrát byla na intrauterinní inseminaci. IVF zatím nezkusila a ani to neplánuje – považuje to za příliš velký zásah do těla a za velkou psychickou zátěž, kterou by kvůli svým problémům nemusela zvládnout.

V době našeho rozhovoru se Broňa s manželem pokoušeli otěhotnět bez asistence lékařů. Rozhovor s Broňou proběhl v restauraci a trval 38 minut.

- **Respondentka Beáta**

Beátě je 33 let, jejímu manželovi je 34 let. S manželem jsou spolu 9 let, 2 a půl roku řeší nedobrovolnou bezdětnost. Oba mají vystudovanou vysokou školu technického zaměření. Beáta momentálně ukončila zaměstnání ve firmě, protože s manželem odjíždějí na několik let do zahraničí.

Příčinu neplodnosti lékaři nezjistili, Beáta se domnívá, že příčina může být spíše psychického rázu. Neplodnost zatím řešili pomocí intrauterinních inseminací, Beáta jednou podstoupila IVF a v budoucnosti plánuje jít na další. Zkusila rovněž cvičení Mojžíšové. Rozhovor s Beátou proběhl v kavárně a trval 72 minut.

- **Respondentka Barbora**

Barboře je 33 let, jejímu partnerovi je 32 let. S partnerem jsou spolu 5 a půl roku, 2 roky řeší nedobrovolnou bezdětnost. Oba mají vystudovanou vysokou školu technického zaměření. Barbora je momentálně v invalidním důchodu.

Lékaři zjistili, že má Barbora neprůchodné vejcovody, u partnera byl zjištěn horší spermiogram. Barbora podstoupila několik intrauterinních inseminací, má za sebou jedno IVF a v současné době se připravuje na další. IVF považuje za jedinou možnost, jak mít vlastní děti. Mimo jiné zkoušela pít bylinné čaje, cvičit podle Mojžíšové a jíst různé vitamíny. Kdyby se Barboře otěhotnět nepodařilo, je rozhodnutá pro adopci.

Rozhovor probíhal u respondentky doma a trval 77 minut.

- **Respondentka Blanka**

Blance je 37 let, jejímu manželovi je 34 let. S manželem jsou spolu 3 a půl roku, nedobrovolnou bezdětnost řeší rok a půl. Blanka má vysokoškolský titul z humanitní VŠ, její manžel má střední školu s maturitou v oblasti IT. Blanka pracuje jako pedagog na střední škole.

Lékaři se nejprve domnívali, že neplodnost je způsobena neprůchodností vejcovodů, po několika měsících se však zjistilo, že diagnóza byla nesprávná a žádná jiná příčina zatím nebyla zjištěna. Blanka užívala vitamíny, podstoupila intrauterinní inseminaci a jedno IVF. V současné době se připravuje na druhé IVF, kdyby to nevyšlo, plánuje cvičit podle Mojžíšové. S IVF chce pokračovat minimálně tak dlouho, dokud to bude platit pojišťovna. Je rozhodnutá, že děti mít chce, ať už vlastní nebo přijaté.

Rozhovor s Blankou probíhal u výzkumnice doma a trval 57 minut.

- **Respondentka Brigita**

Brigitě je 33 let, jejímu manželovi je 44. S manželem jsou spolu 8 let, o dítě se pokoušejí již 6 let. Brigita je vyučená, bez maturity, pracovala v oboru kuchař/číšník, nyní je na úřadu práce. Její manžel má vyšší odbornou školu v oblasti programování.

Lékaři zjistili, že Brigita má mnoho anovulačních cyklů, užívala na to různé léky, byla na několika intrauterinních inseminacích. V budoucnosti by chtěla nahradit léky bylinkami a vyzkoušet spíše alternativní metody léčby.

Brigitu její manžel před rokem opustil, protože si našel milenku. Nyní se k Brigitě opět vrátil a zkouší žít znovu spolu. Brigita se domnívá, že ji partner opustil právě kvůli nedobrovolné bezdětnosti, kterou se ona, narozdíl od něj, neustále zabývala. Brigita se chce o dítě i nadále pokoušet, ale nyní je pro ni nejdůležitější, aby se ustálil jejich vztah, protože o manžela nechce kvůli touze po dítěti přijít.

Rozhovor s Brigitou se uskutečnil v čajovně a trval 77 minut.

	Věk	**Vzdělání**	**Délka vztahu**	**Příčiny neplodnosti**	**Způsoby řešení**
Běta	65 let	SŠ	42 let	Neprůchodnost vejcovodů	Lázně
Broňa	43 let	VOŠ	22 let	Nezjištěna	IUI, cvičení
Beáta	33 let	VŠ	9 let	Nezjištěno	IUI, IVF, cvičení
Barbora	33 let	VŠ	5 let	Neprůchodnost vejcovodů, zhoršený spermiogram	IUI, IVF, cvičení, bylinné čaje, vitamíny
Blanka	37 let	VŠ	3 a půl roku	Nezjištěno	IUI, IVF
Brigita	33 let	vyučená	8 let	Anovulační cykly	IUI, medikace

Tabulka 2 - Shrnutí základních charakteristik respondentek ze skupiny B

7. OVĚŘOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH TECHNIK - PŘEDVÝZKUM

Před zahájením samotného výzkumu jsme považovali za vhodné ověřit si vybrané metody a případně změnit otázky tak, aby byly položeny co nejcitlivěji a zároveň aby podněcovaly k co nejhlubším odpovědím.

Vzhledem k tomu, že jsme nechtěli riskovat neopatrné položení otázek, které by mohlo být zraňující, provedli jsme první fázi předvýzkumu na ženě, která sice žije v partnerském vztahu, ale problémy s nedobrovolnou bezdětností neřeší. Nejprve jsme ji poprosili, aby si situaci naší cílové skupiny představila, a pak jsme jí kladli naše otázky. Poté, co jsme rozhovor ukončili, vyptávali jsme se, jaké pocity při pokládání otázek měla, zda všem otázkám rozuměla, případně zda jí něco přišlo nejasné. Po tomto rozhovoru jsme otázky upravili.

Druhá fáze předvýzkumu spočívala ve dvou rozhovorech s ženami, které nesplňovaly jedno z kritérií, které jsme si určili, a tedy nemohly být zařazeny do našeho výzkumného souboru. Jedna z žen měla potíže se sekundární neplodností, druhá řešila nedobrovolnou bezdětnost aktuálně, ale nepodstoupila zatím léčbu asistované reprodukce. Oba tyto rozhovory probíhaly standardním způsobem, tedy tak jako u žen, které byly zařazeny do výzkumu. Na základě těchto odpovědí jsme žádné změny neudělaly, jejich povaha byla tedy spíše verifikační.

8. ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Sběr dat probíhal v období od dubna do září 2014. Některé respondentky se nám ozvaly samy poté, co jim byl našimi prostředníky předán kontakt, jiné respondentky jsme primárně kontaktovali my. Nejprve jsme všem respondentkám telefonicky nebo emailem představili náš výzkum. Ověřili jsme si, zda respondentka odpovídá našim kritériím a pokud tomu tak bylo, byla seznámena se základními okolnostmi výzkumu (kolik času budeme potřebovat, co od respondentky očekáváme) a zjistili jsme, zda bude souhlasit s nahráváním rozhovoru. Rovněž byl smluven termín a místo schůzky, kde rozhovor proběhne. Vzhledem k našim omezeným možnostem jsme nechávali místo setkání na volbě respondentky. 4 rozhovory probíhaly v kavárně, 2 probíhaly u respondentky doma, 2 rozhovory v restauraci, 1 rozhovor v cukrárně, 1 v čajovně a 1 u výzkumnice doma. Uvědomujeme si, že tak jsme nezískali data ve standardizovaném prostředí, na druhou stranu si myslíme, že vzhledem k citlivosti tématu a náročnosti získávání respondentek, bylo výhodnější nechat volbu místa na respondentce, aby se během rozhovoru cítila co nejkomfortněji, byla ochotna s námi sdílet a my tak mohli získat pro výzkum důležité informace.

Před zahájením samotného rozhovoru se výzkumník představil, seznámil respondentku se svou prací a jejím účelem a zodpověděl případné dotazy. Všechny respondentky podepisovaly na začátku informovaný souhlas, ve kterém byly obeznámeny s nahráváním rozhovoru a s použitím sebraných dat k výzkumným účelům. Bylo jim přislíbeno, že nahrávky rozhovorů ani jejich přepisy se nedostanou do rukou nikomu jinému než výzkumnici. Vzhledem k tomu, že se jednalo o rozhovor, nemohla být zajištěna anonymita účastníků, ale bylo přislíbeno, že jejich identita nebude známa nikomu dalšímu než výzkumníkovi a že nahrávky rozhovorů i jejich přepisy budou po dokončení výzkumu zničeny. Tím jsme u nich chtěli zvýšit pocit bezpečí a zajistit jejich otevřenost.

Respondentky byly ujištěny, že mohou kdykoliv odmítnout odpovídat nebo rozhovor definitivně ukončit. K tomu však nikdy nedošlo.

Po těchto formalitách byl započat rozhovor, který byl nahráván na diktafon. Délka rozhovoru se u jednotlivých respondentek lišila - nejkratší rozhovor trval 36 minut, nejdelší rozhovor trval 103 minut. Průměrná délka rozhovoru byla 64 minut.

Rozhovor byl polostrukturovaný, pokládali jsme tedy všem respondentkám otázky, které jsme mírně modifikovali, měnili jejich pořadí či je doplňovali o otázky další.

Rozhovor jsme zahájili otevírací otázkou, jejímž cílem bylo navození žádoucího vztahu a atmosféry a odstranění obav z rozhovoru. Otevírací otázka zněla: *Můžete mi prosím vyprávět o vaší společné cestě za dítětem?*

Po této otevírací otázce jsme respondentkám kladli další, předem připravené, otázky. Konkrétní otázky naleznete v příloze.

Rozhovor jsme začínali otázkami obecnějšími, které se týkají názorů a postojů respondentek a popisu jejich situace. Těmito otázkami jsme chtěli navázat kontakt s respondentkami a připravit je na jádro rozhovoru, které se týkalo jejich intimního vztahu a popisování jejich pocitů. Otázky byly kladeny trychtýřovitým způsobem, kterým se dostaneme více do hloubky daného tématu (Janoušek, 1986).

Vzhledem k tomu, že námi zvolené téma je velmi intimní a citlivé, uvědomovali jsme si riziko dekompenzace respondentek. Proto jsme rozhovor prokládali otázkami na posilující momenty, které v průběhu řešení nedobrovolné bezdětnosti zažily, co jim toto období přineslo pozitivního apod. Pokládali jsme otevřené, jasné a neutrální otázky, k prohloubení odpovědi jsme používali otázky sondážní.

Tak, jak doporučuje Ferjenčík (2000), jsme rozhovor doplňovali o krátké projevy porozumění a zájmu (hmm, rozumím,…), poskytovali jsme respondentkám prostor na rozmyšlení otázky, opakovali jsme otázku nebo jsme ji parafrázovali, když jsme měli pocit, že respondentka první formulaci nerozuměla. Někdy jsme dopovědi shrnovali, abychom si ověřili, zda jsme výpověď dobře pochopili. Během rozhovoru jsme se snažili být pro respondentku transparentní a tedy jí objasnit, proč se na danou otázku ptáme a k čemu nám její odpověď bude. Používali jsme otázky otevřené, čímž jsme se snažili získat spontánní formu odpovědi, a tak poskytnout respondentkám možnost, aby přinášely témata vlastní, o kterých jsme ani nepředpokládali, že by se mohly objevit (Janoušek, 1986).

Demografické a identifikační otázky jsme zjišťovali na konci rozhovoru, tak jak to doporučuje Hendl (2008). Hendl (2008) předpokládá, že tyto otázky jsou nudné a nezajímavé, že kdybychom jimi rozhovor začínali, mohlo by to vést k nižší motivaci respondentek odpovídat.

Na závěr jsme se ujišťovali, zda jsme neuvedli respondentky rozhovorem do stavu, který by potřeboval psychologickou péči. Kdyby tomu tak bylo, měli jsme v úmyslu akutní stav respondentek ošetřit (výzkumník má výcvik v krizové intervenci) a případně jim nabídnout kontakt na vhodnou instituci. Tato situace však nikdy nenastala. Po ukončení výzkumného rozhovoru a vypnutí diktafonu, jsme respondentkám vyjádřili svou vděčnost za ochotu se výzkumu účastnit a vždy jsme s nimi strávili nějaký čas neformálním rozhovorem.

9. ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Tato kapitola bude věnována analýze dat, která jsme získali prostřednictvím rozhovorů s respondentkami a pomocí metody „Škála obsažení druhého ve vlastním já“. Vzhledem k tomu, že za stěžejní metodu považujeme rozhovor, bude většina této kapitoly věnována právě analýze a interpretaci rozhovorů. Škála obsažení druhého ve vlastním já byla pouze doplňkovou metodou, jejímž cílem bylo obohatit data získaná rozhovory, a tedy výsledky takto získané zmíníme pouze okrajově.

9.1. Analýza rozhovorů

Fázi zpracování dat jsme zahájili tím, že jsme přepsali všechny rozhovory, které jsme měli nahrány na diktafon. Přepsané rozhovory jsme poté analyzovali.

Analýzu jsme provedli pomocí otevřeného kódování, tedy jedním z typů kódování, které používá metoda zakotvené teorie (Strauss, Corbinová, 1999).

Během **otevřeného kódování** se odhalují v textu určitá témata (Hendl, 2008), která jsou mezi sebou porovnávána a rozdělována do jednotlivých kategorií a podkategorií (Strauss, Corbinová, 1999). Výsledkem otevřeného kódování je tedy seznam témat a jejich rozřazení do kategorií a podkategorií.

Výsledky žen, které se s nedobrovolnou bezdětností potýkaly v minulosti a žen, které jsou aktuálně nedobrovolně bezdětné, jsme nerozdělovali, zachycovali jsme však, do které skupiny konkrétní odpovědi patřily.

Kategorie, ke kterým jsme pomocí kódování dospěli, jsou následující:

- Význam rodičovství
- Role emocí
- Život bez dětí
- Řešení nedobrovolné bezdětnosti v partnerství
- Důsledky nedobrovolné bezdětnosti ve vztahu
- Role sociálního okolí
- Pomoc odborníků

9.1.1. Význam rodičovství

Do této kategorie jsme zařadili takové odpovědi, které zachycovaly, jaký význam má pro respondentky rodičovství, co pro ně znamená býti rodičem a co od této role očekávají.

Dítě jako smysl života

Všechny respondentky ze skupiny A a čtyři respondentky ze skupiny B považovaly roli rodiče za své životní naplnění, za smysl života. Dítě vnímaly jako něco, pro co může člověk žít – o životě bez něj hovořily jako o prázdném. Role matky pro ně byla zároveň povinností, životním úkolem a posláním. V dítěti viděly přesah své vlastní existence - to, co tady po nich zůstane, až ony nebudou.

- Adéla: *„Naplnění, něco, co pokračuje dál, můžu předávat dál, co jsem se naučila. Pokud bude zájem.“*
- Anežka: *„Takové krásné poslání, člověk dostane nějakou náplň do života, dostane cíl, má proč žít, je fajn, že se o někoho může starat.“*
- Agáta: *„Je to splnění takového toho životního poslání, které člověk cítí, že ho má. (...) Možná potom ta chuť někomu předat majetek. Pro někoho to jako dělat. Předat mu nějaké životní vědomosti, jako něco tady zanechat. Myslím, že tu myšlenku má každý člověk. Jako co tady po mně bude. “*
- Brigita: *„Asi naplnění života. Mně to přijde jako tak nějak smysl života. Proč by tady jinak člověk měl být? Neříkám mít třeba 10 dětí ale asi předávat něco, co sám získal v průběhu let, tak někomu dál. Asi takhle mi to přijde.“*
- Beáta: *„My to bereme jako smysl života, naplnění těch našich životů. Konečně splníme tu svoji „povinnost“ nebo něco takového. Že po nás nějaké děti zůstanou, pokusíme se je vychovávat tak, jak si myslíme, že je správné.“*
- Broňa: *„Asi nějaký naplnění života, pokračování; Připadá mi ten život bez dítěte takový jako prázdnější. Nebo i, ono to bude znít asi pateticky, ale že je to prostě taková role no, naplnění jako nějaký role, no.“*

Nové podněty

Tři respondentky ze skupiny A a čtyři respondentky ze skupiny B očekávaly, že jim dítě přinese do života nové podněty, které pro ně budou nejen oživením, ale díky kterým budou mít možnost se dále rozvíjet, vidět sebe a svého partnera v jiné roli, a tak dostanou příležitost k seberealizaci a seberozvoji.

- Adéla: *„Pro mě to je nová energie, nové podněty, protože já se po určitý čas budu muset přizpůsobovat jim (…). Jsou to nové podněty, nutí vás to pořád přemýšlet.“*
- Amálie: *„Jako posun někam jinam. Oba si vyzkoušíme nový role, oba se změníme, budeme mít jiný přístup k životu, jiný náhled na to, že se z nás vydolují úplně jiný věci. (…) Člověk v sobě pozná dosud netušené.“*
- Blanka: *„Člověk více dospěje, když zažije něco takového. Pořád má člověk zodpovědnost jen sám za sebe, ale mít ji i za někoho jiného, to mi přijde i jako zvláštní nový velký zážitek. To by byla ohromná změna.“*
- Barbora: *„Určitě dítě přinese nějakou změnu a oživení. Jak jsem říkala, je to další krok v tom vztahu, myslím, že by to přineslo i takové to celkový štěstí. Myslím si, že já budu hodně šťastná v té chvíli, teď mě to trochu trápí a potom prostě, budou jiné problémy samozřejmě, ale takový to prostě jako oživení.“*

Potřeba o někoho pečovat

Čtyři respondentky ze skupiny A a dvě respondentky ze skupiny B uváděly potřebu mít někoho, o koho se budou moct starat. Když v rodině dítě chybělo, měly potřebu si to kompenzovat péčí o někoho jiného.

- Anděla: *„Člověk si představil, že by si ho uzurpoval víc pro sebe, aby byl víc doma, vlastně ho opečovávat místo toho dítěte.“*
- Anežka: *„Je fajn, že se o někoho může starat.“*
- Adéla: *„Já ten čas po nějakou dobu vyplnila intenzivní péčí o děti v širší rodině, o rodiče svého otce a takhle ten čas běžel, mě to naplňovalo.“*
- Brigita: *„Člověk se chce starat, no…“*

Je „normální“ mít dítě

Dvě respondentky ze skupiny A a pět respondentek ze skupiny B považovaly dítě za přirozenou náplň života ženy. Mít dítě je podle nich normální, samozřejmé a správné. Zároveň měly často pocit, že od nich společnost dítě implicitně očekává a svou bezdětností se cítily stigmatizovány.

- Adéla: *„Do nějaké rodiny jste se narodila, všude okolo v rodině jsou děti, je zcela přirozený, že vám do té hlavy, do toho chování vejde model, že máte ty dva dospělý, jedno dvě děti a asi to auto.“*
- Agáta: *„On je to taky společenský tlak. Kamarádi všichni už ty děti mají, ty společné akce jsou jako pro ně a pro děti. Taková ta fakt klasika.“*

- Běta: *„Já to vždycky brala jako úplnou samozřejmost, že ty děti budou.“*
- Beáta: *„ Všichni čekali, že po svatbě bude dítě další přirozený krok.“*
- Blanka: *„Je to důležitá složka života, lidé o tom mluví, tráví tím spoustu času. Není to jako rybolov, který dělá 1 člověk z 10. I tohle mi na tom přijde takový nepříjemný, že je to tak strašně důležitá věc v lidským životě a člověk jako že by z ní byl úplně vyloučenej, to mi přijde líto.“*
- Barbora: *„Určitě pro ženskou je to naprosto přirozená věc, no. Ty biologický hodiny prostě opravdu naprosté většině ženských tikaj a to dítě ta ženská chce a je to takový přirozený, no.“*

Soudržnost partnerství

Čtyři respondentky ze skupiny A a tři ze skupiny B připisovaly dětem velký význam i v partnerství a to z hlediska jeho stability, sblížení a souhry s partnerem. Očekávaly, že díky dítěti si budou s partnerem bližší, že je společný potomek bude držet pohromadě a to i přes případné partnerské konflikty. Domnívaly se, že pro blaho dítěte by oba byli ochotni ustoupit z některých svých osobních zájmů, museli by se naučit koordinovat své aktivity tak, aby bylo vždy o dítě postaráno, což by přispělo k jejich vzájemné souhře.

