

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**



## **Rigorózní práce**

Mgr. Anna Komorová

**Psychosociální aspekty neplodnosti a její léčby metodami  
asistované reprodukce**

**Psychosocial aspects of infertility and its treatment by assisted reproduction**

Praha 2017

Konzultant: prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své konzultantce práce prof. PhDr. Lence Šulové, CSc. za inspiraci, podporu, odborné rady a vstřícné vedení. Děkuji také PhDr. Ivě Štětovské, Ph.D. za pomoc s metodologickou částí mého výzkumu.

Velký dík patří všem členům mé rodiny a přátelům, kteří mi po celou dobu studia dodávali odvahu, podporovali mě a věřili mi.

Nakonec bych chtěla poděkovat všem respondentkám, bez jejichž ochoty by tato práce nemohla vzniknout.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem rigorózní 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 26. 7. 2017

Mgr. Anna Komorová

## **Abstrakt**

Tématem předkládané rigorózní práce jsou psychosociální aspekty neplodnosti a její léčby metodami asistované reprodukce. Rigorózní práce upravuje a rozšiřuje práci diplomovou s názvem „Nedobrovolná bezdětnost a její působení na partnerský vztah“.

V teoretické části se zabýváme motivací k rodičovství, diagnózou neplodnosti a možnostmi její léčby, psychosociálními aspekty léčby metodami asistované reprodukce a péčí o psychické potřeby pacientů v centrech asistované reprodukce; dále se věnujeme prožívání neplodnosti a jejímu sociálnímu kontextu, vztahu nedobrovolně bezdětných partnerů, způsobům vyrovnávání se s nedobrovolnou bezdětností a významu psychologické pomoci.

Empirická část se skládá z dvou částí. V první z nich se zabýváme zkušeností žen s potížemi s plodností - jejich emocionalitou, partnerským vztahem a případnými změnami v něm; jejich sociálním okolím, pohledem na život bez vlastních dětí, zkušeností s léčbou neplodnosti a vyhledáváním psychologické pomoci.

Ve druhé části se zabýváme pohledem sester pracujících v centrech asistované reprodukce na psychosociální aspekty neplodnosti, na náročnost léčby metodami asistované reprodukce pro pacientky a na prožitky pacientek během léčby. Pozornost je rovněž věnována hodnocení péče o psychické potřeby pacientek v těchto centrech, přístupu zdravotníků k nim a vzdělávání v této oblasti.

Získané poznatky jsou kvalitativního charakteru a byly získávány pomocí polostrukturovaných rozhovorů a slovních asociací. První části výzkumu se účastnilo 11 žen s potížemi s plodností; druhé části 14 sester pracujících v centrech asistované reprodukce. Z výsledků mimo jiné vyplývá psychická náročnost neplodnosti a její léčby metodami asistované reprodukce, význam vztahového charakteru neplodnosti, význam přístupu zdravotníků k pacientkám a péče o jejich psychické potřeby během léčby; dále pak potřeba dalšího vzdělávání zdravotníků v této oblasti.

Výsledky empirické části mohou být užitečné pro všechny odborníky, kteří pracují s neplodnými páry - pro psychology, psychoterapeuty i zdravotníky.

## **Klíčová slova**

neplodnost, nedobrovolná bezdětnost, asistovaná reprodukce, zdravotnická péče, přístup zdravotníků k pacientům, psychické potřeby, holistický přístup, psychosociální aspekty, partnerský vztah

## **Abstract**

This Rigorosum thesis focuses on psychosocial aspects of infertility and its treatment by assisted reproduction. The Rigorosum thesis modifies and extends the Diploma thesis “The impact of involuntary childlessness on partner relationship”.

The theoretical part deals with motivation for parenthood, the diagnosis of infertility and its treatment, psychosocial aspects of infertility treatment and the care of psychological needs of patients in centres of assisted reproduction; this part also analyses the experience of infertility and its social context, the influence of involuntary childlessness on relationship and coping strategies of partners, and it presents possible ways of psychological treatment for them.

The empirical part consists of two parts. The first part focuses on women with experience of involuntary childlessness – their emotions, relationship and its possible changes; the role of social environment, their view on parenthood, their experience with infertility treatment and with seeking psychological intervention.