- Adéla: *„Když ty děti máte, tak musíte s tím druhým kooperovat, musíte vymýšlet ty různý cíle nebo strategie se k těm cílům dostat, ať už je to úspora peněz na kroužek nebo péče o dítě, když má nějakou nemoc.“*
- Anděla: *„Očekávala jsem, že by nás nějak stmelily. (…) Myslím, že bychom to manželství asi udrželi, když by bylo tohleto, tak by člověk zase ustoupil z nějakých svých názorů, tolerance by byla trochu větší…kdybychom to dítě měli, tak by to manželství vydrželo. Myslím si, že on by měl ten samý názor na to.“*
- Anežka: *„Dlouhá doba bez dětí byla hodně náročná. Tím ten vztah taky svým způsobem utrpěl. Myslím, že kdybysme měli děti od začátku, víc by nás to stmelilo.“*
- Agáta: *„O tom jsem taky přemýšlela, jak nám ten vztah jako vydrží, když v něm nebudou ty děti. Jestli je to opravdu to lepidlo.“*
- Běta: *„když nejsou ty děti, jakoby ty dva nic nedrželo, není důvod, proč být spolu.“*
- Blanka: *„Určitě je to velké spojení v tom vztahu, že vás to víc spojí a víc jako společný zážitek.“*

9.1.2. Role emocí

Období nedobrovolné bezdětnosti označovaly respondentky jako emočně náročné. Emoce zaujímaly v této době významné místo a měly vliv na různé aspekty jejich života.

Negativní emoce

Toto období popisovaly všechny respondentky jako strašné a těžké, plné negativních emocí. Nejčastěji zmiňovanými emocemi byly smutek, strach, lítost, frustrace, beznaděj, ale také vztek a naštvání. Ženy se cítily často osaměle, ve stresu, trpěly pocity viny a méněcennosti, některé také úzkostmi a depresemi.

- Amálie: *„Bylo to hrozné, zlý sen, nechci na to ani vzpomínat (…) nejdřív se tam pořád prohlubovala beznaděj. Sebeobviňování, obviňování partnera, člověk hledá, kde je chyba.“*
- Anděla: *„Bezmoc, zklamání. Méněcennost, protože najednou si člověk připadá, že je někde mimo, že je takový jako mrzák že jo, že prostě nemůže tohle. Bylo to hrozný.“*
- Agáta: *„Deprese jsme neměla, měla jsem takové ty depky. Člověku se nic nechce, připadá si hnusnej, oteklej…že mám problém ten den s komunikací, vlastně nechci nikoho vidět, nechci se převlékat z pyžama.“*
- Adéla: *„Byl to ten strach, strach z toho, že se to nepodaří, pocit toho velkýho zmaru.“*
- Barbora: *„Občas se dostaví taková úzkost, občas vztek, proč zrovna já, občas smutek, že jakože co když se to nepodaří. Takové návaly těch nálad, no.“*
- Blanka: *„A určitě je to frustrující, že člověk si připadá jako nějaký smolař nebo černá ovce. Takový jako.“*
- Broňa: *„Měla jsem pocit, že nenaplňuju nějaké představy, které jsou na mě kladeny. Brácha taky nemá děti, takže máma nemá žádný vnoučata. Měla jsem pocit, jakože selhávám, takže to je takový složitý.“*
- Brigita: *„Hodně dlouho jsem to vnímala jako selhání, jakoby. Nevím proč, protože člověk to vlastně nedokáže ovlivnit, ale stejně prostě.“*

Vliv hormonů

Tři respondentky ze skupiny A a dvě respondentky ze skupiny B zmiňovaly vliv hormonů, které v rámci léčby užívaly a které ovlivňovaly jejich emotivitu. Samy sebe považovaly v tomto období za labilní – hovořily o výkyvech nálad a hysterických scénách. Častý byl u nich pocit, že se tak vlastně ani chovat nechtěly, ale že se nedokázaly ovládnout.

- Amálie: *„Člověk je labilnější, jak do mě cpali ty hormony, byla jsem nesnesitelná. (...) Zblbla jsem úplně, no. Člověk je zralý na psychiatrickou léčbu. (...) Člověk má pocit, že není vůbec sám sebou. (...) Měla jsem deprese, výkyvy nálad, byla jsem hysterická, dělala jsem mu hysterický scény.“*
- Agáta: *„Člověk neví, do čeho jde, jak to s ním třeba zamává ty hormony.“*
- Brigita: *„Hlavně nálady vlivem těch hormonů byly jak na houpačce, jak kdyby měl člověk maniodepresivní psychózu.“*
- Barbora: *„Bylo to pro mě těžký, jsem furt nastimulovaná nějakýma hormonama, člověk je přecitlivělý, bere to ještě hůř než by to bral normálně. Není to nic příjemného, nikomu bych to nepřála. (...) Chlap to v životě nepochopí. On si o tom něco přečetl nebo slyšel, že žena může mít blbý nálady, protože má rozházené hormony, ale nedovede si představit jaký to je, když jste protivná i sama sobě a nemůžete s tím nic udělat, protože to prostě nejde. Nechcete být protivná, ale nemůžete s tím nic udělat, Musíte počkat, až to přejde. Nic s tím člověk neudělá. Reaguji občas přemrštěně.“*

Naděje a zklamání

Motiv naděje a zklamání se v tomto životním období objevoval u čtyř respondentek ze skupiny A a čtyř respondentek ze skupiny B. Tyto emoce byly posilovány zejména možnostmi léčby, v jejíž účinnost ženy bezmezně věřily - přicházely do center asistované reprodukce s velkým očekáváním a téměř s jistotou, že se jim podaří ihned otěhotnět. Tato naděje byla pak vystřídána hlubokým zklamáním, když metoda, o jejíž účinnosti byly naprosto přesvědčeny, nepřinesla kýžený výsledek. Naděje, že jednou dítě mít budou, která je vedla k podstupování dalších kroků, se pak znovu objevila a mnohdy byla vystřídána další vlnou velkého zklamání.

- Adéla: *„byla to horská dráha, vždycky když jdete do nějakého centra jako reprodukčního centra, tak se ten člověk nebo aspoň já jsem se dost namotivovala, že teď je to jako tutovka a potom jedete dolů jak po tobogánu.“*
- Anežka: *„Byla jsem smutná, ale věřila jsem, že se to určitě nějak dá vyřešit, nikdy jsem neztrácela naději, že by to prostě nešlo…holt to bude větší úsilí, ale říkala jsem si, že to určitě nějak vyjde. (...) Když byl neúspěšný ten pokus, tak to bylo období, kdy se ten člověk propadl úplně dolů, sbíral naději, odvahu a sílu na to, aby se zase pustil do dalšího.“*
- Agáta: *„Taková ta naděje, tam je obrovská naděje, a pak obrovský propad.(...) Člověk je na vlně. Těšíte se, a pak najednou padáte, když se to nepovede. (...) Nemění se to. Je*

to pořád stejně – naděje a zklamání. (…) vždy se mi tam vinula tenká niť, že se to přeci jednou podaří.“

- Amálie: *„Když jdete poprvé, tak na to hrozně spoléháte, že to bude napoprvé a že to vyjde 100%. Není důvod, aby to nevyšlo. A pak to nevyjde. Já měla pozitivní test hned po tom prvním IVF, kdy jsem byla přesvědčená, že to vyjde. Tak jsem juchala, vždyť jsem to věděla, nikde není žádný problém, tak není důvod, proč by to nevyšlo. Test byl pozitivní. Tak to vyšlo, pohoda. Za 3 dny krvácení a samo se to pustilo pryč. To bylo zklamání největší.“*
- Barbora: *„Já byla přesvědčená, že se to povést musí. (…) Vím, že tam není velká pravděpodobnost úspěchu, ale byla jsem přesvědčená, že mně se to podaří, to byl šok. To je asi to nejhorší. Myslela jsme si, že to musí vyjít a nevyšlo, tak jsem byla nejvíc zklamaná.“*
- Blanka: *„Pořád říkám, že se to tedy podaří. (…) Člověk si připadá jako looser, je to takové zklamání, když to nevyjde. Momentálně je to nejvýkonnější metoda toto. Člověk se neubrání tomu, aby jako po tom pokusu nebyl zklamanej.“*
- Beáta: *„Když jsme měli to IVF, tak jsme hodně doufali. To už musí prostě…a ne. Zbylo nám jedno embryo potom, pak jsme byli na tom embryo transferu a taky nic. To si člověk říká tak sakra, když už ani tohle nevyjde.(…) Byli jsme zklamaní, každý měsíc to byly ty vlny - očekávání a pak to zklamání.“*

Emoce a vztah

Čtyři respondentky ze skupiny A a dvě ze skupiny B se shodovaly, že to s nimi partner neměl v těchto chvílích jednoduché a to zejména kvůli jejich labilitě. Respondentky přiznávají, že v tomto období byly jejich emoce jen těžko ovladatelné a ony často reagovaly přehnaně. Terčem jejich negativních emocí byl většinou právě partner.

- Amálie: *„Problém v partnerským vztahu byl hlavně u mě, že jsem byla fakt nesnesitelná ženská. On se choval vždycky hezky a nikdy to nějak nehrotil a neprožíval, akorát se mou si užil - měla jsem deprese, výkyvy nálad, byla jsem hysterická, dělala jsem mu hysterický scény. Kdo by chodil rád domů, když ho doma čeká ženská, která brečí z blbejch důvodů?“*
- Anděla: *„Já jak byla v tom stresu, tak to se mnou asi taky nebylo jednoduchý. On mi to ani teď nikdy neřekl (…), ale myslím, že to se mnou nebylo jednoduchý. Člověk byl vystresovaný, měla jsem to pořád v hlavě, takže to taky nebylo se mnou jednoduchý. Myslím si, že se to i jako zhoršovalo.“*

- Adéla: *„Partner to se mnou neměl lehký, ale pomohl mi tím, že se účastnil různých aktivit, takže mi pomohl udržet se v relativním duševním zdraví.“*
- Barbora: *„Do toho ty moje nálady. Při těch náladách z mojí strany ty výčitky jako, že ty to dítě ani nechceš, tobě to nevadí, že ho nemáme a to všechno souvisí se vším.“*

Těhotné ženy a malé děti

Pro čtyři respondentky ze skupiny A a pro čtyři respondentky ze skupiny B bylo emočně náročné setkávání s těhotnými ženami a malými dětmi nebo zjištění, že jejich kamarádky otěhotněly nebo porodily. Nebylo výjimkou, že se těhotným ženám nebo ženám s malými dětmi vyhýbaly, nechtěly s nimi mluvit, cítily vůči nim vztek a záviděly jim.

- Adéla: *„Říkaly jsme si, že bysme všechny ty krávy, co chodí s tím bachorem po ulici, pozabíjely, protože co mají to břicho vystrkovat na svět, když to nikoho nezajímá. Vedly jsme takový řeči, že ona si snad myslí, že jí pustíme sednout v té tramvaji.“*
- Agáta: *„Myslím si, že člověka to třeba bodne ve chvíli, když přijde na sraz (...) nechce se mi mluvit s těma holkama, co třeba mají ty děti.“*
- Anděla: *„Bylo to strašně těžký. Ještě když jsem koukala do kočárků, když kamarádka měla dítě, tak jsem to obrečela (...). Nejhorší bylo, když jsem potkala nějakou tu maminu s tím kočárem, to bylo asi pro mě nejhorší, takový to když jsem viděla to cizí štěstí, i když to někdy ani štěstí nebylo. “*
- Amálie: *„Takové ty stavy, kdy vám, někdo oznámí, že je těhotnej, čeká dítě. Taková ta lítost, že to třeba nikdy nepoznáte, že to třeba nebude nikdy. (...) Když mi někdo oznámil, že je těhotnej, cítila jsem závist, proč ona jako a já ne – klasika. Nechtěla jsem to cítit.“*
- Barbora: *„Troufám si říct, že tak 90, 95% mých kamarádek ty děti mají, navíc se pořád rodí okolo další a další, takže chvilkama jsem byla i ve stádiu, že jsem někam nechtěla moc na návštěvu za tím miminkem, protože jsem to špatně nesla. Když jsem se dozvěděla o někom novým, že otěhotněl, tak jsem z toho byla taky špatná, že jsem to kolikrát obrečela, takže prostě chvilkama je to takový trošku těžký.“*
- Brigita: *„Všechny ty kamarádky, které chodily s bříškem nebo rodily. Já jim to hrozně přála, ale zároveň, ale jsem i záviděla. Je to ošklivá vlastnost, ale člověk se tomu jakoby neubrání.“*
- Broňa: *„je to pro mě těžký doteďka, když vidím, že někdo v mém okolí otěhotní, tak to je pro mě pořád jako těžký. Nevim, je to takový zvláštní asi. Někdy si připadám, jako bych byla špatná, že to těm druhým jakoby závidím, i když jim to jako přeju, ale zároveň jako*

bych jim to záviděla, připadám si, jako bych byla špatná, že jsem z toho smutná, když vidím nějakou těhotnou ženskou, je to asi divný takhle to říct.“

Čím jsem starší, tím je to horší

Jedna respondentka ze skupiny A a tři respondentky ze skupiny B zmiňovaly, že jejich věk hrál významnou roli v emočním zvládání nedobrovolné bezdětnosti. Čím byly ženy starší, tím zvládaly neúspěchy v této oblasti hůře. Vysvětlovaly to tím, že plodnost ženy je značně závislá na věku a čím jsou starší, tím je také menší pravděpodobnost, že se jim otěhotnět podaří.

- Agáta: *„Nejhorší na tom je, že když člověk začne chodit po těch centrech, tak zjistí, že je pozdě nebo je to na poslední chvíli. Pak jsou z toho zase nervy. Ale zase kdo přemýšlí takhle brzo, co s tím.“*
- Broňa: *„Čím byl vyšší věk, tím to bylo horší, že jsem věděla, že mi prostě utíká jako čas.“*
- Beáta: *„Snažíme se to brát v klidu, ale jak ten věk přibývá, tak je ten tlak vnitřní i od okolí silnější.“*
- Brigita: *„Bohužel už mi není 20 zrovna, takže to je taky těžší.“*

9.1.3. Život bez dětí

Pod tuto kategorii jsme zařadili výroky, které se nějak vztahují k období, kdy byly ženy nedobrovolně bezdětné. Jsou zde zařazena témata, která jsou více osobní a týkají se více ženy samotné než jejího vztahu. Ženy se zamýšlely především nad tím, jak by jejich život vypadal a co by dále dělaly, kdyby se jim dítě nenarodilo.

Naplnění života bez dětí

Po nějaké době marného snažení o porození dítěte, přemýšlely všechny respondentky o jiné náplni svého života, o tom, jak žít bez dětí. Uváděly sice, že je možné najít si i jiné životní naplnění, jiné věci, které dají životu smysl, ale není podle nich jednoduché najít něco, co by jim rodičovství vynahradilo. Alternativy považovaly ženy většinou za cestu z nutnosti a nevnímaly je jako rovnocenné s životní cestou rodiče. Jako náhradní aktivity volily respondentky často další studium (3), kariéru (6), cestování (4), péči o zvíře (4) nebo osobní zájmy (7). Všechny respondentky ze skupiny A a tři respondentky ze skupiny B si dokázaly představit, že by svůj život byly schopny naplnit jinak a být i přesto spokojeny.

- Adéla: *„Je to o tom, aby člověk našel řešení pro ten způsob života jak dál bez nich; ono mít děti je na jednu stranu strašně jednoduchý, protože to dítě se vám narodí, vy jste nucena se o něj starat a to dítě pochopitelně roste, má změnu potřeb, když to dítě nemáte, tak ten čas musíte naplnit něčím jiným“*
- Anděla: *„Jezdili jsme na výlety, dělali jsme turistiku. Muž byl zaneprázdněn pracovně, já vlastně taky tu práci. Tím jsme si to vynahrazovali.“*
- Agáta: *„Říkala jsem si, že se budu dyštak víc věnovat té kynologii (...)Třeba jsem uvažovala, jestli nevyměnit práci. Když by se to nepovedlo, jestli nezměnit práci. Ta moje práci je taková poklidná, tak jestli neudělat krok v tom něco změnit. Kdyby se ty děti nepovedly. Nějak se urvat. Nebo nějakou bombastickou dovolenou. Nějak to jako vymezit. (...) Řešili jsme zase štěňata. Ty starosti jsou vlastně podobné, akorát ty štěňata odejdou z té rodiny dřív. Brala jsem si kvůli nim i dovolenou, domlouvali jsme se o nich jako o dětech. Je to slabá náplast, ale je.“*
- Amálie: *„Začala jsem se soustředit na práci. Změnila jsem práci, začali jsme hodně cestovat, užívala jsem si, nemám teď pocit, že by mi něco uteklo. Pořád jsme jezdili někde na víkendy.“*
- Barbora: *„Naplnění může být nějaký ten společný koníček, společná záliba. Cestování, nebo cokoliv jiného. Když nemáte ty děti, tak si ty peníze užíváte jen pro sebe. Postavit si třeba hezký barák, tenisový kurt, dvakrát denně hrát tenis. Nějaké společné záliby a v podstatě si musíte uvědomit to pozitivum toho, že to dítě není. Jediný pozitivum, které v tom vidím je, že se nemusíte na nikoho ohlížet. Odjedete si kdykoliv kamkoliv. Máte ten život sami pro sebe, takový volný.“*
- Broňa: *„Mám pocit, že ten čas zaplňuji něčím jiným, právě proto, že tam nejsou ty děti, snažím se ho vyplnit, aby tam nebylo to prázdno; kamarádky mi říkají, že to bys neměla čas na ty záliby, kdybys měla děti, a to já říkám, že mám ty záliby právě proto, že nemám ty děti.“*
- Beáta: *„Děti nemůže nahradit nic. To je tak specifická věc, že nedovedu si představit to, že si koupím psa nebo dům a to mi to nahradí. Myslím, že je rozdíl i dítě vlastní a adoptovaný. Není to úplně totéž. Nedovedu si představit, čím bychom si to vykompenzovali. Je to část života, kterou nejde nahradit. Nevím.“*

Náhradní rodinná péče

Možnost náhradní rodinné péče řadily respondentky někam mezi variantu mít vlastní dítě a žít život bez dětí. Viděly v ní jeden ze způsobů, jak naplnit svůj život, považovaly ji za

složitější cestu, jak se stát rodičem a realizovat tak své představy s tím spojené. Všechny respondentky ze skupiny A o této variantě uvažovaly, ne všechny ji však vyhodnotily jako správnou cestu. Adéla a Amálie podstoupily adopční řízení, ale než dostaly dítě, otěhotněly.

- Adéla: *„My jsme do té adopci šli, protože jsme chtěli naplnit náš vztah – získáte dítě, o které se můžete starat, máte možnost vytvořit s ním rodinu.“*

Agáta se rozhodla, že dítě s partnerem neadoptují. Anežka a Anděla by dítě rády adoptovaly, ale jejich partner s tím nesouhlasil.

- Anděla: *„Manžel adopci nechtěl. Já určitě ano. Kdyby nebylo vlastní, tak určitě. Já chtěla mít rodinu, dítě.“*
- Anežka: *„Pro mě byla adopce šance, možnost nějak se k tomu miminku dopracovat, když to nešlo přirozeně. Já jsem se těšila, mně by to nevadilo vzít si malý mimino, i kdyby nebylo moje.“*

Ze skupiny B o adopci uvažovaly čtyři respondentky - Běta by dítě ráda adoptovala, ale její partner s tím nesouhlasil.

- Běta: *„Já nad tím uvažovala, ale mýmu muži se do toho moc nechtělo. (…) Prostě jsem viděla, že bych na to byla sama a už jsem byla tehdy starší, zralejší, tak mi bylo jasný, že na výchovu dětí musí být dva a to hlavně na výchovu adoptovanýho dítěte, které přijde s nějakou genetickou výbavou, nějakýma návykama. Aby tohleto zvládli, musí být na to dva. Aby to dítě překonalo, že je adoptovaný. Mluvili jsme o tom spolu a měla jsem pocit, že ho to nezajímá. (…) Do adoptovaného jsem se bála jít sama.“*

Brigita uvažovala o pěstounské péči, Barbora a Blanka byly pro adopci rozhodnuté.