The second part deals with nurses in centres of assisted reproduction and their view on the psychosocial aspects of infertility, on the difficulty of treatment with the methods of assisted reproduction and on the emotions of the patients during the treatment. Additional focus lies on evaluation of the care of the psychological needs of patients, the approach of the physicians to them and the education in this area.

The empirical part of this study was carried out by using qualitative methods of research, concretely speaking semi-structured interviews and verbal associations. The total number of 11 respondents participated in the first part of the research; in the second part, 14 respondents were involved. The results show psychologically demanding character of infertility and its treatment by methods of assisted reproduction; significant influence of infertility on relationships; the importance of the approach of the physicians to the patients and the care for their psychological needs during the treatment; and last but not least, the need for further education of physicians in this area.

The results of this study can be useful for all specialists working with infertile couples – that is to say, for psychologist, psychotherapists, as well as physicians.

## **Key words**

infertility, involuntary childlessness, assisted reproduction, medical care, approach of physicians to patients, psychological needs, holistic approach, psychosocial aspects, relationship

## Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1. MOTIVACE K RODIČOVSTVÍ.....	12
1.1. Psychologické teorie rodičovství.....	14
2. NEPLODNOST.....	19
2.1. Vymezení pojmů.....	19
2.2. Možné důvody vzniku neplodnosti.....	21
2.3. Metody léčby.....	33
3. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	40
3.1. Psychosociální aspekty léčby metodami asistované reprodukce.....	40
3.2. Péče o psychické potřeby pacientů s poruchami plodnosti.....	44
4. PROŽÍVÁNÍ NEPLODNOSTI A JEJÍ SOCIÁLNÍ KONTEXT.....	62
4.1. Prožívání neplodnosti a rozdíly mezi muži a ženami.....	62
4.2. Nedobrovolná bezdětnost a sociální vztahy.....	65
5. NEDOBROVOLNÁ BEZDĚTNOST A PARTNERSKÝ VZTAH.....	67
5.1. Teorie lásky a nedobrovolně bezdětné partnerství.....	67
5.2. Neplodnost jako „zkouška síly“ partnerského vztahu.....	71
5.3. Sexualita partnerů s potížemi s plodností.....	73
6. VYROVNÁVÁNÍ SE S NEDOBROVOLNOU BEZDĚTNOSTÍ.....	76
6.1. Faktory, které ovlivňují vyrovnávání se s bezdětností.....	76
6.2. Strategie vyrovnávání se se stresem – coping styles.....	80
6.3. Přijetí bezdětnosti.....	83
7. PSYCHOLOGICKÁ POMOC NEDOBROVOLNĚ BEZDĚTNÝM PÁRŮM.....	87
7.1. Způsoby psychologické pomoci.....	87
7.2. Témata v terapii nedobrovolně bezdětných párů.....	89
EMPIRICKÁ ČÁST.....	92
1. CÍLE VÝZKUMU A JEHO OČEKÁVANÝ PŘÍNOS.....	94
2. FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	95
3. METODOLOGICKÝ RÁMEC.....	96
4. VOLBA ZÁKLADNÍCH METOD.....	97
4.1. Okruhy otázek pro rozhovor v první části výzkumu.....	98
4.2. Okruhy otázek pro rozhovor v druhé části výzkumu.....	99
5. VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	100
5.1. Výběr výzkumného souboru pro první část výzkumu.....	100
5.2. Kritéria výběru pro výzkumný soubor v první části výzkumu.....	101
5.3. Základní charakteristiky respondentek v první části výzkumu.....	104
5.4. Výběr výzkumného souboru pro druhou část výzkumu.....	109
5.5. Kritéria výběru pro výzkumný soubor v druhé části výzkumu.....	109
5.6. Základní charakteristiky respondentek v druhé části výzkumu.....	110

6. OVĚŘOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH TECHNIK - PŘEDVÝZKUM.....	117
7. SBĚR DAT .....	118
8. ANALÝZA DAT .....	121
8.1. Analýza rozhovorů .....	121
8.2. Analýza slovních asociací .....	160
9. SHRUTÍ VÝSLEDKŮ EMPIRICKÉ ČÁSTI .....	166
9.1. Odpovědi na výzkumné otázky první části výzkumu.....	166
9.2. Porovnání skupiny A a skupiny B .....	169
9.3. Odpovědi na výzkumné otázky druhé části výzkumu.....	170
9.4. Porovnání skupiny S a skupiny V .....	173
9.5. Porovnání první a druhé části výzkumu .....	174
10. DISKUZE .....	179
10.1. Porovnání výsledků první části výzkumu s výsledky jiných studií.....	179
10.2. Porovnání výsledků druhé části výzkumu s výsledky jiných studií.....	185
10.3. Možné limity výzkumu.....	192
10.4. Další směřování výzkumných aktivit.....	199
10.5. Etické otázky .....	200
10.6. Aplikace poznatků v praxi.....	201
ZÁVĚR.....	204
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	210
PŘÍLOHY .....	229