- Barbora: *„Já jsem přesvědčená o tom, že kdyby mělo dojít k tomu, že se nám to miminko nepovede, tak my jednoznačně půjdeme do adopce. Bavili jsme se o tom, partner tvrdí, že s tím nemá problém.“*

Pohodlnost života bez dětí

Všechny respondentky se shodovaly, že ačkoliv je život bez vytouženého dítěte v určitých ohledech obtížnější, je do jisté míry pohodlnější. Respondentky zmiňovaly, že bez dětí je život levnější, člověk je pánem svého času, může se věnovat sám sobě nebo se věnují s partnerem jeden druhému. Je zde určitá svoboda a volnost. Přestože si respondentky uvědomovaly tyto zdánlivé výhody, zmiňovaly, že ony samy je jako výhody nepociťují.

- Agáta: *„Je to strašně pohodlné. Tím, že ty děti máme tak pozdě, tak člověk zleniví, a zvykne si. (…) S partnerem jsme byli jakoby sami pro sebe. Věnovali jsme se svým potřebám. My dva jsme jeli na dovolenou, užili jsme si to.“*
- Adéla: *„Oproti vztahu s dětmi je to levnější. (…) vy pak zjistíte, že máte doma pohodu, klídek, pustíte si film, kdy chcete a jediný s kým se dohadujete, kam půjdete, je ten druhý.“*
- Amálie: *„Můžeme dlouho spát, my jsme oba spáči, jít si kam jsme chtěli, jsme oba dost společenští, máme rádi jít si někam posedět, do kina, cestovat. (…)Taková organizace vlastního času.“*
- Barbora: *„Teď je to ještě zábava, užíváme si, jezdíme na dovolené, nemusíme nic řešit, můžeme si dělat, co chceme.“*
- Brigita: *„Není tam asi tolik pravidel. Člověk si říká, kam jede nebo to, ale nemusí se plánovat. Jako když mi ráno zavolá, tamhle je nějaká akce, když točili film s motorkářema, přijedu v neděli - to jako problém není. Ve chvíli kdyby tam to mimčo bylo, tak bych po něm požadovala víc plánování. Že prostě musí se to nějak zharmonizovat.“*
- Beáta: *„V tom je ten život jednodušší, člověk se stará jen o sebe, nemusí řešit to, aby nějak neovlivňoval negativně ten život dětí. My teď děláme to, co se nám chce. Čas je taky velká výhoda.“*
- Broňa: *„No, asi je to u nás dost volnější v tom, že každý máme s manželem své koníčky a můžeme je realizovat (…) teď je to větší volnost, kdybychom byli rodiče, tak asi větší zodpovědnost nebo dělení se o práci. Můžeme svůj čas organizovat, jak my chceme a věnovat se tomu, co nás baví, nějakým svým zálibám.“*

9.1.4. Nedobrovolná bezdětnost v partnerství

Tato kategorie zachycuje oblasti partnerského života, které považovaly respondentky v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností a její léčbou za důležité.

Sexuální život

Tři respondentky ze skupiny A a tři ze skupiny B připouštěly, že v tomto období zaznamenaly změnu ve svém sexuálním životě. Tyto změny dávaly do souvislosti spíše s léčbou neplodnosti, než s neplodností jako takovou. Respondentky se v této době necítily dobře kvůli medikaci, kterou musely užívat, a proto o sex neměly zájem nebo naopak vyžadovaly sex v plodné dny a měly tak přesně naplánováno, kdy se bude souložit, což se

většinou nelíbilo jejich partnerům. Tyto faktory působily negativně na sexuální život partnerů, sexu ubývalo a přestával být vnímán jako radostný cíl, ale jako prostředek k dítěti.

- Amálie: *„Změnil se sexuální život, protože jsem chtěla pomalu sex podle hodinek, což se těm chlapům moc nelíbí, když je to plánované. To bylo hrozný.“*
- Agáta: *„Nejdřív se čeká, než se tam jde, pak ani člověk nemá chuť, je otrávený, unavený. Nehledě na to, když se jde na nějaký zákrok. Ta ženská nemá chuť ještě něco podnikat večer.“*
- Blanka: *„Když mi diagnostikovali tu neprůchodnost, měla jsem až takovej divnej vztah ke svému tělu. Zdálo se mi, že mě to tělo zradilo, že je tam něco o čem vůbec nevím a proč se to tam stalo, neměla jsem chuť na sex a i jsem divně chodila. (…) Určitě je to trochu takový stresující, jak člověk furt myslí na to, že by měl, když je ta ovulace a tohle a takhle, takže to je mírně negativní vliv, ale co tedy mělo hrozně negativní vliv, tak bylo to s těma vejcovodama. Což mě teda až jako překvapilo. Když jsme se to dozvěděli, tak jsme ani jeden vůbec na ten sex neměli chuť. Najednou má člověk pocit, že je nějaký divný.“*
- Brigita: *„Sexuální život se změnil a taky díky mně. Nebylo to takové to milování, že člověk chce a že se má rád, ale proto, že teď by to mohlo vyjít. A bylo to taky znát. Bylo to hodně znát bych řekla.“*

Podpora partnera

Podpora partnera byla důležitá pro všechny respondentky, ne všechny ji však dostávaly tolik, kolik by si přály. Vzhledem k tomu, že léčbou neplodnosti je zasažena především žena, vnímaly respondentky hlavní roli muže v tom, jakou jim poskytuje podporu. V tomto období to bylo pro mnoho z nich poprvé, kdy podporu partnera potřebovaly a kdy se mohlo projevit, zda jim ji dokáže poskytnout.

Pro Adélu, Agátu, Amálii, Beátu a Broňu byl jejich partner velkou oporou.

- Adéla: *„Já myslím, že dělal maximum. Řekli mi, abych držela nějakou dietu, tak jsme ji praktikovali spolu; řekli, abychom jako měli nějaké cvičení, tak jsme chodili spolu cvičit. Já nevím, co by jako chlap měl víc dělat.“*
- Amálie: *„Pomáhal mi. Nerozebíral ty věci, nemluvil, ale konal, no. Nebo snažil se. Byl držák. Když mě teď naštve, tak si vzpomenu na to, co chudák vydržel.“*
- Beáta: *„On mě do ničeho nenutí, ani mi nic nerozmlouvá. Musím říct, že on je v tomhle takový, že vůbec s ničím nemá problém, podporuje mě, do toho centra, když je potřeba,*

chodí, říká jasně, jasně, samozřejmě. To rozhodnutí nechává na mně. Je to především ženská záležitost. Ti chlapi to mají tak jednoduchý všechno.“

Pro Andělu a Brigitu zpočátku také, ale podpora partnera podle obou žen časem slábla.

- Anděla: *„Zpočátku podpora byla, já jsem se upínala, on se začal od toho problému odtahovat, bylo to pro něj jednodušší. Bylo tak jako - není to moje vina, co bys po mně ještě chtěla. Podpora se ztrácela.“*
- Brigita: *„Ze začátku mě ve všem podporoval, bylo to strašně příjemný, že jakoby člověk viděl, že máme společný cíl. Zajímalo ho to, bavilo. Ze začátku by šel úplně do všeho, miminko chtěl, a pak postupně ztrácel jakoby ne náladu, ale už to bylo pro něj spíš nutnost.“*

Barbora a Blanka se sice cítily být podporovány, ale ocenily by podporu větší.

- Barbora: *„Někdy reaguje tak jako, není na mě ošklivý, ale že bych potřebovala trochu větší psychickou podporu. Že je to jen takové odseknutí, ale vždyť to dopadne prosím tě. Není to takové citlivé. (...) Občas mi nepomáhá v tom, když začne rejpat do toho, že bych mohla zhubnout, což vím sama, ale ono to přes ty léky zas tak jednoduchý není. “*

Anežka a Běta od muže podporu necítily, připadaly si v tom samy.

- Anežka: *„Partner mě moc nepodržel, ani mě neshazoval, ale moc to neuměl. Neuměl vyjádřit nějakou empatii, účast, řešil si to asi sám v sobě. Nechtěl navenek dát najevo svoje pocity. Byla jsem v tom hodně sama.“*

Spokojenost v partnerství

Dvě respondentky ze skupiny A a dvě ze skupiny B připouštěly, že potíže s plodností negativně působily na jejich celkovou spokojenost ve vztahu. Tuto skutečnost dávaly do souvislosti s neúspěšnou snahou otěhotnět, která snižuje jejich spokojenost osobní, což se pak nutně promítá i ve spokojenosti partnerské.

- Amálie: *„Máte tendenci obviňovat buď sebe nebo toho druhého – co když je chyba na jeho straně, on nemůže mít děti, ve mně chyba není. Tyhle myšlenky tam jsou. A jsou dny, že člověk na toho druhého kouká a říká si, neměla bych jít za někým jiným, třeba by to s někým jiným šlo. To napadne asi každého.“*
- Anděla: *„Spokojenost se zhoršovala, nejdřív to byl nezávazný život před svatbou, pak těch několik let, tak čtyři až pět, to bylo takové, že to není po té stránce v pořádku a*

nebude, tak se to začalo zhoršovat, k tomu se přidávalo to, že jsme si přestávali rozumět v jiných věcech. Já měla své přátele, on své. Začali jsme se rozcházet v názorech na společenské problémy.“

- Blanka: *„Trochu úbytek tam je tý spokojenosti, člověk celkově je nespokojený trochu, ale není to zas tak drastický, takže řekla bych mírný úbytek.“*
- Brigita: *„Změna tam byla, podle mě přímo úměrná té délce toho snažení. Člověk se až příliš zaměřil na to jedno a hodně věcí šlo stranou a když začnete zanedbávat ta ostatní témata, tak to nejde. Ta spokojenost už tam taky není, no.“*

Partnera to tolik netrápí

Respondentky připouštěly, že nedobrovolná bezdětnost je obtížná také pro jejich partnery, ale často mívaly pocit, že ony se touto skutečností trápí více než jejich partner. Takového názoru byly dvě respondentky ze skupiny A a čtyři respondentky ze skupiny B.

- Amálie: *„Ten od začátku s tím neměl problém. Ten od začátku říkal jo, dobře, nejede přes to vlak, nepůjde to, tak budeme žít bez dětí, ten život si zorganizujeme jinak. Ten s tím neměl problém, ani s tou adopcí. Nebyl to středobod vesmíru, jestli to dítě bude nebo ne. Chtěl ho, ale nehroutil se kvůli tomu tak jako já. Ty ženy to prožívají mnohem víc.“*
- Brigita: *„Pro toho chlapa je to asi takový…jako neřeší to tolik jako. Určitě nemá tu touhu po tom dítěti tak silnou. Jo, kdyby se povedlo tak fajn, budeme mít miminko, budeme ho vychovávat, ale že by to nějak hrotil…To bylo kvůli mně spíš. Dobře, tak zkusíme to znova, zkusíme to dál. Ale asi ne ze svého přesvědčení. Podle mě všichni chlapi se s tím dokáží smířit mnohem lépe než ženy.“*
- Barbora: *„Ale myslím, že já ho chci mnohem víc. Jeho to v tuhle chvíli trápí to, co všechno podstupujeme, ale netrápí ho to, že zatím tady není ten malý tvoreček.“*
- Běta: *„Můj partner to tak neřeší, nebral to jako nějakou tragédii. (…)Byl jediný, o koho jsem se starala. Měla jsem pocit, že mu to tak vyhovuje, byl by rád, kdyby ty děti byly, ale když nebyly, nebral to jako tragédii.“*

Sdílení s partnerem

Respondentky se shodovaly v tom, že je potřeba s partnerem řešit praktické záležitosti týkající se návštěvy lékařů a zaplacení léků. V tom, zda s partnerem mluvily o svých niterných pocitech nebo zda preferovaly sdílení se svými kamarádkami nebo se ženami, které podobnou zkušeností prošly, se jednotlivé respondentky lišily.

Beáta a Barbora sdílely s partnerem vše a měly pocit, že se mluvením o tomto tématu jejich komunikace prohloubila.

- Beáta: *„Určitě s partnerem, s ním sdílím v podstatě všechno a ten mi v tom nejvíc pomáhá. (...) To je třeba to čeho si na něm cením úplně nejvíc. I když vím, že často mě jen poslouchá, tak to stačí. On mi třeba nemůže pomoc nebo ho to nezajímá, ale nikdy mi neřekl hele, dej mi pokoj. To oceňuji nejvíc. On mě nechá vymluvit, mně to stačí v tu chvíli.(...) že spolu prožíváme opravdu všechno a i o takovýhle věcech spolu mluvíme.“*

Agáta, Adéla a Běta mluvily cíleně s partnerem jen o některých věcech a zbytek probíraly se svými kamarádkami, protože měly pocit, že jim kamarádky lépe rozumí.

- Agáta: *„Ono s tím mužem jakoby se to hůř probírá tyhlety věci. (...) Jako bavíme se s manželem, jakože to nevyšlo, kdy tam jít, ale takové ty niterné pocity myslím, že by si ta žena měla řešit s jinou ženou ve stejné situaci. Je lepší pořešit si to nějak s jinou ženou radši. Lepší se sdílí ty pocity.“*
- Adéla: *„Většinou to můžete sdílet s tím svým partnerem, protože s ním máte mít nejblíž, když s ním máte ten sex, ale pak to nejblíž můžete sdílet s někým, kdo tou zkušeností buď prošel nebo prochází, protože u nikoho jiného nemáte ten pocit, že by vás tak hluboko pochopil.“*

U Brigity se komunikace ve vztahu vyvíjela - nejprve spolu s partnerem mluvily otevřeně o všem, co potřebovali, postupně se však jejich komunikace zhoršovala. Anežka, Amálie, Anděla, Blanka a Broňa by si přály s partnerem mluvit o těchto věcech více, ale měly pocit, že partner zájem nemá.

- Anežka: *„Neexistovalo, abych mu řekla nějaký detaily z toho, co se děje. Jemu to bylo až nepříjemný. Nechtěl to vědět, tak se to zacyklilo a dál to nešlo. Bavili jsme se, ale o věcech, co byly na povrchu, o tom, co bylo uvnitř, se nebavilo.“*
- Amálie: *„Že mi připadalo, že dusí v sobě nějaké věci, není jako já, že by všechno řešil s někým. Někdy jsem potřebovala, aby se choval jinak, než se choval. Aby se mnou mluvil o některých věcech. O některých věcech nemluvil. Neměl potřebu to rozebírat. Mně to v tu chvíli přišlo důležitý.“*

9.1.5. Důsledky nedobrovolné bezdětnosti ve vztahu

Jak bylo zmíněno výše, nedobrovolná bezdětnost, kterou partneři řeší, působí na vztah v mnoha oblastech jako je sexuální život, vzájemná podpora nebo společná komunikace. V této kategorii se budeme zabývat tím, jak podle respondentek toto životní období změnilo jejich vztah z dlouhodobého hlediska.

Výpovědi respondentek ze skupiny A popisují, v čem se jejich vztah působením nedobrovolné bezdětnosti změnil a co přetrvalo až do dnešních dnů, kdy dítě mají. U respondentek ze skupiny B jsme do této kategorie zařadili výroky, které se týkají toho, co si podle vlastního názoru z tohoto období odnášejí do dalšího života.

Sblížení

Tři respondentky ze skupiny A a čtyři respondentky ze skupiny B uváděly, že díky tomu, čím si s partnerem prošly, co všechno pro ně udělal, jak se zachoval a jak reagoval, mají pocit, že je toto období stmelilo, více se vzájemně poznali a vztah se tím upevnil. Respondentky nazývaly toto období jako „zkouškou vztahu" – měly pocit, že když společně ustály i toto období, už spolu překonají všechno. Díky této zkušenosti pokládaly vztah za vřelejší, hlubší, měly pocit, že funguje a byly si v něm jistější.

- Amálie: *„To byla taková zkouška, jestli ten vztah vydrží nebo ne, jestli chlap neuteče nebo ne. (...)Když se ta fáze překoná, chlap neuteče, žena se nezhroutí, tak to ty dva stmelí neskutečně. Otočí se to do toho, že zatěžkávací zkouška prošla a akorát to může posílit vztah, no. (...)Jasně, větší intimitu, větší semknutost, pocit, že opravdu o toho druhého se můžete opřít, takové to potvrzení, že je ten správnej chlap, že nezklamal v těch zásadních věcech. Protože to jsou zásadní věci, jak se postaví k takovýmhle problémům. Po všech těch peripetiích nás to stmelilo a hodně posílilo. (...) Když jsme ustáli tohle, že už nás asi nic nerozhodí. Že jsme to zvládli, aniž bychom šli od sebe."*
- Agáta: *„Že se ten vztah upevnil tím, že jsme měli problémy. (...)Já mám třeba za sebe pocit, že já manželovi díky tomu bezmezně věřím, vím, že se na něj mohu spolehnout a že prostě jako dokáže udělat spoustu věcí, které by normálně nedělal."*
- Adéla: *„Přijde mi, že ten vztah nabyl nových rozměrů, že je takovej jako hlubší nebo je vřelejší. Řekla bych, že jsem v něm klidnější, protože jsem takhle spokojená, vím, že ten vztah funguje."*
- Barbora: *„Jako v tomhle směru se to určitě posunulo asi trochu i v prohloubení jakoby toho vztahu. My jsme s partnerem od začátku byli hodně kamarádi. Máme takový ten vztah, že jsme nikdy neprošli takovou tou fází růžových brýlí, ale od začátku jsme byli*

výborní kamarádi, pak to přešlo ve vztah, ale myslím, že je to možná i lepší (…) Takže možná to prohloubilo, že spolu řešíme víc i jiné oblasti.“

- Blanka: *„Na jednu stranu nás to sblížilo, zatím jsme to všechno překonali a navzájem jsme se neurazili, neřekli jsme si nic. Jakože nebylo ta tak, že kvůli tobě nemůžu mít děti.(…) Ale tahle věc je pro oba hodně důležitá a oba se musíme učit čelit nějak tý situaci, která je pro oba důležitá a zvládnou to. A to si myslím, že je důležitý. Myslím, že lidi spolu mohou žít, všechno jim jde, prožijou spolu 20 let, ale vlastně se nikdy nepoznají. Ale díky takovýmhle situacím si člověk toho druhého tak osahá. Sbližuje nás to, víc ho poznávám.“*
- Beáta: *„Možná nás to trochu víc semklo, že máme takový jako společný zájem. Oba to chceme, oba pro to děláme, co jde.(…) Asi nás to jako sblížilo ještě trochu víc, než jsme předtím byli, i když i předtím jsme byli celkem propojení.“*

Konec vztahu

Ne všechny respondentky však mohly tvrdit, že prožité těžké období mělo na jejich vztah pozitivní dopad. Podle Anděly způsobily potíže s plodností konec vztahu, podle Anežky tyto potíže konec vztahu urychlily. Obě respondentky však zmiňovaly, že zdrojem konfliktů a neporozumění nebyly jen potíže spojené s nedobrovolnou bezdětností, ale roli hrály i jiné faktory. Podobnou zkušenost měla i Brigita, která konec svého vztahu klade za vinu výhradně řešení nedobrovolné bezdětnosti. Její vztah však neskončil definitivně, ale po několika měsících byl znovu obnoven.

- Anděla: *„Vztah tím skončil. Způsobilo to konec vztahu. (…) Měla jsem vztah k němu, byla bych i tolerovala, kdyby se rozhodl, že na to dítě bude platit, a že zůstaneme spolu. Ustoupila bych, kam se dalo, abych ten vztah zachovala. Ale když jsem to viděla, řekla jsem, že ne, že nebudu bránit tomu rozvodu.“*
- Anežka: *„Tím ten vztah taky svým způsobem utrpěl. Myslím, že kdybysme měli děti od začátku, víc by nás to stmelilo, byli bychom pružnější, myslím si, že by se manžel víc zapojil, ještě by nebyl zajetej v těch kolejích, ale myslím, že časem by to stejně neustálo. (…) Moc to nefungovalo. Možná měly vliv i problémy s plodností, ale po čtyřech letech po našem seznámení tam probíhaly paralelní vztahy z manželovy strany.“*

Spolu i bez dětí

Ačkoliv se všechny respondentky shodly, že toto období bylo složité i pro jejich vztah, všechny respondentky ze skupiny A a pět respondentek ze skupiny B říkalo, že díky této

zkušenosti si uvědomily, že by byly schopné žít v partnerství i bez vlastního dítěte, že by s partnerem našly nějaký jiný způsob, jak partnerství naplnit a zůstat spolu.