# 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 jednoduché a samozřejmé, vůbec samozřejmé není, představuje pro člověka obtížnou situaci; výjimkou nejsou extrémní emoční stavy jako deprese a úzkosti, a objevovat se mohou i myšlenky na sebevraždu (Kirkman, 2003).

Neplodnost není jen nemocí osobní, ale je to nemoc páru a to mnohdy jak z hlediska somatického, tak z hlediska psychosociálního - nedobrovolná bezdětnost představuje pro většinu partnerů krizovou situaci, která je vyvede z dosavadní rovnováhy, partneři k ní musí zaujmout nějaký postoj a vyrovnat se s tím, že dítě, které bývá považováno za jakési potvrzení vzájemného vztahu, možná mít nebudou. Předpokládáme, že prožití této kritické situace způsobí v partnerském vztahu změny, které bychom chtěli v rámci své rigorózní práce zmapovat.

Neplodnost je diagnóza somatická, nelze však opomíjet psychické a sociální aspekty, které ji doprovázejí. Není to nemoc, která by člověka omezovala na fyzické úrovni, často se partneři cítí fyzicky zcela zdravě, ale je to nemoc, jejíž dopady jsou převážně psychické a sociální.

Je patrné, že problematika neplodnosti je komplexní, zahrnuje v sobě aspekty psychické, párové a sociální, a tedy se domníváme, že je nutné se jí také v celé její komplexnosti věnovat. V praxi je však většinou obvyklé, že partneři, kteří mají s plodností potíže, vyhledají pomoc centra asistované reprodukce, kde se však zdravotníci problémem zabývají pouze na jeho somatické úrovni a to i přesto, že nejen neplodnost samotná, ale následně právě také její léčba metodami asistované reprodukce, mají značné dopady na psychický stav pacientů, na jejich partnerství i na další sociální vztahy. Vzhledem k aktuálnosti dané problematiky v současné společnosti jsme se rozhodli, že se jí budeme zabývat také ve své práci – naším cílem je především upozornit na komplexnost dané problematiky, na její aspekty psychické, vztahové a sociální, a na potřebu péče o psychický stav pacientů v centrech asistované reprodukce.

Zájem o toto téma v nás vzbudila 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 aktuální, není mnoho autorů, kteří by se mu komplexně věnovali –



zejména oblast párové dynamiky a péče o psychické potřeby pacientů v centrech asistované reprodukce, jsou opomíjeny. Náš zájem o dané téma byl prohlouben během realizace první části výzkumu, ve kterém jsme zjistili, že právě léčba neplodnosti v centrech asistované reprodukce, která je často jedinou odbornou pomocí, kterou partneři v této situaci vyhledají, jejich psychický stav často spíše zhorší - nejen svou náročností a nutnými zásahy, které jsou s léčbou spojené, ale také nevhodným přístupem zdravotníků k pacientům a nedostatečnou péčí o jejich psychické potřeby.

Tématem předkládané práce jsou psychosociální aspekty neplodnosti a její léčby metodami asistované reprodukce. Vzhledem k tomu, že pojem „**neplodnost**“ označuje určitý somatický stav a má předem danou definici, považovali jsme za vhodnější používat na některých místech naší práce pojem „nedobrovolná bezdětnost“, který vnímáme více jako psychosociální, a tedy jej v kontextu práce považujeme za vhodnější. Pro název práce jsme však zvolili pojem „neplodnost“ a to z toho důvodu, že se práce týká také léčby metodami asistované reprodukce - tedy léčby neplodnosti. Název „Psychosociální aspekty nedobrovolné bezdětnosti a její léčby metodami asistované reprodukce“ považujeme za nevhodný, protože metodami asistované reprodukce se neléčí nedobrovolná bezdětnost, ale neplodnost. V ideálním případě bychom práci nazvali „Psychosociální aspekty nedobrovolné bezdětnosti a jejího řešení v centrech asistované reprodukce“, který by poukazoval na komplexnost problematiky, která je rovněž v centrech asistované reprodukce řešena komplexně, tedy na úrovni biopsychosociální. Takováto situace je však zatím utopií, v centrech asistované reprodukce se léčí pouze somatický stav, a tedy také v názvu práce je zvolen pojem somatický - neplodnost.