- Adéla: *„Já byla už na počátku rozhodnutá, že takhle s kým jsem, že mi to vyhovuje a šlo jen o to vyladit ty podmínky. Takže já jsem jako věděla, že on mě neopustí, když budeme bez dětí a já jeho taky ne, že budeme mít maximálně práci tam nacpat něco jinýho.“*
- Agáta: *„Kdybychom tam ty děti neměli, myslím, že bychom to spolu dokázali zvládnout i tak.“*
- Amálie: *„Tak bych řekla, že mě to mrzelo, že jsem nezažila to těhotenství, proto, že to dítě není, ale asi bychom uměli žít i bez nich.“*
- Anežka: *„Pokud se mají ti dva lidi rádi, tak jsou schopni to ustát ten vztah bez dětí. V podstatě se to určitě dá.“*
- Běta: *„My jsme se s tím vyrovnali, jsme spolu celou tu dobu.“*
- Beáta: *„Pro mě prostě ta priorita je ten vztah, mít partnera, na kterého se mohu spolehnout i v takovéhle situaci, když máme ty kritický okamžiky, já jsem hrozně ráda, že jsme si tím prošli a uvědomujete si to, když se něco děje, takže myslím si, že je super, že jsme spolu, máme se rádi. (…) Nechtěla bych dítě za cenu, že radši zkusím jiného partnera, že s ním to půjde. To mě jako nenapadlo.“*
- Brigita: *„Já nechci z toho vztahu jít pryč i ve chvíli kdyby mi prostě v konečné fázi řekl, že dítě už nechce. (…) Mně to hodně dalo, že vím, že s ním opravdu chci být.“*

Změny v komunikaci

Jedna respondentka ze skupiny A a tři respondentky ze skupiny B uváděly, že díky řešení nedobrovolné bezdětnosti se naučily s partnerem lépe komunikovat a jejich komunikace se stala otevřenější.

- Adéla: *„No, myslím si, že jsem zjistila, že nemá smysl, že ti chlapi to mají úplně jinak postavený. Že nemá smysl vymýšlet nějaký omáčky, a že spíš jako se vyplatí ta přímočarost tý komunikace a někdy když je to jako špatný, tak když má člověk pocit, že to ten muž nechápe, tak mu to klidně i bodově jako ne rozepsat, bodově jakoby nastínit, ty kroky, jo. Oni jsou v tý komunikaci, zvlášť když je to takový hlubší problém, tak mně přijdou dost, že potřebují tu schématičnost.“*
- Blanka: *„Možná že se i zlepšila komunikace, protože i když to není úplně jednoduchý, tak ale přeci jenom jsme byli nuceni se bavit o nějakých věcech dost zásadních. Pak když máme komunikovat o něčem, co mi předtím připadalo těžký, tak mi to teď přijde*

lehký, že jsme si tu cestičku prošlapali kolem závažnější věci jako třeba právě to IVF. Pak třeba ty věci jakou uděláme podlahu, mi nepřijde jako problém vyřešit.“

- Barbora: *„To si myslím možná tomu spíš jakoby pomohlo, že jsme o spoustě věcí začali víc mluvit.“*

Naopak jedna respondentka ze skupiny A a jedna ze skupiny B uváděly, že se komunikace ve vztahu v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností trvale zhoršila. U obou těchto respondentek vztah skončil.

- Anděla: *„Zhoršovalo se, omezovalo se to pak na nějaké základní věci, jako když si nemáte moc co říct o jiných věcech, tak se ta komunikace určitě narušuje a potom k tomu konci to bylo takový už: kdes byl, proč si tam nebyl. Já viděla, že se už něco začíná dít kolem…Bylo to docela ošklivý.“*
- Brigita: *„Ze začátku jsme o tom hodně mluvili, což mi taky hodně pomáhalo. (…) My jsme bývali hodně komunikativní, bavili jsme se úplně o všem, dokázali jsme propovídat noc, ale to postupně někam utíkalo, někam to uniklo. (…) Utíkal od té komunikace ke svojí práci. Je takový blázen do programování nebo tak. Má ten svůj svět a začal se zavírat i přede mnou. Takže ta komunikace tam začala váznout, až skoro umřela.“*

9.1.6. Role sociálního okolí

Respondentky si uvědomovaly, že jejich sociální okolí hraje důležitou roli v tom, jak tento obtížný životní úsek zvládaly. Podporu okolí nebo naopak jeho nepochopení prožívaly velmi intenzivně. V této kategorii mapujeme oblasti sociálního života respondentek, které nějakým způsobem během tohoto období na respondentky působily.

Podpora rodiny a přátel

Čtyři respondentky ze skupiny A a čtyři participnatky ze skupiny B se shodovaly, že kromě partnera je nejvíce podporovala jejich rodina a nejbližší přátelé. Právě tito lidé jim pomáhali toto nelehké období zvládnout.

- Anežka: *„Potřebovala jsem podporu od kamarádky, od rodiny, s těma jsem to hodně řešila. (…) Všude mě na ta ošetření vozily kamarádky, manžel tam šel jen ke svému odběru, jinak se o to nezajímal.“*
- Agáta: *„Myslím si, že tam člověku pomohou ti kamarádi, někam se třeba jede, musí se to nějak odlehčit. (…) Myslím, že by v tom člověk neměl být jen sám. Je důležité mít*

v životě ty přátele, koníčky, mít plnohodnotný život, umět si to zpestřit. (…) Moje rodina je v pohodě, neměli ty poznámky, jako kdy budete mít děti. Ani do svatby mě nenutili. Říkali, že svět se nezboří, když nebudu mít děti.“

- Amálie: *„Když jsme podali žádost o adopci, překvapili mě lidi, jak kolegové, přátelé, tak i přátelé muže, nenašel se nikdo, kdo by byl negativní, kdo by se na nás koukal skrz prsty, kdo by to řešil nějak. Byli všichni nadšení, přáli nám to, fandili nám. Nikdo se nezatvářil, že bychom neměli, nesnažil se nám to rozmlouvat, ať jsme podnikli cokoliv, tak všichni stáli za náma a podporovali nás.“*
- Anděla: *„Oporou pro mě byli rodiče, byla jsem vlastně sama, ti stáli při mně celou dobu. To mně pomohlo hodně. I ty přátelé teda v té práci nebo tak. Ty vztahy byly dobrý.“*
- Běta: *„Určitě tam byla podpora, dokonce jedna kamarádka se mi nabídla, že ona měla dvě maličké děti a byla zřejmě velmi plodná, že mi teda porodí dítě, tak to jsem samozřejmě nepřijala. Bylo to od ní hezký, ale považovala jsem to za blbost.“*
- Broňa: *„Podporu jsem měla úplně nejvíc asi od jedný kamarádky, která má ten samý problém, která trvale potrácela, až to vyřešili adopcí, tak od tý. A hlavně to, že ty pocity jsou stejný, že nemám pocit, že jsem jako výjimečná nebo divná.“*
- Barbora: *„Máme těch kamarádů fakt hodně a jako tohleto mě určitě drží nad vodou.“*

Dostatečné možnosti sdílení

Čtyři respondentky ze skupiny A a pět respondentek ze skupiny B uvádělo, že pro ně bylo důležité, aby mohly své potíže s někým sdílet, a tak se ze svého trápení vypovídat. Oceňovaly už jen to, byl-li někdo ochotný jim trpělivě naslouchat. Kromě partnera sdílely své pocity většinou s rodinou a přáteli, případně se ženami, které měly stejnou zkušenost.

- Agáta: *„Je dobré mít přátele, zavolat jim. Než jsem volala do nemocnice, volala jsem nejdřív pěti lidem. Oni pak volali mě, to jsem bulela a vykecala jsem se z toho. Myslím si, že by se v tom neměl člověk dusit sám.“*
- Anežka: *„Stačí jen, když se člověk potřebuje vypovídat, tak stačí, když vyslechne a ani na to nemusí kolikrát reagovat. Myslím si, že ne. Nejlepší bylo, že jsme o tom mluvili, dodávali mi tu potřebnou sílu, tím, že mě utvrzovali v tom, že je fajn to nevzdat, jít dál.“*
- Amálie: *„Jsem ráda mezi lidma, jsem taková slepičí prdelka, potřebuji se vymluvit ze všeho, nedusím věci v sobě. To mi pomáhá nejvíc. Řešila jsem to kde s kým, ale hodně*

mi to pomáhalo, no. Když mě někdo vyslechl, když jsem to mohla někomu říct a bavit se o tom.“

- Adéla: *„Ale pak to nejblíž můžete sdílet s někým, kdo tou zkušeností buď prošel nebo prochází, protože u nikoho jiného nemáte ten pocit, že by vás tak hluboko pochopil.“*
- Blanka: *„Mám kamarádky a každá věděla, kdy tam jdu. Nemusela jsem o tom bezprostředně s tolika lidma mluvit. Jen s minimem kamarádek, které na tom byly víckrát, tak to tak společně sdílíme.“*
- Beáta: *„Vím, že ta jedna z těch kolegyň to aktivně řeší podobně jako my a nějak to nevychází (…) je to dobrý, když se sejdem, říkám si, že v tom nejsme sami, těch párů je teď čím dál tím víc. (…) Když mám ty kamarádky s podobnými problémy, tak i s nima to řeším, ale úplně ne s každým.“*
- Brigita: *„Člověk má nějaké kamarádky, které ví úplně všechno. (…) Sdílím to se švagrovou. Ráda bych řekla, že se svojí sestrou, ale nakonec je to švagrová. S ní určitě jakoby všechno a jinak kamarád psychiatr.“*

Okolí dělalo, co dělat nemělo

Čtyři respondentky ze skupiny A a pět respondentek ze skupiny B se setkalo ve svém okolí nejen s podporou a s pochopením, ale také s lidmi, kteří jim jejich náročnou situaci ještě ztěžovali. Jako nejvíce zatěžující vnímaly respondentky nevhodné poznámky okolí (3), nepříjemné otázky (4), chlácholení (2) nebo nevyžádané rady (5). Některé respondentky (3) komentovaly často dávanou radu „ ať na to nemyslí a ono to hned půjde“, jako naprosto nesmyslnou a nevhodnou. Jiné (3) zase vyváděly z míry malicherné problémy, které řešili ostatní.

- Anděla: *„I reakce některých lidí z okolí byly záporné „Tak kdy to bude? Na co čekáte? To nic nechcete?“ člověk se naučil na to nějak mechanicky odpovídat.“*
- Brigita: *„Mně vadí, že se ti lidé na to pořád ptají. Kdyby to nechali a počkali, až o tom člověk začne mluvit sám, je na to připravený a má potřebu jim to sdělit, ale takovýhle témata, když zjistí lidi, tak se na to pořád vyptávají. Je to pak jediný téma a to mě spíš ubíjí, než aby mi to pomáhalo. Člověk se chce spíš od toho odreagovat od toho tématu a je to spíš naopak.“*
- Broňa: *„Všichni mě štvali těma řečma, co k tomu jako vedli. Vždycky říkám, já nechci slyšet nic. A to bylo takový: to ještě otěhotníš, neboj. Ale já nejsem malý dítě, mně nikdo nemusí slibovat žádné pohádky, žiju v realitě.(…) Rozčiluje mě to, když slibujou to, co nemůže bejt, jako: jo, to ještě otěhotníš, hodně ženských má děti pozdě. To bude*

dobrý. Tak si říkám, proč mi říkají ty bláboly, když to nemůžou vědět. A nebo mě rozčilují takový ty reakce, že bych ty děti mít neměla, že je to nějaká vyšší moc, proč to tak jako je a tak. Že je teda asi mít nemám a tak.“

- Barbora: *„Každý vám říká, každej, kdo se s tímhle problémem nesetkal, tak vám říká – ty se na to moc soustředíš. To se na to nesmíš tak soustředit, jenomže ono, pokud to začnete řešit v centru asistované reprodukce (…) absolutně nejde se od toho oprostit a pokud jdete na to IVF, tak vůbec ne. (…) Nějaký lidi by se měli krotit v těch otázkách a připomínkách. Potom už to trochu bolí, takový ty dotazy.“*
- Agáta: *„Oni všichni říkají, ať na to nemyslím. Jenže ono to nejde. Člověk si jde na hormony, na kontrolu, pak se tam musí dostavit kolikrát. Není možné na to nemyslet. (…)To že spousta lidí ani nevěří, že ta rodina děti bude mít a dává to najevo, Schovali jsme ti věci, ale teď jsme je dali někomu, protože vy už je nebudete potřebovat.“*
- Adéla: *„No zvládala se mi hůř třeba situace, kdy to přišlo do období těch Vánoc. To byl problém, protože samozřejmě ta rodina se nějak schází, vy to zásadě nechcete prezentovat, ty děti tam figurují, z těch lidí to jejich osobní štěstí jen kape, ale oni si stále stěžují. Přišli mi úplně padlí na hlavu si stěžovat, že chlapeček ještě má plíny a už jsou mu 2 a neumí jíst příborem a už jsou mu 4 a oni ho dali do té školky, do které tak chtěl a on tam brečí. Takový malicherný problémy prostě.“*

Nepříjemné zkušenosti během léčby

Vzhledem k tomu, že všechny respondentky nedobrovolnou bezdětnost řešily ve zdravotnickém zařízení, z toho devět podstupovalo metody asistované reprodukce, působila i tato zkušenost na jejich psychickou pohodu. Dvě respondentky ze skupiny A a čtyři respondentky ze skupiny B vyjadřovaly nespokojenost s přístupem zdravotníků - měly pocit, že je léčba degradující, že zdravotníkům nejde o pacientky ale o zisk. Chyběl jim osobnější přístup ze strany zdravotnického personálu.

- Agáta: *„Ztěžoval mi tu situaci možná ten přístup ze strany doktorů. To je otázka jestli můžou nebo nemůžou, jak tam to je. Na tom není nic extra lidského. (…) Jede to jedno vyšetření za druhým, jedna zkouška za druhou. Ten přístup není moc lidský. Je to business, oni se chovají korektně, ale žádné city v tom nejsou.“*
- Adéla: *„Já jsem docela bojovný člověk, tak jsem měla pocit, že ten stůl přeskočím a jednu mu fláknu (lékaři). Protože mi to připadalo, že je to takovej sado maso a říkala jsem si, že je docela mladej na to, aby byl takovejhle sprostej. (…) Nebo vám embrya zavádí katetrem a řeknou vám, že tam mají lepší katetr, ale za ten zaplatíte 1200.*

Chcete ten na pojišťovnu nebo si zaplatíte ten lepší? Neustále slyšíte věty typu: nejlepší fertilita ženy je mezi 25 a 30 rokem, no to se nemůžeme divit. Tam se nikdo nedivil. Já jsem se osobně nedivila, já jsem tam byla proto, aby mi pomohli a ne abych poslouchala tohleto. Já jsem čekala, že mi řeknou, budem proto dělat maximum.“

- Broňa: *„Jinak jsem se až na tuhle sestru nesetkala s tím, že by byli přímo nepříjemní, ale že nemají moc času se pacientovi věnovat, dát mu nějaké informace, nechat mu klid na to se rozhodnout. Nebyl tam nikdo, kdo by mi dal nějakou oporu nebo bych se u něj mohla vypovídat. Myslím, že by tam určitě měli mít nějakého psychologa, protože po této stránce to bylo hrozné. Když jsem tam přišla s tím mimoděložním těhotenstvím, hned tam na mě vysypali nějaké informace, já jsem se zhroutila, brečela jsem a oni po mně chtěli hned nějaký podpis a rozhodnutí o zákroku, který ale stejně dělali až za několik dní, takže to vlastně vůbec nespěchalo.“*
- Brigita: *„Tvrdí, že je to ozkoušený, ale pak se dočtete, že by vám to neměli dávat dýl jak půl roku a to se ví poslední rok, dva. Dřív to dávali úplně běžně. Jsou z toho cysty. Oni hlavně peníze, peníze, ale aby úplně všechno vysvětlili, upozornili na ty rizika, co to přináší, to si musí člověk hledat na internetu sám. Ne ke všemu má člověk ale přístup.“*
- Barbora: *„Ty prohlídky u toho doktora, tam u toho Apolináře je to docela sadistický prostředí, jak tam sedíte před tím CAR a vedle sedí ty ženy s těma bubnama. Tam je to šílený.“*

9.1.7. Pomoc odborníků

Pro některé respondentky bylo toto období natolik obtížné, že se rozhodly vyhledat pomoc odborníka, od kterého očekávaly, že jim pomůže situaci zvládnout. Vyhledávaly buď pomoc farmakologickou nebo psychoterapeutickou nebo obě formy pomoci kombinovaly.

Respondentky, které vyhledaly psychologickou pomoc, se částečně překrývají s těmi, které užívaly psychofarmaka. Čtyři respondentky využívaly obě formy pomoci, dvě pouze jednu z nich a pět respondentek nevyužilo žádnou odbornou pomoc.

Užívání psychofarmak

Jedna respondentka ze skupiny A a čtyři respondentky ze skupiny B udávaly, že v určitém období během léčby neplodnosti užívaly psychofarmaka - antidepresiva nebo anxiolytika. Respondentky se shodovaly, že léky začaly brát až ve chvíli, kdy začaly považovat své emoční stavy za nezvladatelné.

- Amálie: *„Jo, když jsem trpěla nespavostí, pak mi napsal známej antidepresiva na 4 měsíce.“*
- Brigita: *„Najednou jsem nespala, nejedla, naštěstí jsem zavolala kamarádovi psychiatrovi, on říkal, přijeď, dal mi léky na nějaké zklidnění. Spíš abych to dokázala zvládat. Měl o mě strach.“*
- Blanka: *„Úplně jsem se sesypala a musela jsem začít brát cipralex, podruhé životě. Špatně jsem spala, měla jsme příznaky nervového vyčerpání.“*
- Barbora: *„Občas, tak jednou za měsíc mě přepadne úzkost, tak pro ten případ mi předepsal benzodiazepiny, že si před spaním vezmu, ale nic dlouhodobě, jako třeba SSRI, nic neberu.“*

Psychologické péče

Psychologickou péči v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností vyhledaly dvě respondentky ze skupiny A a tři respondentky ze skupiny B. Čtyři respondentky uváděly, že jim intervence psychologa pomohla. Ženy nejvíce oceňovaly možnost se vypovídat, aniž by měly pocit, že tím zatěžují své okolí. Obohatil je rovněž pohled odborníka, díky kterému viděly svou situaci z jiného úhlu pohledu.

- Amálie: *„Pomohlo mi to. Já se ráda svěřuju, ráda mluvím, takže tam bylo to, co bylo i u kamarádů, ale na jiné úrovni, že mě vyslechl. Povídal se mnou o tom, zajímalo ho to. To co potřebují ženy asi nejvíc. Mít to s kým sdílet.“*
- Blanka: *„Když řeším nějaký problém, tak to tak udělám, že zajdu k psychologovi párkrát v nějakým období. Využívám to v různých situacích a využila jsem to i teď, probrat to s někým nezávisle.(…) Pomáhá mi, že to mohu říct tak, jak to cítím i v dlouhé době. S těma přátelema mám problém, že nechci mluvit až tak dlouho nebo že ty jejich reakce jsou ovlivněny příliš jejich zkušeností. Přijde mi dobrý to říct někomu, kdo na to má takový neutrální pohled.“*
- Barbora: *„Já navštěvuji psychiatra teda. Ale on je i psychoterapeut. (…) Tomu doktorovi se člověk svěří přesto, že je to úplně někdo cizí, tak se mu s tím problémem svěří a řekne mu to a ten člověk, tím, že je cizí, tak se nás kouká zase z úplně jinýho úhlu pohledu, řekne Vám k tomu něco úplně jinýho. V tomhle směru je to asi jako příjemný. Konzultace jsme neměli nikdy moc dlouhý.“*

Jedna respondentka měla pocit, že jí návštěva odborníka nic nepřinesla.