Vzhledem k uvedeným „výhodám“ používáme v naší práci také pojem „**nedobrovolná bezdětnost**“. Tímto pojmem označujeme situaci heterosexuálního páru, který se pokouší o otěhotnění partnerky, ale z nějakého důvodu se mu nedaří. Není-li určeno jinak, v našem textu označuje pojem „neplodnost“ a „nedobrovolná bezdětnost“ stejný stav, a tedy je používáme jako synonyma.

Rigorózní 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 uvádí příčiny neplodnosti a možnosti její léčby. Další kapitola se zabývá metodami asistované reprodukce, zejména jejími psychosociálními aspekty, přístupem zdravotníků v centrech asistované reprodukce a jejich péčí o psychické potřeby pacientů. Dále se zabýváme prožíváním neplodnosti, jejím sociálním kontextem a partnerskými vztahy nedobrovolně bezdětných párů – pozitivními a negativními přínosy nedobrovolné bezdětnosti do vztahu, partnerskou

komunikací a sexualitou. 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.

Empirická část je kvalitativního charakteru a skládá se ze dvou částí. Při realizaci používáme metodu polostrukturovaných rozhovorů, která je ve druhé části výzkumu doplněna metodou slovních asociací.

Cílem první části je zjistit, jak ženy prožívají období nedobrovolné bezdětnosti, jaké faktory působí na jejich psychický stav, co jim pomáhá situaci zvládat a co je pro ně naopak stresující. Dále zjišťujeme, jaký význam připisují rodičovství, jak popisují svůj partnerský vztah a jaké změny v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností ve vztahu reflektují.

Tato zjištění upozorňují na párovou povahu dané problematiky a na význam jejich psychosociálních aspektů. Mohou být využity všemi odborníky, kteří s partnery s potížemi s plodností pracují – tedy např. zdravotníky, psychology a psychoterapeuty.

Cílem druhé části je zjistit pohled sester v centrech asistované reprodukce na psychosociální aspekty neplodnosti a na péči o psychické potřeby pacientek. Zabýváme se významem, který sestry tomuto fenoménu přikládají, zda reflektují psychickou náročnost léčby metodami asistované reprodukce a zda jsou ochotny pacientkám poskytovat psychologickou pomoc nebo jim pomoc zprostředkovat. Rovněž zjišťujeme pohled sester na přístup zdravotníků k pacientkám v centrech asistované reprodukce a na poskytovanou péči o jejich psychické potřeby a mapujeme jejich názory na užitečnost vzdělávání v této oblasti.

Většina výzkumů týkajících se péče o psychické potřeby pacientů v centrech asistované reprodukce se zabývá pohledem pacientů. V naší práci se však budeme zabývat „druhou stranou“, tedy pohledem zdravotníků. Zdravotníci jsou ti, kteří jsou partnery s potížemi s plodností primárně vyhledáváni, a tedy se domníváme, že právě jejich názory na psychosociální aspekty neplodnosti a psychické potřeby pacientů mají zásadní význam v péči o psychický stav poskytované v centrech asistované reprodukce. Zjištění těchto názorů a postojů může být prvním krokem ke změně směrem ke komplexní péči; může sloužit např. jako podnět k reformě vzdělávání zdravotníků.

Předkládaná rigorózní práce upravuje a rozšiřuje práci diplomovou „Nedobrovolná bezdětnost a její působení na partnerský vztah“. Teoretická část rigorózní práce byla přestrukturována, některé kapitoly byly rozšířeny a doplněny o další zdroje, přidána byla kapitola „Péče o psychické potřeby pacientů s poruchami plodnosti“; jiné kapitoly byly naopak zkráceny (výrazně zkrácena byla např. kapitola „Motivace k rodičovství“) či zcela vynechány

(„Bezdětnost a jiná řešení neplodnosti“; „Komunikace a sdílení pocitů“; „Druhy terapie“); některé kapitoly byly sloučeny dohromady.

První část realizovaného výzkumu vychází z diplomové práce, avšak výzkumný cíl i výzkumné otázky byly mírně pozměněny; v souladu s touto změnou byla znovu analyzována získaná data. V rigorózní práci se blíže nevěnujeme metodě „Škála obsažení druhého ve vlastním já“, ani datům, která jsme jejím prostřednictvím získali, a kterými se zabýváme v práci diplomové. Empirická část byla doplněna o rozhovory se sestrami pracujícími v centrech asistované reprodukce. Zaměřili jsme se především na jejich pohled na psychosociální aspekty neplodnosti a na péči o psychické potřeby pacientů. Jejich pohled byl porovnán s pohledem žen s potížemi s plodností.

## 1. MOTIVACE K RODIČOVSTVÍ

V předkládané práci se zabýváme nedobrovolnou bezdětností, tedy stavem, kdy si partneři přejí mít dítě, ale vzhledem k potížím s plodností toho nemohou dosáhnout. Aby bylo možné lépe porozumět psychosociálním aspektům nedobrovolné bezdětnosti, považujeme za důležité blíže se věnovat fenoménu rodičovství a pochopit, proč si lidé přejí mít vlastní děti.

Teorie fertility, které se zabývají touhou člověka po rodičovství, můžeme dle Matějčka (1986) rozdělit do tří skupin podle faktoru, který tuto touhu převážně způsobuje.

Zastánci **biologických teorií** (např. Barrett, Dunbar, Lycett, 2007; Foster, 2000; Morgan, King, 2000; Potts, 1997; Rogers, 1990; Small, 2012; Turke, 1989) kladou důraz na instinkt, který vede k vnitřní, rozumově nevysvětlitelné touze po rodičovství a na pud pohlavní a pud rodičovský. Do této skupiny řadíme teorie, které předpokládají, že touha rodit děti je lidské rase vrozená, že nezáleží na společensko-kulturním kontextu ani na rozumovém hodnocení, ale na intuici a pudech. Patří sem teorie evoluční, které předpokládají, že chování člověka je vedeno cílem předat své geny do další generace - tedy rozmnožit se (Ball, Hill, 1996; Bereczkei, Dunbar, 1997; Gaulin, Robinson, 1991; Rogers, 1990; Turke, 1989); a teorie akcentující rodičovský instinkt, dle kterých mají ženy k mateřskému chování geneticky vrozené predispozice (Foster, 2000; Morgan, King, 2000; Potts 1997).

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 dle našeho názoru lidské chování není předurčeno pouze vrozenými instinkty, a tedy je možné pomocí vyšších psychických funkcí 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.

Podle další skupiny teorií jsou nejdůležitější **aspekty společenské**, tedy potřeba člověka naplnit očekávání společnosti, která považuje rodičovství za hodnotnou náplň života (např. Badinter, 1998; Beauvoir, 1966; Neyer, Bernardi, 2011; Reed, 1923; Reger, 2001). Tato hodnota je předávána členům společnosti již od útlého věku, následkem čehož i oni začnou vnímat rodičovství jako potřebu jim vlastní (Matějček, 1986). Zastánci těchto přístupů často tvrdí, že mužská a ženská role jsou pouhým naučeným chováním a také mateřská pečovatelská role je

dívčím vštěpována v průběhu socializace - nejedná se tedy o instinkt k rodičovství, ale o naučené vzorce chování (Rabušič, 2001). Rodičovství a touha po dítěti jsou podle těchto teorií výsledkem sociálních tlaků, které manipulují páry k tomu, aby se „svobodně“ rozhodly pro plození dětí. Rodičovství je tedy ve společnosti jakousi předepsanou normou, se kterou se člověk v rámci socializace identifikuje a nakonec „stát se rodičem“ považuje za své vlastní přání.

Např. dle Badinter (1998) 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. Podobné názory má také Beauvoir (1966) dle které byla z možnosti ženy stát se matkou vytvořena vlivem patriarchální společnosti jediná smysluplná náplň jejího života. Na mateřství by dle této teorie mělo být nahlíženo pouze jako na jednu z možností, jak může žena naplnit svůj život, která by však měla být rovnocenná ke všem ostatním možnostem, které by žena, stejně jako muž, měla mít (Neyer, Bernardi, 2011).

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 patrné ve všech kulturách i během historického vývoje, dalo vysvětlit pouze vlivem společnosti.