- Broňa: *„A zvlášť pak jsem šla ještě za jednou terapeutkou, která taky řešila v psychiatrickém centru ty úzkosti a protože jí jako hodně věřím, tak jsem to s ní jako taky probírala. (...) no, spíš mi to moc nepomohlo. Obě byly pro to spíš, abych děti neměla, protože obě děti nemají.“*

9.1.8. Tabulky zachycující četnosti odpovědí vyskytujících se v jednotlivých kategoriích

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Dítě jako smysl života	5	4	9
Nové podněty	3	4	7
Potřeba o někoho pečovat	4	2	6
Je normální mít dítě	2	5	7
Soudržnost partnerství	4	3	7

Tabulka 3 - Četnosti odpovědí v kategorii „Význam rodičovství“

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Negativní emoce	5	6	11
Vliv hormonů	3	2	5
Naděje a zklamání	4	4	8
Emoce působí negativně na vztah	4	2	6
Těhotné ženy a malé děti	4	4	8
Čím jsem starší, tím je to horší	1	3	4

Tabulka 4 - Četnosti odpovědí v kategorii „Role emocí“

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Naplnění života bez dětí	5	3	8
Chtěli náhradní rodinnou péči	4	4	8
Pohodlnost života bez dětí	5	6	11

Tabulka 5 - Četnosti odpovědí v kategorii „Život bez dětí“

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Negativní vliv na sexuální život	3	3	6
Podpora partnera	4	5	9
Pokles partnerské spokojenosti	2	2	4
Partnera to tolik netrápí	2	4	6
Vyhovující sdílení s partnerem	2	3	5

Tabulka 6 - Četnosti odpovědí v kategorii „Nedobrovolná bezdětnost v partnerství“

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Sblížení	3	4	7
Konec vztahu	2	1	3
Spolu i bez dětí	5	5	10
Zlepšení komunikace	1	3	4

Tabulka 7 - Četnosti odpovědí v kategorii „Důsledky nedobrovolné bezdětnosti ve vztahu“

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Podpora rodiny a přátel	4	4	8
Dostatečné možnosti sdílení	4	5	9
Okolí dělalo, co dělat nemělo	4	5	9
Nepříjemné zkušenosti během léčby	2	4	6

Tabulka 8 - Četnosti odpovědí v kategorii „ Role sociálního okolí“

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Užívání psychofarmak	1	4	5
Psychologická péče	2	3	5

Tabulka 9 - Četnosti odpovědí v kategorii „Pomoc odborníků“

9.2. Analýza výsledků získaných metodou „Škála obsažení druhého ve vlastním já“

Výsledky získané metodou „Škála obsažení druhého ve vlastním já“ byly pouze doplňující k rozhovoru. Cílem použití této metody bylo zmapovat oblast intimity jiným způsobem než verbálně, protože předpokládáme, že pro některé respondentky může být neverbální způsob příjemnější a může lépe vystihovat podstatu zkoumaného fenoménu. Získané výsledky zobrazíme pomocí tabulek 10 a 11.

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Zvýšení blízkosti	2	4	6
Snížení blízkosti	2	1	3
Bez změny	1	1	2

Tabulka 10 - Četnosti odpovědí zachycených metodou „Škála obsažení druhého ve vlastním já“

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Průměr zvýšení blízkosti	1,5	1	1,17
Průměr snížení blízkosti	3,5	5	4

Tabulka 11 - Průměry odpovědí zachycených metodou „Škála obsažení druhého ve vlastním já“

Získané výsledky odpovídají tomu, co jsme zjistili v rozhovoru. Respondentky, které v rozhovoru zmínily, že se jejich vztah s partnerem zlepšil a že jsou si nyní blíž, se shodovaly až na jednu výjimku s těmi, které zlepšení označily i v rámci této metody. Respondentka, která v rozhovoru zmínila, že jsou si díky tomuto období s partnerem blíž, označila kolečka, která se překrývají nejvíc již ve chvíli, kdy měla vztah hodnotit před tím, než řešili s partnerem nedobrovolnou bezdětnost, a tedy neměla již kam postupovat.

Zmenšení blízkosti zaznamenaly do „Škály obsažení druhého ve vlastním já“ ty respondentky, které v rozhovorech zmiňovaly, že jejich vztah s partnerem skončil. Výsledky získané oběma těmito metodami si tedy vzájemně odpovídají.

Tabulka, která znázorňuje průměrné zvýšení respektive snížení blízkosti, zachycuje, o kolik stupňů (koleček) se blízkost ve vztahu podle partnerek změnila (tedy rozdíl vnímané partnerské blízkosti v období před řešením nedobrovolné bezdětnosti a po ní, respektive nyní).

10. SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ EMPIRICKÉ ČÁSTI

V této kapitole představíme výsledky analýzy a na data se podíváme z hlediska stanovených výzkumných otázek. Rovněž mezi sebou porovnáme respondentky, které nedobrovolnou bezdětnost řešily v minulosti, ale nyní již dítě mají (skupina A) a respondentky, které jsou aktuálně nedobrovolně bezdětné (skupina B).

10.1. Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná otázka: Co znamená pro nedobrovolně bezdětné ženy rodičovství?

Respondentky vnímaly rodičovství jako přirozenou součást života ženy, býti matkou považovaly za své životní naplnění a jakési poslání. Rodičovství vnímaly jako smysl lidské existence a života vůbec. Mít dítě považovaly za samozřejmé a „normální".

Očekávaly, že dítě přinese do jejich života nové podněty, něčím je obohatí, budou moci o někoho pečovat a díky němu budou mít příležitost k seberozvoji a seberealizaci. Co se týče partnerství, respondentky očekávaly, že díky dítěti si budou s partnerem bližší a jejich vztah bude stabilnější.

Výzkumná otázka: Co ženy v rámci nedobrovolně bezdětného vztahu prožívají?

Respondentky prožívaly v tomto období mnoho negativních emocí, nejčastěji smutek, strach, úzkost, lítost, depresi, ale i vztek. Považovaly se za přecitlivělé a labilní a to zejména vlivem hormonů, které užívaly. Často se u nich střídaly pocity naděje a zklamání, což dávaly do souvislosti s léčbou - bezmezně věřily v její účinnost a následně byly zklamané neúspěchem. Emoční labilitu vnímaly respondentky negativně i s ohledem k jejich partnerskému vztahu - většina respondentek reflektovala, že často jednala přehnaně a neadekvátně situaci, což pro jejich partnera nebylo jednoduché.

Pro mnoho respondentek bylo emočně náročné setkávat se s těhotnými ženami a někdy i s malými dětmi. Nedobrovolnou bezdětnost snášely také hůře, čím byly starší.

Výzkumná otázka: Jaký je vztah nedobrovolně bezdětných partnerů optikou partnerek?

Všechny respondentky se shodly, že toto období bylo pro jejich vztah náročné. Respondentky byly v emoční nepohodě, což se odrazilo ve spokojenosti v celém jejich životě, partnerský vztah nevyjímaje.

Popis partnerského vztahu se u jednotlivých respondentek lišil, shodly se však na tom, že hlavní břemeno léčby neplodnosti nese žena a od svého partnera očekávaly určitou podporu. V tom, zda ženy považovaly podporu svého partnera za dostatečnou či nikoliv, se opět jednotlivé respondentky lišily.

V některých případech si respondentky nemyslely, že by byl jejich partner v tomto problému příliš angažovaný a cítily, že jej situace tolik netrápí. Jiné naopak oceňovaly podporu, kterou jim partner poskytoval, a mluvily o tom, že díky této zkušenosti měly příležitost poznat, co všechno je pro ně partner ochoten udělat.

Také sdílení tohoto tématu s partnerem probíhalo u jednotlivých párů odlišně. Všechny respondentky tento problém alespoň částečně s partnerem sdílely, ale často měly ještě někoho, s kým jej probíraly. Jednalo se buď o přátele, odborníky nebo o ženy, které prošly podobnou zkušeností, díky čemuž měly naše respondentky pocit, že jim rozumí nejlépe. Způsob a míra komunikace s partnerem se u jednotlivých respondentek lišila a lišila se také jejich spokojenost s tím, jak s partnerem komunikují. Některé ženy by ocenily, kdyby s nimi partner mluvil o problému více, jiné naopak preferovaly sdílení s přáteli.

Výzkumná otázka: Dochází podle partnerek v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností ve vztahu k nějakým změnám?

Respondentky vnímaly období nedobrovolné bezdětnosti často jako zkoušku vztahu. Měly pocit, že pokud s partnerem překonají toto období, bude jejich vztah posílen. Ve většině případů respondentky reflektovaly, že z dlouhodobého hlediska buď došlo v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností ke sblížení partnerů, nebo jejich vztah naopak skončil. Respondentky mluvily o tom, že si díky této zkušenosti utřídily své životní hodnoty a mnoho z nich si uvědomilo, že chtějí se svým partnerem zůstat a to i v případě, kdyby děti mít nemohly. Díky této zkušenosti měly možnost poznat svého partnera jinak, než v běžném životě.

Všechny respondentky připouštěly, že toto období bylo pro jejich vztah složité – partnerská spokojenost se podle některých z nich v tomto období zhoršila.

Některé respondentky mluvily o zhoršení v oblasti sexuální, což však dávaly do souvislosti spíše s léčbou než s neplodností jako takovou. Změna nastala podle některých respondentek také v partnerské komunikaci - z dlouhodobého hlediska docházelo často ke zlepšení.

Z odpovědí na naše výzkumné otázky vyplývá, že období nedobrovolné bezdětnosti nebylo pro partnery jednoduché a problémy s plodností se odrážely ve fungování

partnerského vztahu. Díky této složité životní situaci však měli partneři příležitost se lépe poznat a zjistit, jak oni sami i jejich partner reagují v těžkých životních situacích. Toto období můžeme nazvat „zkouška vztahu“, protože podle našich výsledků většina vztahů, která se během řešení těchto problémů nerozpadla, se naopak upevnila. Domníváme se, že důležitou roli v tom, jak se s nedobrovolnou bezdětností pár dokáže vyrovnat, hraje touha partnerů po vlastním dítěti (zda touží po dítěti oba partneři, zda vidí v dítěti jediný smysl svého života), preference biologického rodičovství nebo zachování současného vztahu a otevřená komunikace.

10.2. Další výsledky

Během analýzy rozhovorů, jsme došli k výsledkům, které nelze zařadit pod žádnou výzkumnou otázku, ale přesto bychom je rádi zmínili.

Všechny respondentky se po nějaké době marného snažení o dítě zamýšlely nad tím, jak naplní svůj život, když děti nebudou mít. Většina respondentek se shodla na tom, že je možné prožít smysluplný život i bez dětí, ale není jednoduché najít něco, co by jim dítě plně vynahradilo. Mezi náhradními aktivitami respondentky zmiňovaly další studium, cestování, péči o zvíře, budování kariéry nebo věnování se osobním zájmům. Respondentky rovněž uvažovaly o náhradní rodinné péči, ale v tomto případě se ne vždy setkaly se souhlasem svého partnera.

Respondentky neviděly mnoho výhod v životě bez dětí, ale často udávaly, že takový život je určitě pohodlnější.

Dalším významným tématem byla role sociálního okolí. Respondentky oceňovaly, když jim jejich nejbližší poskytovaly podporu, když s nimi mohly sdílet a zároveň pro ně bylo mnohdy zraňující, když někdo z jejich okolí reagoval způsobem, který je zraňoval. Respondentky si často stěžovaly na nevhodné poznámky, nevyžádané rady, nepříjemné otázky nebo na chlácholení. Mnoho z nich mezi nepříjemnými zážitky zmiňovalo i přístup zdravotníků.

Asi polovina respondentek zmiňovala, že kvůli nezvladatelným emočním vztahům během léčby, vyhledala odbornou pomoc.

10.3. Porovnání skupiny A a skupiny B

Ve výzkumném souboru jsme měli dvě skupiny respondentek, a proto bychom chtěli rovněž porovnat jejich výsledky navzájem. Vzhledem k tomu, že naše soubory byly velmi malé a nikdy nenastala situace, že by se nějaká odpověď objevovala u většiny respondentek z jedné skupiny, zatímco u respondentek z druhé skupiny by tato odpověď nenastala ani jednou, domníváme se, že odlišnosti v odpovědích mezi skupinami byly dány spíše individualitou jednotlivých respondentek a nikoliv skutečností, zda jsou aktuálně nedobrovolně bezdětné nebo zda byly nedobrovolně bezdětné v minulosti.

Odpovědi mezi oběma skupinami se lišily velmi málo a to spíše kvalitativně, než kvantitativně. Respondentky ze skupiny A byly většinou otevřenější, sdílnější, rozhovory s nimi trvaly déle a nebylo nutné je tolik podněcovat jako respondentky ze skupiny B.

Nejvíce odlišné (kvalitativně i kvantitativně) byly výpovědi v kategorii „Život bez dětí“: odpovědi respondentek ze skupiny A byly většinou promyšlenější a bylo vidět, že se samy zabývaly tím, jak svůj život naplní, když budou bez dětí. Respondentky ze skupiny B se většinou neléčily s neplodností natolik dlouho, tedy si tyto otázky nepokládaly – byly většinou přesvědčené, že se jim otěhotnět podaří. Respondentky ze skupiny A rovněž zmiňovaly častěji než respondentky ze skupiny B, že si umí představit, že by svůj život dokázaly plnohodnotně prožít i bez dítěte.

Respondentky ze skupiny B například častěji tvrdily, že čím jsou starší, tím je pro ně zvládání nedobrovolné bezdětnosti obtížnější. Domníváme se, že to může souviset s tím, že tyto ženy neustále žijí ve strachu, aby nezestárly natolik, že by porození dítěte u nich již nebylo biologicky možné, tedy je tato odpověď vědomější než u žen ze skupiny A, které již dítě mají a tedy tuto skutečnost neřeší. Ženy ze skupiny B rovněž častěji zmiňovaly, že užívají psychofarmaka nebo že mají pocit, že se partner netrápí nedobrovolnou bezdětností tolik jako ony samy – to opět může souviset s tím, že pro ně jsou tyto pocity a potíže aktuální, zatímco pro ženy za skupiny A jsou (nebo mohou být) minulostí a tedy si je nevybavují.

11. DISKUZE

V této kapitole zhodnotíme průběh empirické části výzkumu a naplnění našeho výzkumného cíle. Dále budeme porovnávat výsledky našeho výzkumu s výsledky jiných studií. Budeme se rovněž věnovat omezením našeho výzkumu a to z hlediska vybraných metod, volby výzkumného souboru a jeho výběru a pracovního postupu. Rovněž se budeme zabývat etickými otázkami výzkumu, doporučením pro možné směřování dalších výzkumných aktivit a přínosem našeho výzkumu pro praxi.

11.1. Porovnání našich výsledků s výsledky jiných studií

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jaký význam připisují nedobrovolně bezdětné ženy ve svém životě rodičovství a jakou roli podle nich hraje nedobrovolná bezdětnost v jejich partnerském vztahu. Dále jsme chtěli porozumět tomu, co mohou ženy v rámci tohoto vztahu prožívat a zda podle nich dochází v této souvislosti ve vztahu k nějakým změnám - pokud ano, o jaké změny se jedná.

Naše výsledky nyní porovnáme s odbornou literaturou a s výsledky studií, které v této oblasti již byly zrealizovány.

Matějček rozděluje teorie, které vysvětlují lidskou motivaci k rodičovství do tří kategorií: první skupina klade důraz na instinkt, na vrozený rodičovský pud; další zdůrazňuje společenský tlak; třetí skupina zdůrazňuje potřeby psychologické, které jsou rodičovstvím naplněny.

V odpovědích našich respondentek byly nejvýrazněji zastoupeny motivy psychologické. Respondentky v našem výzkumu považovaly děti za smysl svého života, očekávaly, že jim dítě přinese do života nové podněty, že budou moci o někoho pečovat a že dítě přispěje k větší soudržnosti partnerství. Většina respondentek vnímala dítě jako normální, přirozenou součást života ženy.

Naše výsledky se shodují s výsledky autorů Hoffman a Manis (1979), kteří zkoumali, jaký význam mají děti pro lidi v USA. Výzkum náš i výzkum zmíněných autorů zjistily, že rodiče dítě vnímají jako zdroj nových podnětů, zdroj stimulace a vidí v dítěti jakési symbolické pokračování sebe sama. Hoffman a Manis (1979) zjistili navíc hodnotu citové vazby, kterou pro rodiče vztah s dítětem má.

Také poznatky Sobotkové (2007), podle kterých přináší rodičovství pocit osobního naplnění, osobní hodnoty a smysluplnosti života, se shodují s našimi výsledky.

Matějček (1992), který zkoumal význam rodičovství z psychologického hlediska, jmenuje pět potřeb, které děti rodičům uspokojují a rovněž některé z nich jsou shodné s těmi, které zmínily naše respondentky. Jedná se o potřebu stimulace, smysluplného světa a otevřené budoucnosti (přesah své vlastní existence). Matějček uvádí navíc potřeby životní jistoty a identity, které naše respondentky nezmiňovaly.

Matějček (1986) zmiňuje výzkum, ve kterém byla matkám položena otázka: „Jaký je podle vašeho názoru hlavní důvod, proč lidé chtějí mít děti?“ (Matějček, 1986, s. 19). Odpovědi zkoumaných žen se rovněž shodovaly s tím, co odpovídaly naše respondentky. Ženy uváděly, že dítě je hlavní náplní života, uspokojuje citové potřeby dospělého člověka a představuje náplň a pouto pro manželství.

Výsledky našeho výzkumu jsou rovněž v souladu s výzkumem Pakosty (2009), který se zabýval tím, jakou mají děti hodnotu pro partnery v České republice. Podle Pakosty (2009) vnímala většina respondentů rodičovství jakožto přirozenou součást svého života, dítě spojovali se zachováním rodu a viděli v něm prostředníka pro předání rodinné tradice. Stejně jako v našem výzkumu, také respondenti Pakosty si uvědomovali i omezení, které jim dítě do života přinese. Většinou to byla nutnost podřídit svůj život dítěti a omezit tak některé své aktivity.

Naše výsledky se částečně shodují se zjištěním některých zastánců biologických teorií. Jsou například v souladu s poznatky Foster (2000), která tvrdí, že ženy mají vrozenou predispozici k mateřskému chování a plození dětí. Rovněž naše respondentky vnímaly dítě jako přirozenou součást života ženy. Konkrétně sice nejmenovali mateřský pud, o kterém mluví Foster, ale jejich výpovědi mohou být v tomto smyslu interpretovány. Potts (1997) předpokládá genetické předurčení lidí k péči o své potomstvo, což odpovídá potřebě o někoho pečovat, kterou zmiňovaly naše respondentky.

Společenský tlak, který ženy vede k přání mít děti, jak jej ve své teorii popisuje především Badinterová (1998) se ve výpovědích našich respondentek také objevuje (je „normální mít dítě“), rozhodně však z našeho výzkumu nevyplývá, že by tato okolnost byla hlavní příčinou touhy po dítěti a je zmiňována spíše okrajově.

Názory zastánců mikroekonomické teorie, mezi které se řadí například Becker (1960) náš výzkum nepotvrdil. Respondentky nemluvily o žádných sekundárních ziscích, které by z narození dítěte měly, kromě snad větší soudržnosti s partnerem, kterou některé zmiňovaly. Naopak většinou uváděly větší finanční náročnost a menší pohodlnost života s dětmi.

K podobným výsledkům jako my došel ve své disertační práci také Karel (2013). Ženy v jeho výzkumu často cítily nevysvětlitelnou touhu mít dítě, dítě vnímaly jako určitý zdroj, který uspokojuje některé jejich potřeby (dítě je například zdrojem nových podnětů, životního smyslu a radosti). Respondentky rovněž zmiňují, že dítě naplní jejich potřebu kontinuity a vyřeší jejich samotu. Objevuje se u nich také motiv větší soudržnosti partnerství a společenské „normality“, jak je tomu i v našem výzkumu.

Všechny respondentky v našem výzkumu prožívaly v období nedobrovolné bezdětnosti mnoho negativních emocí jako smutek, strach, lítost, frustraci, beznaděj, ale také vztek a naštvání. Ženy se cítily často osaměle, ve stresu, trpěly pocity viny a méněcennosti, některé také úzkostmi a depresemi.

Karel (2013) dává negativní pocity svých respondentek do souvislosti s léčbou metodami asistované reprodukce, ale podle našeho názoru nelze jednoznačně oddělit, které pocity jsou spojeny s neplodností samotnou a které s její léčbou. Respondentky Karla (2013), stejně jako naše respondentky, zažívaly často zklamání, lítost, beznaděj, zoufalství, pocity viny, trpěly depresemi a strachem z neúspěchu. Karel (2013) zaznamenává, že s postupujícím věkem ženy se přidává také obava, že už mít dítě nestihnou, tedy jsou jejich negativní emoce ještě intenzivnější. K podobným poznatkům jsme došli také v našem výzkumu.

Respondentky Karla (2013) se vyjadřují také k metodám asistované reprodukce. Stejně jako naše respondentky kladou i ony do metod asistované reprodukce velkou naději a považují ji za samozřejmou cestu, jak řešit potíže s plodností. Centra asistované reprodukce vnímají většinou jako komerční zařízení a některé je považují za organizace, které vydělávají na neštěstí druhých.

Také Miller (2009) poukazuje na negativní působení léčby neplodnosti na psychiku léčených žen. Mluví zejména o poruchách spánku, změnách nálad, podrážděnosti a depresi, které dává do souvislosti s užívanou medikací.

K podobným poznatkům o emocích nedobrovolně bezdětných žen jako my, došli také další autoři, například Johansson a Berg (2005), podle kterých vyjadřovala většina žen zármutek nad bezdětností, nemožností reprodukce a nemožností prožít sebe sama v roli matky; nebo Kirca a Pasinlioglu (2013), kteří jmenují následující emoce, které ženy zažívaly v průběhu léčby neplodnosti: stres, úzkost, deprese, selhání, beznaděj, zklamání, zuřivost, vztek, ztráta statusu, utrpení, strádání, sociální izolace, vina, stigma, nedostatečnost, pokles sebeúcty, narušení sociálních vztahů, ambivalence, narušení pozornosti, trapnost, ztráta soukromého života. Také podle Konečné (2003) zažívají nedobrovolně bezdětné ženy často smutek, depresi, lítost, bezmoc, méněcennost a křivdu.

Matějů, Weiss a Urbánek (2005b) zmiňují, že nedobrovolně bezdětné ženy mívají strach a obavy o budoucnost partnerského vztahu, nepodaří-li se jim mít dítě. Také s touto odpovědí (dítě nám přinese větší soudržnost do partnerství), jsme se u našich respondentek setkali.

Podle našich výsledků většina respondentek mluvila o tom, že je pro ně emočně obtížně zvládnutelné setkávat se s těhotnými ženami a malými dětmi. Naše respondentky často těhotným ženám nebo ženám s malými dětmi záviděly, někdy cítily vůči nim vztek. Tyto naše poznatky potvrzuje také výzkum Karla (2013).

Konečná (2003) rovněž zaznamenala tuto tendenci nedobrovolně bezdětných žen, ale zároveň zjistila, že někteří nedobrovolně bezdětní naopak kontakt s dětmi vyhledávají. Také Miller (2009) zjistil, že nedobrovolně bezdětní partneři mají často tendenci vyhýbat se sociálním kontaktům s přáteli, kteří děti mají nebo od kterých očekávají negativní reakce s tímto problémem spojené, což může následně vést k sociální izolaci.

Slepičková (2011) rozděluje respondentky ve svém výzkumu do dvou skupin, podle toho, zda považují mateřství za jediný smysluplný cíl svého života a jsou ochotny opustit i svého partnera, kdyby jim stál v cestě za dítětem nebo zda staví partnerský vztah nad touhu po dítěti. V našem výzkumu se většina respondentek shodovala, že by svého partnera neopustila, ani kdyby jejich partnerství mělo zůstat bezdětné.

Zjistili jsme, že nedaří-li se partnerům mít dítě, hledají jiné způsoby naplnění svého života. Naše výsledky se shodují s poznatky Konečné (2003), podle které se někteří nedobrovolně bezdětní začnou více věnovat svému partnerskému vztahu, jiní pečují o děti někoho jiného, někteří pracují pro druhé lidi nebo začnou budovat kariéru, další se rozhodnout pořídit si zvíře.

Zásadním tématem ve výpovědích našich respondentek je pomoc a podpora mužů svým partnerkám. Také podle Sobotkové (2007) si muži často uvědomují, že žena je nedobrovolnou bezdětností zasažena více, už jen proto, že právě ona musí podstupovat většinu nepříjemných vyšetření. Muži se většinou snaží svou ženu podporovat a situaci jí co nejvíce usnadnit. Také v našem výzkumu respondentky mluvily o podpoře, kterou jim muži dávají. Ne vždy považovaly jejich podporu za dostatečnou, ale většinou uznávaly, že se je jejich partner podpořit snaží.

Některé respondentky v našem výzkumu měly pocit, že nedobrovolnou bezdětností se trápí ony mnohem více, než jejich partner. K podobným výsledkům došla i Slepičková (2011), která zjistila, že varianta života bez dětí je přijatelnější pro muže, než pro ženy, které vidí v rodičovství častěji smysl svého života. Některé ženy v jejím výzkumu považovaly

alternativní životní hodnoty za neuspokojivé, samoúčelné a neautentické, stejně tak, jak o nich mluvily naše respondentky.

Období nedobrovolné bezdětnosti je velmi náročné a není proto divu, že se určité problémy objevují také v partnerském vztahu. Ve výzkumu Konečné (2003) mnoho žen mluvilo o tom, že by si potřebovaly více s partnerem povídat, on však podle nich jejich situaci spíše zlehčoval a místo pochopení jim dával rady, které jim v daném okamžiku nepomohly. K podobným závěrům jsme došly v našem výzkumu i my. Také některé respondentky v našem výzkumu zmiňovaly, že by potřebovaly od partnera větší podporu nebo by s ním potřebovaly více mluvit. Některé měly pocit, že partner se nedobrovolnou bezdětností netrápí tolik jako ony a že celkově se jejich spokojenost v partnerství snížila.

Konečná (2003), stejně jako my, zaznamenala, že některé ženy dávají konec svého vztahu do souvislosti s nedobrovolnou bezdětností. Stejně jako my se i ona zamýšlí nad otázkou, zda by vztahy, jejichž konec připisují ženy nedobrovolné bezdětnosti, vydržely, kdyby partneři děti měli.

Konečná (2003) i autorky Kubcová a Kubcová (2005) zjistily, že pokud se podaří partnerům období nedobrovolné bezdětnosti překonat, vede tato zkušenost k upevnění partnerského vztahu. Autorky stejně jako my došly k závěru, že překonání tohoto obtížného období může vést ke sblížení partnerů a k prohloubení vztahu. K podobným výsledkům dochází i výzkumy autorů Galhardo, Cunha a Pinto-Gouveia (2011) nebo výzkum Schmidte (2009), který však předpokládá, že toto období vede ke zlepšení vztahu mezi partnery v případě, když spolu partneři otevřeně komunikují.

Podle Karla (2013) dochází k upevnění a ke sblížení partnerů v případech, kdy partneři považují svůj svazek za pevný a otevřeně spolu komunikují. Na druhou stranu narušená komunikace vede k izolaci partnerů a jejich oddálení.

K podobným výsledkům jsme došly také my – některé respondentky hovořily o sblížení se svým partnerem, jiné naopak o odcizení. Narušená komunikace i podle našich výsledků vedla spíže k odcizení partnerů. Nepotvrdilo se však, že by větší intimita před řešením potíží s plodností vedla k ještě většímu sblížení.

Co se týče samotné komunikace, nedošli jsme k jednoznačným výsledkům. Některé respondentky zmiňovaly, že se komunikace ve vztahu zlepšila, jiné tvrdily opak. Respondentky Kubcové a Kubcové (2004) reflektovaly v partnerské komunikaci buď změnu k lepšímu, nebo žádnou změnu.

Podle výsledků našeho výzkumu je nedobrovolnou bezdětností zasažena sexualita partnerů – respondentky však vnímají hlavní problém spíše v léčbě neplodnosti než

v neplodnosti jako takové. Podle Pastora (2010), stejně jako podle našich výsledků, ženy často směřují většinu sexuálních aktivit do svého plodného období a mimo toto období se koitu spíše vyhýbají, aby „šetřily partnerovo sperma“. Podle Pastrora (2010) ženy často odmítají rovněž mimokoitální sexuální aktivity, které považují za „ztrátu času“ a po sexu často zaujímají nejrůznější polohy, které podle jejich názoru mají zvýšit pravděpodobnost početí.

Ve výzkumu Kirca a Pasinlioglu (2013) uvádělo 57,4% žen, že léčba neplodnosti měla negativní vliv na jejich sexuální život a že začala pohlavní styk vnímat jako povinnost.

Respondentky Karla (2013) mluví o mechanické podobě sexuálního styku, jehož jediným účelem je reprodukce.

Podobně také v našem výzkumu mluví některé ženy o tom, že sex přestal být radostným cílem, ale stal se pouze prostředkem, jak dosáhnout kýženého dítěte.

Některé respondentky v našem výzkumu připustily, že řešení nedobrovolné bezdětnosti má negativní vliv na jejich spokojenost životní i partnerskou. K podobným výsledkům docházejí také autoři Andrews, Abbey, Halman (1991) podle kterých stres, který bezdětní partneři v tomto období prožívají, snižuje životní spokojenost, která byla sice primárně snížena nedobrovolnou bezdětností, ale sekundárně je spíše snižována jinými aspekty, které se zhoršily právě působením stresu, který kvůli nedobrovolné bezdětnosti zažívali (konflikty v partnerství, snížení sebedůvěry v sexuální oblasti, snížení spokojenosti se svým vlastním sexuálním výkonem a četností sexuálních styků).

Respondentky v našem výzkumu přiznávají, že v tomto období byly jejich emoce jen těžko ovladatelné a ony často reagovaly přehnaně. Terčem jejich negativních emocí byl většinou právě partner a většina z nich si uvědomovala, že to s nimi neměl jednoduché. Výpovědi našich respondentek se shodují s výpověďmi mužů z výzkumu Konečné (2003), kteří tvrdili, že o svých pocitech mluví neradi a často jim vadí právě zmiňované „citové výlevy“ jejich partnerek.

Hašková (2009) tvrdí, že zjistí-li partneři, že mají potíže s otěhotněním, probíhá jejich cesta za dítětem následujícím způsobem: Nejprve podstupují asistovanou reprodukci s použitím vlastních gamet, poté asistovanou reprodukci s použitím gamet dárcovských a až na posledním místě stojí adopce. Stejnou tendenci jsme pozorovali u našich respondentek – adopci zvažovaly až ve chvíli, kdy se jim dlouhodobě nedařilo otěhotnět pomocí umělého oplodnění. To však mohlo být způsobeno i faktem, že naše respondentky tvořily ženy, které byly vybírány tak, aby svou neplodnost řešily v centrech asistované reprodukce, a tedy tento poznatek nemůžeme zobecňovat na všechny ženy řešící nedobrovolnou bezdětnost.

Gibson a Myers (2002) ve svém výzkumu zjistili, že možnost vychovávat děti v pěstounské péči má pozitivní vliv na snížení stresu nedobrovolně bezdětných žen. Také v našem výzkumu vnímalo mnoho žen adopci nebo pěstounskou péči jako jakousi záchranu, kdyby se jim nepodařilo mít dítě vlastní.

Respondentky v našem výzkumu často zmiňovaly významnou roli nejbližších přátel a rodičů v tomto těžkém životním období. Mluvily často o podpoře, kterou jim sociální okolí dávalo a o možnosti sdílení, kterou velmi oceňovaly.

Jordan a Reverson (1999) zjistili, že ženy se často (častěji než muži) vyrovnávají s nedobrovolnou bezdětností tak, že sdílejí s jinými lidmi. Tato tendence se objevuje i u respondentek v našem výzkumu, které často mluví o tom, že se potřebovaly z tíživé situace vypovídat, a i když situaci řešily se svým partnerem, často ji sdílely také se svými kamarádkami. Berghuis a Stanton (2002) rovněž tvrdí, že pouhé sdílení obav se svým sociálním okolím, vede k poklesu stresu a ke snížení depresivních symptomů.

Respondentky v našem výzkumu považovaly své sociální okolí za podpůrné, ale někdy také za zatěžující. Konečná (2003) i Karel (2013) mluví spíše o působení negativním. Konečná (2003) mluví o častém očekávání vnoučat ze strany rodičů nedobrovolně bezdětného páru, což může náročnost situace pro partnery ještě zvyšovat. Stejně tak i Karel (2013) zmiňuje právě očekávání druhých, které může situaci partnerům ještě ztěžovat. Naše respondentky naopak označovaly roli rodičů a nejbližších přátel jako podpůrnou.

Stejně jako my, zjišťuje také Konečná (2003), že nedobrovolně bezdětné ženy trpí nejen faktem, že nemohou mít děti, ale přidávají se k tomu i nevhodné reakce sociálního okolí, se kterými se často setkávají. Podle Konečné (2003) může okolí dávat páru najevo, že si za nedobrovolnou bezdětnost mohou sami, u mužů může zpochybňovat jejich mužnost a potenci, o ženách pochybuje v oblasti jejich psychiky a obviňuje je ze sobectví. Někteří jim naopak projevují nevhodný soucit, protože si myslí, že bez dětí nemohou vést plnohodnotný život. Respondentky v našem výzkumu vnímaly jako zatěžující nevhodné poznámky okolí, nepříjemné otázky, chlácholení nebo nevyžádané rady.

Konečná (2003) tvrdí, že se mnoho lidí potýká s předsudky, kvůli kterým nevyhledají odbornou psychologickou pomoc ani v případě, kdy už sami nevědí, jak dál. Není výjimkou, že lidé považují kontaktování odborné pomoci za projev neschopnosti řešit si sami vlastní problémy. Také v našem výzkumu vyhledalo psychologickou pomoc pouze pět z jedenácti respondentek, přičemž o psychických problémech mluvily všechny.

Výsledky našeho výzkumu se do značné míry shodují s výsledky jiných studií, které byly na toto téma zrealizovány, přesto se v naší studii objevilo téma, které jsme během studia literatury nezaznamenali a které považujeme za důležité.

Většina respondentek v našem výzkumu mluvila o neustálém střídání naděje a zklamání, které během řešení nedobrovolné bezdětnosti zažívaly či zažívají. Tyto emoce dávaly do souvislosti s léčbou, které bezmezně věřily a kterou podstupovaly s velkou nadějí, která byla vystřídána zklamáním, když léčba neproběhla úspěšně.

Tento poznatek vypovídá o značné psychické náročnosti léčby neplodnosti, konkrétně podstupování metod asistované reprodukce. Domníváme se, že by centra asistované reprodukce měla být méně prezentována jako „jistá cesta k dítěti“, což může v pacientkách vyvolat dojem, že úspěch je téměř 100%, zatímco ve skutečnosti je úspěšnost intrauterinní inseminace i IVF mnohem nižší. Například na internetových stránkách kliniky reprodukční medicíny a gynekologie REPROFIT se udává, že úspěšnost metody IUI je (v závislosti na věku) 5 až 15% na cyklus a úspěšnost metody IVF je podle REPROFIT průměrně v celé Evropské unii 32,4% (http://www.reprofit.cz). Podle centra FERTIMED porodí po IVF v závislosti na věku v České republice 13 až 36% žen (http://www.fertimed.cz).

Tento poznatek rovněž upozorňuje na důležitost psychologické péče, která by měla být pacientkám center asistované reprodukce poskytována.

11.2. Možné limity výzkumu

Vzhledem k tématu našeho výzkumu, jeho cíli a účelu se domníváme, že jsme správně zvolili kvalitativní přístup. Výzkum, zejména analýza dat, byl inspirován zakotvenou teorií, kterou však bylo nutné modifikovat vzhledem k nezkušenosti výzkumníka a rozsahu naší práce. Ideální by bylo, kdyby šel výzkumník zkoumat dané téma bez předchozího nastudování literatury, aby byl otevřený všem fenoménům a postupně vytvářel dotazník, který by respondentkám předkládal až v poslední fázi sběru dat, tedy aby postupoval podle principů zakotvené teorie. Přínosné by rovněž bylo, aby získaná data byla analyzována nejen kódováním otevřeným, ale i axiálním a selektivním, což by vedlo k vytvoření nové teorie (Strauss, Corbinová, 1999). Tyto principy metody zakotvené teorie však nebylo možné z výše uvedených důvodů naplnit.

Základní metodou našeho výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor, který byl doplněn o metodu „Škála obsažení druhého ve vlastním já.“ Respondentkám bylo položeno deset výzkumných otázek, které byly upřesňovány otázkami doplňujícími.

Polostrukturovaný rozhovor považujeme za vhodnou metodu, která splňovala účel našeho výzkumu, alternativní možností by bylo použít rozhovor nestrukturovaný. Rizikem polostrukturovaného rozhovoru totiž je, že jsme do rozhovoru vnášeli témata a tedy odpovědi participnatek mohly být evokovány našimi otázkami. Je možné, že těmito otázkami, jsme pozornost respondentek nasměrovali určitým směrem a respondentky tak mohly mluvit o něčem, co v jejich vztahu hrálo pouze minimální roli, zatímco to stěžejní nám uniklo, protože nás nenapadlo se na to zeptat. Vzhledem k tomu, že jsme měli předem danou strukturu rozhovoru, snižovali jsme tak pravděpodobnost, že se dozvíme od respondentek něco zcela nového, co jsme sami po načtení literatury nepředpokládali.

Dalším problémem, kterým jsme se při sestavování otázek do našeho rozhovoru zabývali, bylo, zda máme oběma skupinám našich respondentek pokládat stejné otázky nebo zda máme sestavit dvě sady otázek podle toho, zda mluvíme s respondentkou, která je aktuálně nedobrovolně bezdětná nebo nedobrovolnou bezdětnost řešila v minulosti. Pro vytvoření dvou různých sad otázek mluví skutečnost, že v době rozhovoru se respondentky z těchto dvou skupin nacházejí v různých situacích, a tedy by bylo vhodné pokládat jim také jiné otázky. Vzhledem k tomu, že rozhovory s oběma skupinami respondentek měly vést ke stejnému cíli, a tedy by se pokládané otázky příliš nelišily (největší změna by byla v použití minulého respektive přítomného času), rozhodli jsme se pro vytvoření pouze jednoho scénáře. Určitý prostor pro modifikaci vzhledem ke konkrétní situaci respondentek jsme měli, protože rozhovor byl polostrukturovaný.

Součástí každého rozhovoru, který probíhá tváří v tvář je nepochybně pozorování. Ačkoliv si uvědomujeme význam této psychologické metody, vzhledem k tomu, že jsme během rozhovoru prováděli pozorování pouze nestrukturované, během kterého jsme nezaznamenali nic, co bychom vyhodnotili jako zajímavé, poznatky z pozorování neuvádíme. Jistě by však bylo zajímavé stanovit si před rozhovorem schéma, podle kterého bychom respondenty pozorovali a jejich projevy řadili do určitých kategorií.

Vzhledem k tomu, že nedobrovolná bezdětnost se týká mužů i žen, bylo by ideální, kdybychom realizovali rozhovory jak s muži, tak se ženami. Kvůli menší ochotě mužů zúčastnit se výzkumu na takovéto téma a také nižší možnosti ze strany výzkumníka tyto muže kontaktovat (narozdíl od žen je není možné oslovit prostřednictvím gynekologa a ani v centrech asistované reprodukce se nevyskytují tolik jako ženy), rozhodli jsme se tento

výzkum zaměřit na ženy, tedy na to, jaký je nedobrovolně bezdětný vztah z hlediska žen, což samozřejmě získané výsledky ochuzuje o mužský pohled na zkoumaný fenomén. Nemyslíme si, že by se mělo opomíjet vnímání mužů nedobrovolně bezdětného vztahu, ale vzhledem k tomu, že zkoumání této oblasti je teprve v počátcích, považujeme za vhodné začít nejprve u žen a až posléze zaměřit pozornost také na muže.

Dalším omezením naší studie byl samotný výběrový soubor nedobrovolně bezdětných žen. Ačkoliv jsme se snažili, aby byl vzorek co nejhomogennější, vzhledem k citlivosti tématu a nedostatku prostředků výzkumníka, díky kterým by mohl respondentky finančně motivovat k účasti ve výzkumu, byl náš vzorek méně homogenní než bychom považovali za optimální. To se týká zejména skutečnosti, že ve výzkumném souboru jsou ženy, které jsou aktuálně nedobrovolně bezdětné, i ty, které řešily nedobrovolnou bezdětnost v minulosti, ale nyní již děti mají. Ačkoliv jsme se snažili tento limit naopak využít tak, že jsme skupiny mezi sebou porovnávali, domníváme se, že by bylo přínosné, udělat výzkum, ve kterém by byly zahrnuty respondentky jen z jedné skupiny a to ve větším počtu, než se to podařilo nám.

Právě malý počet respondentek ve výzkumném souboru považujeme za jedno z největších omezení našeho výzkumu. Ačkoliv jsme se snažili získat co nejvíce respondentek a zkoušeli jsme více cest, jak se k této cílové skupině dostat (centra asistované reprodukce, internet, okruh známých) nepodařilo se nám od dubna do září roku 2014, kdy sběr dat probíhal, sehnat více než 11 respondentek, ačkoliv oslovených bylo kolem 100 žen. Vzhledem k citlivosti tématu bylo obtížné se k nedobrovolně bezdětným ženám dostat a považovali jsme za naprosto neetické je do účasti k výzkumu nutit nebo je přemlouvat. Výsledkem je malý výzkumný soubor.

Když jsme se rozhodli rozdělit respondentky do dvou skupin podle toho, zda jsou aktuálně nedobrovolně bezdětné nebo nedobrovolnou bezdětnost řešily v minulosti, objevil se problém, kam zařadit respondentku Bětu. Běta sice je aktuálně nedobrovolně bezdětná, tedy spadá do skupiny B, na druhou stranu nedobrovolnou bezdětnost již neřeší, ale řešila ji v minulosti, stejně jako ji v minulosti řešily respondentky ze skupiny A, kterým se však podařilo dítě mít. Nakonec jsme se rozhodli, že pro nás bude rozhodující její aktuální stav bezdětnosti a zařadili jsme ji do skupiny B. Vzhledem k tomu, že jsme respondentkám z obou skupiny pokládali stejné otázky, domníváme se, že toto rozhodnutí nijak naše výsledky neovlivnilo.

Podobný problém jsme řešili s respondentkou, které byla v době rozhovoru těhotná. Vzhledem k tomu, že byla v pokročilém stupni těhotenství a sama mluvila o době, kdy

s partnerem řešili nedobrovolnou bezdětnost, jako o minulosti, rozhodli jsme se ji zařadit do skupiny A.

Mezi další omezení řadíme fakt, že dvě z jedenácti respondentek nepodstoupily metody asistované reprodukce. Cílem tohoto kritéria původně bylo vybrat ty respondentky, které nedobrovolná bezdětnost skutečně trápí, a z tohoto hlediska jsme nepovažovali za nevhodné zařadit do výzkumu starší respondentky, které v době řešení nedobrovolné bezdětnosti neměly možnost metod asistované reprodukce využít, ale využily všechny možnosti, které byly dostupné a zpětně situaci hodnotí tak, že by asistovanou reprodukci určitě využily. Poté, co jsme výzkum zrealizovali, si však uvědomujeme, že léčba hraje důležitou roli také v prožívání nedobrovolné bezdětnost, v sexuálním životě a v mnoha dalších oblastech života nedobrovolně bezdětných žen.

Uvědomujeme si, že reprezentativnost výsledného souboru námi použitými metodami sběru dat (výběr prostřednictvím institucí, metoda sněhové koule, samovýběr) je značně problematická.

Podle Miovského (2006), již samotná podstata metody sněhové koule znemožňuje dostat se z určitého referenčního rámce. Získaný soubor tak může být značně limitován sociálními a kulturními aspekty a tedy zobecňování získaných poznatků na celou cílovou skupinu je sporné. Toto omezení vnímáme také v našem souboru, například co se týče vzdělání, většina našich respondentek byla vysokoškolsky vzdělaných.

Metoda samovýběru je rovněž problematická a to z toho důvodu, že jedinci, kteří se do výzkumu sami přihlásili, se v určitých charakteristikách liší od těch, kteří se nepřihlásili (Miovský, 2006). Proto je možné, že výpovědi těchto lidí, se budou signifikantně lišit od toho, jak zkoumaný fenomén prožívají ostatní. Vzhledem k tomu, že metodou samovýběru jsme získali pouze jednu respondentku, nemyslíme si, že by to mohlo narušit povahu našeho výzkumu.

Záměrný výběr prostřednictvím institucí byl v našem případě rovněž problematický. Účast ve výzkumu byla sice nabízena všem pacientkám, ale většina žen, které se přihlásily, byly vysokoškolsky vzdělané. Vysokoškolsky vzdělané ženy však mohou na námi zkoumanou situaci nahlížet jiným způsobem než ženy s nižším vzděláním.

Rovněž si uvědomujeme, že nedobrovolnou bezdětností mohou trpět také ženy, které do center asistované reprodukce nechodí. Vzhledem k tomu, že jsme si určili, že ženy v našem výzkumném souboru musely nedobrovolnou bezdětnost řešit tímto způsobem (pokud měly tu možnost), nevnímáme tuto skutečnost jako limitující.

Naši cílovou skupinu však vzhledem k intimitě a citlivosti tématu považujeme za obtížně dostupnou, a není ani možné s jistotou určit, jaké vlastnosti má základní soubor těchto osob. Bez této znalosti pak není možné sestavit výběr, který by byl pro cílovou skupinu reprezentativní (Miovský, 2006).

Ačkoliv si tedy uvědomujeme jistá omezení tohoto způsobu sběru dat, vzhledem k povaze naší cílové skupiny jej považujeme za adekvátní.

Rádi bychom také zmínili omezení týkající se teoretické části výzkumu. Prameny, ze kterých jsme čerpali zejména v kapitole o neplodnosti a o nejnovějších metodách její léčby, zastarávají a to vzhledem k rychlému vědeckému a technickému vývoji v této oblasti.

11.3. Další směřování výzkumných aktivit zabývajících se nedobrovolnou bezdětností

Naše doporučení k dalšímu směřování výzkumu vychází z výše uvedených limitů. V první řadě bychom doporučovali zvýšit množství respondentek ve výzkumném souboru a zajistit, aby byl výzkumný soubor homogennější. Homogenity by se docílilo zejména zaměřením výzkumu pouze na jednu z námi zkoumaných skupin nedobrovolně bezdětných žen, tedy by se zkoumali buď pouze ženy aktuálně nedobrovolně bezdětné, nebo ženy, které nedobrovolnou bezdětnost řešily v minulosti, ale nyní již dítě mají nebo jsou těhotné. Rovněž doporučujeme zahrnout do výzkumu pouze ty ženy, které nedobrovolnou bezdětnost řešily pomocí metod asistované reprodukce nebo naopak pouze ty, které tyto metody nevyužily.

Zajímavé by rovněž mohlo být doplnit pohled žen na tento fenomén o pohledy jejich partnerů.

Co se týče výzkumného přístupu, doporučujeme držet se principů metody zakotvené teorie, jak je popisují například Strauss a Corbinová (1999). Vzhledem k danému tématu považujeme za vhodné použít rovněž fenomenologický přístup. Základní metodou byl podle našeho názoru vhodně zvolen polostrukturovaný rozhovor, bylo by však rovněž možné použít rozhovor nestrukturovaný, který by nám poskytnul větší volnost k objevování dosud neprozkoumaných témat.

Podle našeho názoru by bylo vhodné, kdyby na náš kvalitativní výzkum navázal výzkum kvantitativní, který by se zabýval tématy, která se v našem výzkumu vynořila a která doporučujeme k dalšímu zkoumání. Jedná se o tato témata:

- Biologicky vlastní dítě a soudržnost partnerství

- Otevřená partnerská komunikace a partnerská spokojenost
- Pohled sociálního okolí na bezdětné páry
- Subjektivní hodnocení svého života nedobrovolně bezdětnými seniory

Domníváme se, že se jedná o velice zajímavé téma, které se stává stále aktuálnější, a kterému dosud nebyla zejména v České republice věnována dostatečná pozornost. Doporučujeme ve zkoumání tohoto fenoménu pokračovat, aby se zlepšila psychologická pomoc nedobrovolně bezdětným partnerům.

11.4. Etické otázky

Během realizace empirické části našeho výzkumu jsme se snažili zajistit respondentkám takové podmínky, aby byly co nejméně zatěžovány a aby u nich nedošlo k žádné psychické újmě či jinému poškození. Snažili jsme se, aby se respondentky cítily během rozhovoru co nejkomfortněji, jak jen to bylo možné vzhledem k intimitě a emoční náročnosti námi zkoumaného tématu.

Všechny respondentky byly před začátkem rozhovoru informovány o účelu výzkumu a o jeho průběhu a poté podepisovaly informovaný souhlas, ve kterém souhlasily s nahráváním rozhovoru, dalším zpracováním jejich výpovědí a s publikováním získaných výsledků. Byly rovněž ujištěny, že nahrávky rozhovorů ani jejich přepisy se nedostanou do rukou nikomu jinému, než výzkumnici, se kterou rozhovor vedly. Z tohoto důvodu také nejsou přepisy rozhovorů ani jejich nahrávky součástí přílohy. Veškerá tato dokumentace je u výzkumnice.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o rozhovor, nemohla být zajištěna úplná anonymita respondentek, ale bylo jim přislíbeno, že jejich identita nebude známa nikomu dalšímu než výzkumnici, se kterou rozhovor vedly.

Respondentky byly rovněž seznámeny s možností na položenou otázku neodpovědět, případně rozhovor kdykoliv definitivně ukončit. Žádná z nich však této možnosti nevyužila.

Abychom co nejvíce zajistili anonymitu respondentek a zachovali tak jejich soukromí, změnili jsme ve výzkumné zprávě jejich jména a neuváděli jsme ani místo jejich bydliště.

Během rozhovoru jsme se snažili respondentkám zajistit emoční bezpečí, což bylo důležité zejména vzhledem k citlivosti tématu našeho výzkumu. Proto jsme se snažili rozhovor prokládat otázkami na posilující momenty a pozitivní zážitky, které v průběhu řešení nedobrovolné bezdětnosti respondentky zažily.

Jak již bylo zmíněno výše, po skončení rozhovoru jsme se ujišťovali, zda jsme neuvedli respondentku do stavu, který by potřeboval psychologickou péči. Kdyby tomu tak bylo, akutní stav respondentky bychom stabilizovali (výzkumnice má výcvik v krizové intervenci) a nabídli bychom jí kontakt na vhodnou instituci. Tato situace však nikdy nenastala.

11.5. Aplikace poznatků v praxi

Zjištění vyplývající z našeho výzkumu mohou pomoci všem odborníkům, kteří pracují s nedobrovolně bezdětnými ženami nebo páry. Tyto poznatky mohou být použity při párové i individuální psychoterapii nebo mohou posloužit při tvorbě či volbě terapeutických technik.

Poznatky jsou určeny především psychologům a psychoterapeutům, kteří řeší psychologické aspekty nedobrovolné bezdětnosti. Domníváme se však, že by naše práce mohla posloužit i odborníkům v centrech asistované reprodukce a upozornit tak na význam psychologických aspektů, které léčbu nedobrovolné bezdětnosti doprovázejí. V centrech asistované reprodukce se odborníci specializují na somatickou stránku problému a většinou opomíjejí stránku vztahovou a psychologickou, která je, jak dokazuje nejen náš výzkum, rovněž významná a ovlivňuje kvalitu života jejich pacientek.

Tímto výzkumem bychom chtěli upozornit na fakt, že nedobrovolná bezdětnost a její léčba zásadně působí na oblast psychickou a vztahovou a péče o ně by neměla být opomíjena. Na základě výsledků práce se domníváme, že by bylo vhodné, aby centra asistované reprodukce nabízela svým pacientkám nejen léčbu somatickou, ale i psychologickou. Doporučujeme, aby byl psycholog členem týmu odborníků v centrech asistované reprodukce, nebo aby alespoň lékaři svým pacientkám psychologickou péči zprostředkovali, případně jim předali kontakty. V některých centrech asistované reprodukce se tak již děje, ale rozhodně se zatím bohužel nejedná o běžnou praxi.

Vzhledem k tomu, že mnoho lidí se stále ještě návštěvy psychologa obává, mohla by centra asistované reprodukce dát podnět k vytvoření svépomocných skupin, o kterých by pak své pacientky informovala. Na skupinách by se ženy nebo optimálně celé páry scházely, mohly by sdílet své trápení, poskytovat si podporu a podělit se o to, co jim pomáhá situaci zvládat. Také by mohlo být přínosné sestavit psychoterapeutickou skupinu, která by byla složena z žen nebo z párů, které nedobrovolnou bezdětnost řeší.

ZÁVĚR

Tématem této diplomové práce je nedobrovolná bezdětnost a její působení na partnerský vztah.

V teoretické části jsme se věnovali motivaci k rodičovství, neplodnosti a její léčbě, bezdětnosti, možnostem, jak bezdětnost řešit, psychosociálním aspektům nedobrovolné bezdětnosti, vztahu nedobrovolně bezdětných partnerů a vyrovnávání se s nedobrovolnou bezdětností. Díky prostudování literatury a seznámení se s výzkumy, které byly na dané téma již zrealizovány, jsme mohli lépe proniknout do problematiky a získat tak potřebné poznatky k realizaci empirické části, zejména k sestavování výzkumných otázek.

Cílem empirické části bylo zjistit, jaký význam připisují nedobrovolně bezdětné ženy rodičovství, co v období nedobrovolné bezdětnosti prožívaly nebo prožívají, jaký je podle nich vztah nedobrovolně bezdětných partnerů a zda v něm došlo v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností k nějakým změnám.

Výzkum byl kvalitativní, za základní metodu jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor, který jsme doplnili metodou Škála obsažení druhého ve vlastním já. Tato škála nám pomohla zachytit intimitu v partnerském vztahu a její změnu v průběhu nedobrovolně bezdětného období.

Z výzkumu vyplynulo, že nedobrovolně bezdětné ženy považují dítě za důležitou součást svého života, rodičovství vnímají jako smysl lidské existence, jako své životní poslání a naplnění - umí si jen těžko představit něco jiného, co by jim dítě v životě plně nahradilo. Dítě je pro ně zdrojem nových podnětů, dává jim možnost seberozvoje a seberealizace a očekávají, že díky dítěti si budou s partnerem bližší a jejich vztah bude stabilnější.

V období nedobrovolné bezdětnosti prožívaly ženy mnoho negativních emocí jako je smutek, strach, frustrace, lítost, úzkost, deprese, ale i vztek a naštvání. Zmiňovaly vliv hormonů na jejich emotivitu, mluvily o emoční labilitě a přecitlivělosti, což často negativně působilo na jejich partnera. Obtížně snášely setkání s těhotnými ženami a malými dětmi; situace pro ně byla rovněž tím obtížnější, čím byly starší. Často zmiňovaly, že se u nich střídaly pocity naděje a zklamání, což dávaly do souvislosti zejména s léčbou pomocí asistované reprodukce, o jejíž úspěšnosti byly přesvědčeny.

Období nedobrovolné bezdětnosti vnímaly respondentky jako náročné pro jejich vztah, často hovořily o potřebě partnerovy podpory a vzájemného sdílení, což jim však partner ne vždy dokázal poskytnout v dostatečné míře. Většina žen změnu ve vztahu působením nedobrovolné bezdětnosti reflektovala, ale zkušenost našich respondentek nebyla jednotná.

Některé respondentky zaznamenaly sblížení s partnerem a uvědomily si, že s ním chtějí zůstat i bez dětí; jiné naopak mluvily o vzájemném odcizení, které končilo rozchodem. Některé respondentky uváděly zlepšení partnerské komunikace, zmiňováno bylo i zhoršení v sexuální oblasti.

Z odpovědí našich respondentek docházíme k závěru, že období nedobrovolné bezdětnosti bylo pro partnery složité a problémy s plodností se odrážely v jejich vzájemném vztahu. Tato životní situace však poskytla partnerům příležitost se navzájem lépe poznat a zjistit, jak jejich partner reaguje v těžkých životních situacích. Toto období bylo pro partnery jakousi „zkouškou vztahu“, protože podle našich výsledků většina vztahů, která se během tohoto období nerozpadla, se naopak upevnila. Podle výpovědí našich respondentek předpokládáme, že důležitou roli v tom, jak se s nedobrovolnou bezdětností pár dokáže vyrovnat, hraje touha partnerů po vlastním dítěti (jak partneři po dítěti touží, zda v něm vidí jediný smysl svého života), preference biologického rodičovství nebo zachování současného vztahu a otevřená komunikace o problému.

Poznatky získané tímto výzkumem mohou být využity všemi odborníky, kteří pracují s klienty řešícími nedobrovolnou bezdětnost. Mohou posloužit psychologům i psychoterapeutům, aby se lépe orientovali v problematice nedobrovolné bezdětnosti, a mohou být rovněž přínosem při tvorbě nebo výběru psychoterapeutických technik. Tato práce poukazuje na to, že nedobrovolná bezdětnost působí na partnerský vztah, a tedy by se psychologové a psychoterapeuti měli zaměřit na vztahovou dimenzi problému a snažit se pracovat s oběma partnery v párové terapii.

Vzhledem k tomu, že se potvrdilo, jak je pro vztah důležité o problému mluvit, mohli by psychologové a psychoterapeuti působit jako facilitátoři v rozhovoru mezi partnery, případně jim nabídnou trénink komunikace, aby se naučili spolu mluvit otevřeně.

Naše poznatky mohou být využity i lékaři, které nedobrovolně bezdětní partneři vyhledávají a kteří jsou odborníky v somatické péči, ale v psychických a sociálních aspektech tohoto problému se často příliš neorientují. Tato práce by mohla lékařům nabídnout jiný pohled na danou problematiku, a zvýšit tak jejich zájem i o psychickou stránku potíží svých pacientů. U takto erudovaných lékařů předpokládáme „lidštější“ přístup ke svým pacientům a rovněž se domníváme, že budou svým pacientům častěji doporučovat, aby vyhledali odbornou psychologickou péči, než je tomu dosud.

Tématem nedobrovolné bezdětnosti se chceme i nadále zabývat a tímto směrem budeme směřovat své další výzkumné aktivity. Domníváme se totiž, že by bylo přínosné, aby byla tomu tématu i nadále věnována pozornost.

Doporučujeme, aby na náš kvalitativní výzkum navázal výzkum kvantitativní, který by se zabýval tématy, která jsme v našem výzkumu objevili a která jsou podle našeho názoru vhodná k dalšímu zkoumání. Jedná se o tato témata:

- Biologicky vlastní dítě a soudržnost partnerství (Mnoho našich respondentek mluvilo o svém očekávání, že dítě přinese do partnerství větší stabilitu. Kvantitativně bychom doporučovali ověřit, zda jsou vztahy s dítětem skutečně stabilnější.)
- Otevřená partnerská komunikace a partnerská spokojenost (Podle našich výsledků dochází ke zlepšení vztahu u těch partnerů, kteří o problému otevřeně mluví. Další výzkumy by mohly zkoumat, zda otevřená komunikace vede k zlepšení vztahu obecně.)
- Pohled sociálního okolí na bezdětné páry (Respondentky často mluvily o stigmatu, který od sociálního okolí cítily. Chtěli bychom zjistit, jaký je pohled lidí v dnešní společnosti na bezdětné ženy)
- Subjektivní hodnocení svého života nedobrovolně bezdětnými seniory (Naše respondentky mluvily o tom, že dítě přinese do života smysl a naplnění. Chtěli bychom proto zjistit, jak hodnotí svůj život nedobrovolně bezdětní senioři, zda jej považují za smysluplný a v čem svůj smysl našli)

Nedobrovolnou bezdětnost řeší v současné společnosti mnoho párů, ale i přesto, že se jedná o emočně náročnou situaci, není partnerům věnována dostatečná psychologické péče. Naše práce je jedním z kroků, jak situaci změnit a obohatit tradiční somatický pohled na neplodnost o pohled psychologický a vztahový. Domníváme se, že se nám podařilo poukázat na komplexnost této problematiky a zdůraznit významnou roli psychických, sociálních a vztahových aspektů, které by neměly být opomíjeny. Práce apeluje na rozšíření péče somatické, která je pacientkám v centrech asistované reprodukce běžně poskytována, o péči psychologickou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Abbey, A., Andrews, F. M., Halman, L. J. (1994). Infertility and parenthood: Does becoming a parent increase well-being?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(2), 398-403.

Andrews, F. M., Abbey, A., Halman, L. J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, *32*(3), 238-253.

Adler, J. D., Boxley, R. L. (1985). The psychological reactions to infertility: Sex roles and coping styles. *Sex Roles*, *12*(3-4), 271-279.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., Nolen-Hoeksema, S. (2003). Stres, psychopatologie a terapie. In R. L. Atkinson (Ed.), *Psychologie* (484-599). Praha: Portál.

Aron, A., Aron, E. N., Smollan, D. (1992). Inclusion of other in the self scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*(4), 596-612.

Badinter, E. (1998). *Materska laska: Od 17. Storočí po súčasnosť.* Bratislava: Aspekt.

Ball, H. L., Hill, C. M. (1996). Reevaluating "twin infanticide". *Current Anthropology*, *37*(5), 856-863.

Bartošová, M. (2009). Ženy po třicítce: Příklad specifických reprodukčních strategií a jejich zdrojů. *Sociologický časopis, 45*(1), 147-176.

Barret, L., Dunbar, R., Lycett, J. (2007). *Evoluční psychologie člověka.* Praha: Portál.

Beauvoirová, S. (1966). *Druhé pohlaví: Malá moderní encyklopedie*. Praha: Orbis.

Beck, U. (2011). *Riziková společnost: Na cestě k jiné moderně.* Praha: Sociologické nakladatelství.

Becker, G. S. (1960). An economic analysis of fertility. In G. B. Roberts (Ed.), *Demographic and Economic Change in Developed Countries* (209-240). Columbia: Columbia University Press.

Bereczkei, T., Dunbar, R. I. M. (1997). Female biased reproductive strategies in a Hungarian gypsy population. *Proceedings: Biological Sciences*, *264*(1378), 17-22.

Berghuis, J. P., Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 433-438.

Bianchi, G. (2011). Subjektivnost sexuality: Diskursy sexuality, sexuální spokojenost, významy sexu, motivy sexuálního debutu a sociální ospravedlnění rizikového sexu. In L. Šulová, T. Fait, P. Weiss (Eds.), *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví* (130-146). Praha: MAXDORF.

Blackstone, A., Stewart, M. D. (2012). Choosing to be childfree: Research on the decision not to parent. *Sociology Compass*, *6*(9), 718-727.

Born, R. R. (1989). Adlerian perspectives on counseling the infertile couple. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, *45*(4), 447-458.

Bowlby, J. (2010). *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem.* Praha: Portál.

Cwikel, J., Gidron, Y., Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, *117*(2), 126-131.

Čepický, P. (2011). Psychogenní neplodnost. *Psychosom: Časopis pro somatickou a psychoterapeutickou medicínu, 9*(2), 145. Přístup dne 20. 2. 2014, staženo z: *http://www.psychosom.cz/?page_id=1576*

Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše.* Praha: Portál.

Deka, P. K., Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, *3*(3), 32-34.

Doherty, C. M., Clark, M. M. (2006). *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press.

Drosdzol, A., Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, *6*(12), 3335-3346.

Ebbesen, S. S., Zachariae, R., Mehlsen, M. Y., Thomsen, D., Højgaard, A., Ottosen, L., et al. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: A prospective study. *Human Reproduction*, *24*(9), 2173-2182.

Edelmann, R. J., Connolly, K. J. (1998). Psychological state and psychological strain in relation to infertility. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *8*(4), 303-311.

Elstein, M. (1975). Effect of infertility on psychosexual function. *British Medical Journal*, *3*(5978), 296-299.

Erikson, E. H. (1996). *Osm věků člověka.* Praha: Portál.

Eunpu, D. L. (1995). The impact of infertility and treatment guildelines for couples therapy. *American Journal of Family Therapy*, *23*(2), 115-128.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši.* Praha: Portál.

Foster, C. (2000). The limits to low fertility: A biosocial approach. *Population & Development Review*, *26*(2), 209-234.

Fromm. E. (2006). *Umění milovat.* Vimperk: Český klub.

Frankl, V. E. (1999). *Teorie a terapie neuróz: Úvod do logoterapie a existenciální analýzy.* Praha: Grada.

Frankl, V. E. (2006). *A přesto říci životu ano: Psycholog prožívá koncentrační tábor.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Friedman, D., Hechter, M., Kanazawa, S. (1994). A theory of the value of children. *Demography, 31*(3), 375-401.

Gaulin, S. J. C., Robbinson, C. J. (1991). Trivers-Willard Effect in contemporary North American society. *American Journal of Physical Anthropology, 85*(1), 61-69.

Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies: European Journal of Sexology and Sexual Health*, *20*(4), 224-228.

Gibson, D. M., Myers, J. E. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, *24*(1), 68-80.

Hadley, R., Hanley, T. (2011). Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, *29*(1), 56-68.

Hašková, H. (2004). Reprodukční preference a bezdětnost v české společnosti ve světle kvantitativních dat. *Naše společnost, 1*(4), 1-30.

Hašková, H. (2009). *Fenomén bezdětnosti*. Praha: SLON.

Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, *23*(1), 31-41.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

Hoffman, L. W., Manis, J. D. (1979). The value of children in the United States: A new approach to the study of fertility. *Journal of Marriage & Family*, *41*(3), 583-596.

Chandra, P. S., Chaturvedi, S. K., Issac, M. K., Chitra, H., Sudarshan, C. Y., Beena, M. B. (1991). Marital life among infertile spouses: The wife's perspective and its implications in therapy. *Family Therapy: The Journal of The California Graduate School of Family Psychology*, *18*(2), 145-154.

Janoušek, J. (1986). Rozhovor a dotazník. In J. Janoušek a kol., *Metody sociální psychologie* (103-117). Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Jarošová, R. (2011). Neplodnost: Příčiny a léčba. In L. Šulová, T. Fait, P. Weiss (Eds.), *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví* (284-292). Praha: MAXDORF.

Johansson, M., Berg, M. (2005). Woman´s experience of childlessness 2 years after the end of *in vitro fertilization* treatment. *Journal of Caring Sciences, 19*(1), 58-63.

Jordan, C., Reverson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 22*(4), 341-358.

Karabulut, A., Özkan, S., Oguz, N. (2013). Predictors of fertility quality of life (fertiqol) in infertile women: Analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology, 170*(1), 193-197.

Karel, D. (2013). *Psychologické aspekty asistované reprodukce.* Disertační práce, Praha, Univerzita Karlova.

Kašparová, D. (2011). Časné těhotenské ztráty. In L. Šulová, T. Fait, P. Weiss (Eds.), *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví* (35-41). Praha: MAXDORF.

Katz, D., Paltiel, O., Peretz, T., Revel, A., Sharon, N., Maly, B., et al. (2008). Beginning IVF treatments after age 30 increases the risk of breast cancer: Results of a case–control study. *The Breast Journal, 14*(6), 517-522.

Keye, W. R. (1984). Psychosexual responses to infertility. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 27*(3), 760-766.

Keylor, R., Apfel, R. (2010). Male infertility: Integrating an old Psychoanalytic story with the research literature. *Studies in Gender and Sexuality, 11*(1), 60-77.

Kirca, N., Pasinlioglu, T. (2013). Evaluation of psychosocial problems experienced during treatment process by women successful in infertility treatment. *Journal of Society for development in new net environment in B&H, 7*(5), 1618-1628.

Kirkman, M. (2003). Infertile woman and the narrative work of mourning: Barriers to the revision of autobiografical narratives of motherhood. *Narative Inquiry, 13*(1), 243-262.

Klimeš, J. (2005). *Partneři a rozchody.* Praha: Portál.

Kocourková, J. (2011). Aktuální trendy české populace. In L. Šulová, T. Fait, P. Weiss (Eds.), *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví* (155-175). Praha: MAXDORF.

Konečná, H. (2003). *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla.* Praha: Academia.

Konečná, H. (2008). Individuální rizika odkládání rodičovství do vyššího věku. [online]. Přístup dne 5. 2. 2014, staženo z: http://www.planovanirodiny.cz/rservice.php?akce=tisk&cisloclanku=2008060201

Kraaij, V., Garnefski, N., Vlietstra, A. (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *29*(1), 9-16.

Kubcová, Š., Kubcová, J. (2005). Vliv neplodnosti na kvalitu partnerského vztahu. [online]. Přístup dne 7. 2. 2014, staženo z: http://sex.systemic.cz/archive/cze/textbook2005/kubcova.pdf

Lee, T. Y., Sun, G. H., Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction, 16*(8), 1762-1767.

Lechner, L., Bolman, C., Van Dalen, A. (2006). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction, 22*(1), 288-294.

Leibenstein, H. (1974). An interpretation of the economic theory of fertility: Promising path or blind alley. *Journal of Economic Literature*, *12*(2), 457-479.

Letherby, G., Williams, C. (1999). Non-motherhood: Ambivalent autopiographies. *Feminist Studies, 25*(3), 719-728.

Líbalová, Z. (2008). Psychosomatika v gynekologii. In L. Rob, A. Martan, K. Citterbart a kol., *Gynekologie* (289-297). Praha: Galén.

Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(3), 223-237.

Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(13-14), 1971-1980.

Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., Taplin, J. E. (2009). Adjustment to Infertility: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Resources/Vulnerabilities. Human Reproduction, *24*(4), 906-912.

Matějů, I., Weiss, P., Urbánek, V. (2005a). Psychologické příčiny neplodnosti. *Československá psychologie*, *49*(2), 131-139.

Matějů, I., Weiss, P., Urbánek, V. (2005b). Psychologické důsledky neplodnosti. *Československá psychologie, 49*(3), 250-260.

Matějček, Z. (1986). *Rodiče a děti.* Praha: Avicenum.

Matějček, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Matějček, Z. (1994). *Co děti nejvíc potřebují: Eseje z dětské psychologie.* Praha: Portál.

Matějček, Z., Dytrych, Z. (1997). *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada.

Matthews, R., Matthews, A. M. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family, 48*(8), 641-649.

McCarthy, P. M., Chiu, S. (2011). Differences in woman´s psychological well-being based on infertility treatment choice and outcomes. *Journal of Midwifery Woman´s & Health, 56*(5), 475-480.

McMahon, C. A., Gibson, F., Leslie, G., Cohen, J., Tennant, Ch. (2003). Parents of 5-year-old in vitro fertlilization children: Psychological adjustment, parenting stress, and the influence of the subsequent in vitro fertilization treatment. *Journal of Family Psychology, 17*(3), 361-369.

McQuillan, J., Greil, L. G., White, L., Jakob, M. C. (1980). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family, 65*(4), 1007-1018.

Mehdi Akhondi, M., Binaafar, S., Behjati Ardakani, Z., Kamali, K., Kosari, H., Ghorbani, B. (2013). Aspects of psychosocial development in infertile versus fertile men. *Journal of Reproduction & Infertility, 14*(2), 90-93.

Miller, M. C. (2009). The psychological impact of infertility. *Harvard Mental Health Letter, 25*(11), 1-3.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Morgan, P. S., King, R. B. (2000). Why have children in the 21st century? Biological predisposition, social coercion, rational choice. *European Journal of Population, 17*(1), 3-20.

Morrow, K. A., Thoresson, R. W., Penny, L. L. (1995). Predictors of psychological distress among infertility clinic patiens. *Journal of Consoulting and Clinical Psychology, 63*(1), 163-167.

Mosalanejad, L., Koolee, A. K. (2013). Looking at infertility treatment through the lens of the meaning of life: The effect of group logotherapy on psychological distress in infertile women. *International Journal of Fertility and Sterility*, *6*(4), 224-231.

Mrázek, M. (2010). Asistovaná reprodukce. In P. Weiss (Ed.), *Sexuologie* (305-325). Praha: Grada.

Myers, L. B., Wark, L. (1996). Psychoterapy for infertility: A cognitive-behavioral approach for couples. *The American Journal for Family Therapy, 24*(1), 9-20.

Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování.* Praha: Academia.

Newton, Ch. R., Houle, M. (1993). Gender difference in psychological response to infertility treatment. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 2*(3), 129-139.

Neyer, G., Bernardi, L. (2011). Feminist perspectives on motherhood and reproduction. *Historical Social Research, 36*(2), 162-176.

Nolas, S. M. (2011). Grounded theory approaches. In N. Frost (Ed.), *Qualitative Research Methods in Psychology: Combining Core Approaches* (16-43). Berkshire: Open University Press.

Novotná, J. (2007). O paní Mojžíšové a její „metodě první volby“. In O. Strusková, J. Novotná, *Metoda Ludmily Mojžíšové: Cesta k přirozenému otěhotnění. Cesta pro fyzické a duševní zdraví* (9-60). Praha: Nakladatelství XYZ.

Nývlt, O, Šalamounová, P. (2005). Bezdětné ženy podle výsledků sčítání 1991 a 2001. *Slovenská štatistika a demografia, 15*(2), 56-67.

Pakosta, P. (2009). Proč chceme děti: Hodnota dítěte a preferovaný počet dětí v České republice. *Sociologický časopis, 45*(5), 899-934.

Pastor, Z. (2010). Sexuologická problematika v gynekologii. In P. Weiss (Ed.), *Sexuologie* (195-253). Praha: Grada.

Peterson, B. D., Newton, CH. R., Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners´ perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process, 42*(1), 59-70.

Peterson, B. D., Newton, Ch., R., Rosen, K. H., Schulman, R. S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations, 55*(4), 227-239.

Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction, 23*(5), 1128-1137.

Pinto-Gouveia, J., Galhardo, A., Cunha, M., Matos, M. (2012). Protective emotion and infertility: Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Human Fertility, 15*(1), 27-34.

Potts, M. (1997). Sex and the birth rate: Human biology, demographic change, and access to fertility-regulation methods. *Population and Development Review, 23*(1), 1-39.

Rabušič, L. (2001). *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě.* Praha: Sociologické nakladatelství.

Rashidi, B. R., Hosseini, S., Beigi, P., Ghazizadeh, M., Farahani, M. N. (2011). Infertility stress: The role of coping strategies, personality trait, and social support. *Journal of Family and Reproductive Health, 5*(4), 101-108.

Reed, R. (1923). Changing conception of the maternal instinct. *The Journal of Abnormal Psychology and Social Psychology*, *18*(1), 78-87.

Reger, J. (2001). Motherhood and the construction of feminist identities: Variations in a women's movement organization. *Sociological Inquiry, 71*(1), 85-110.

Remennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles, 43*(11-12), 821-841.

Rogers, A. R. (1990). Evolutionary economics of human reproduction. *Ethology and Antropology*, *11*(6), 479-495.

Roudsari, R. L., Allan, H. T. (2011). Women's experiences and preferences in relation to infertility counselling: A multifaith dialogue. *International Journal of Fertility and Sterility*, *5*(3), 158-167.

Rusbult, C. E., Buunk, B. P. (1993). Commitment processes in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Social and Personal Relationships, 10*(2), 175-204

Řežábek, K. (1999). *Léčba neplodnosti: Aneb co dělat, když chceme dítě.* Praha: Grada.

Řežábek, K. (2008). Asistovaná reprodukce. In L. Rob, A. Martan, K. Citterbart a kol., *Gynekologie* (163-178). Praha: Galén.

Sabatelli, R. M., Meth, R. L., Gavazzi, S. M. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations, 37*(7), 338-343.

Salhab, M., Al Sarakbi, W., Mokbel, K. (2005). In vitro fertilization and breast cancer: A review. *International Journal of Fertility and Women´s Medicine, 50*(6), 259-266.

Shapiro, C. (2009). Therapy with infertile heterosexual couples: It's not about gender - or is it?. *Clinical Social Work Journal, 37*(2), 140-149.

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling, 59*(1), 244-251.

Schmidt, L. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities?. *Human Fertility*, *12*(1), 14-20.

Sinelnikov, V. (2005). *Dohoda s nemocí: Kniha první.* Praha: Zvonící cedry.

Slepičková, L., Fučík, P. (2009). Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti. *Sociologický časopis, 45*(2), 267-290.

Slepičková, L. (2011). Cizí geny, naše dítě? Rozhodování o rodičovství v procesu léčby neplodnosti. *Sociální studia, 4*(1) 125-144.

Smith, J. F., Walsh, T. J., Shindel, A. W., Turek, P. J., Wing, H., Pasch, L., et al. (2009). Sexual, marital, and social impact of a man's perceived infertility diagnosis. *International Society for Sexual Medicine, 6*(1), 2505–2515.

Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny.* Praha: Portál.

Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Boskovice: Albert.

Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, *93*(2), 119-135.

Sternberg, R. J. (2008). *Láska je príbeh: Nová teória vzťahov.* Bratislava: Ikar.

Stewart, L. M., Holman, C. D. J., Hart, R., Bulsara, M. K., Preen, D.B., Finn, J. C. (2012). In vitro fertilization and breast cancer: Is there cause for concern?. *Fertility and Sterility*, *98*(2), 334-340.

Sullerotová, E. (1998). *Krize rodiny.* Praha: Karolinum.

Sýkorová, D. (2008). Bezdětnost ve stáří: K sociální integraci seniorů. *Sociologicky časopis*, *44*(1), 113-138.

Šindlář, M. (2004). Lázeňská léčba ženských chorob ve Františkových Lázních. *Moderní babictví, 4*(1), 1-3.

Šulová, L. (2005). *Raný psychický vývoj dítěte.* Praha: Karolinum.

Turke, P. W. (1989). Evolutionary economics of human reproduction. *Population and Development Review, 15*(1), 61-90.

Ulčová – Gallová, Z. (1999). *Diagnóza neplodnost: Útok protilátek.* Praha: Petrklíč.

Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: Infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, *25*(6), 1471-1480.

Ventruba, P. (2008). Poruchy plodnosti. In L. Rob, A. Martan, K. Citterbart a kol., *Gynekologie* (149-161). Praha: Galén.

Volejníková, H. (2005). Rehabilitační metoda Mojžíšové jako prevence i terapie v reprodukční medicíně. In. H. Konečná (Ed.), *Reprodukční zdraví 2005: Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít* (19-21). Praha: Nadace mateřská naděje.

Weinshel, M. (1990). Practice Sketch: Treating an infertile couple. *Family Systems Medicine*, *8*(3), 303-312.

Willi, J. (2011). *Psychologie lásky: Osobní rozvoj cestou partnerského vztahu.* Praha: Portál.

Williams, L., Bischoff, R., Ludes, J. (1992). A biopsychosocial model for treating infertility. *Contemporary Family Therapy, 14*(4), 309-322.

Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L.,Tronstad, S-E., Lalos, A. (2006). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, *22*(2), 598-604.

Wischmann, T. H. (2011). Psychogenní neplodnost: Mýty a fakta. *Psychosom: Časopis pro somatickou a psychoterapeutickou medicínu*, *9*(1), 36. Přístup dne 20. 2. 2014, staženo z: http://www.psychosom.cz/?page_id=1489

Wischmann, T., Thorn, P. (2013). (Male) infertility: What does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive Biomedicine Online (Elsevier Science)*, *27*(3), 236-243.

Yli-Kuha, A. N., Gissler, M. Klemetti, R., Luoto, R., Hemminki, E. (2012). Cancer morbidity in a cohort of 9175 Finnish women treated for infertility. *Human Reproduction*, *27*(4), 1149-1155.

Zoufalá, M. (2011). Postoje ortodoxního judaismu a římskokatolické církve k vybraným sexuálně reprodukčním tématům. In L. Šulová, T. Fait, P. Weiss (Eds.), *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví* (293-306). Praha: MAXDORF.

Zvěřina, J. (2010). Sexuální dysfunkce. In P. Weiss (Ed.), *Sexuologie* (339-363). Praha: Grada.

http://www.reprofit.cz, přístup dne 21.10. 2014

http://www.fertimed.cz, přístup dne 21.10. 2014

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Seznam otázek pro rozhovor

Příloha č. 2: Škála obsažení druhého ve vlastním já

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č. 4: Výsledky získané metodou Škála obsažení druhého ve vlastním já