Matějček (1986) dále uvádí **teorie psychologické** akcentující psychické potřeby, které může člověk prostřednictvím rodičovství naplnit. Těmto teoriím se budeme blíže věnovat v následující kapitole.

Rabušič (2001) k teoriím zmiňovaným Matějčkem (1986) dodává **teorie mikroekonomické**, které vnímají člověka jako racionálně jednající individuum, které při rozhodování zvažuje své možnosti a klady a zápory každé varianty, a pak si vybere tu, ze které bude mít největší užitek – dle těchto teorií člověk postupuje stejně i při rozhodování zda bude mít potomky (např. Becker, 1960; Leibenstein, 1974). Becker (1960) považuje děti za určitý druh kapitálového zboží a partnery (potenciální rodiče) vnímá jako spotřebitele, kteří se rozhodují, zda jim toto zboží (dětí) bude poskytovat dostatečný užitek (pocity uspokojení, příjmy z práce dětí apod.) a zda vyrovná náklady, jako jsou čas a peníze, které budou muset do výchovy dětí investovat.

Ačkoliv ekonomické teorie nabízejí zajímavý pohled na lidskou motivaci k plození dětí, dle našeho názoru 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 a i když si uvědomují, kolik jiných životních příležitostí nebudou moci naplnit.

Vzhledem k povaze naší práce se nyní budeme podrobněji věnovat teoriím psychologickým.

## **1.1. Psychologické teorie rodičovství**

V centru zájmu psychologických teorií fertility stojí psychické **potřeby**, které jsou prostřednictvím rodičovství saturovány. Potřeby, které člověk může rodičovstvím naplňovat, mohou být uspokojeny také jinak, ale rodičovství bývá pro většinu lidí způsobem nejjednodušším, nejpřímějším a sociálním okolím pozitivně přijímaným.

Matějček (1992) jmenuje pět potřeb, které děti rodičům uspokojují, ale na druhou stranu je mohou také omezovat v uspokojování těchto potřeb jiným způsobem. Jedná se o potřebu stimulace, smysluplného světa (určení), životní jistoty (citové vztahy), identity (naše já, společenská hodnota) a otevřené budoucnosti.

### **Potřeba stimulace**

Matějček (1992) uvádí, že dítě přináší do života rodičů různorodé podněty, a proto mnoho lidí usuzuje, že bez dětí by byl jejich život prázdný a nudný. Také dle Hoffmana a Manise (1979) lidé často vnímají dítě jako zdroj nových podnětů a zábavy.

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).

### **Potřeba smysluplného světa (určení)**

Dle Matějčka (1992) získává člověk péčí o dítě pocit, že dělá něco smysluplného, že je někomu prospěšný a užitečný. Také dle Sobotkové (2007) přináší rodičovství pocit osobního naplnění, osobní hodnoty či smysluplnosti života. Rodiče tak naplňují potřebu generativity, o které se zmiňuje Erikson (1996).

Dítě však také může komplikovat získávání jiných zkušeností a uplatnění se v jiné oblasti (Matějček, 1992).

### **Potřeba životní jistoty (citové vztahy)**

Mezi dítětem a rodičem je obvykle pevné citové pouto, které přináší pocity jistoty a citové provázanosti. Právě emocionální vazby s potomkem si většinou cenní rodiče nejvíce (Hoffman, Manis, 1979; Matějček, 1986; Pakosta, 2009). 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 (Matějček, 1986).

Matějček (1986) zmiňuje, že v dnešní společnosti je citová vazba s dítětem nejdůležitějším aspektem, proč lidé chtějí mít 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 převážně právě z emocionálních důvodů.

Silné citové pouto k dítěti má však i negativní stránku, která může spočívat v soucítění s dítětem – rodiče bývají neustále ovlivňováni úspěchy i neúspěchy dítěte, což zejména v případech neúspěchů bývá vyčerpávající (Matějček, 1992).

### **Potřeba identity (naše já, společenská hodnota)**

Lidé získávají s rolí rodiče také novou identitu, novou dimenzi svého já. Skrz své dítě a roli rodiče získávají společenské uznání, společenskou hodnotu a mohou mít pocit „normality“, související se schopností naplnit toto společenské očekávání (Matějček, 1992). V souladu s názorem Matějčka (1992) také většina respondentů ve výzkumu Pakosty (2009) vnímala rodičovství jako přirozenou součást života.

Na druhou stranu vzhledem k časové, finanční i citové náročnosti péče o děti, může role rodiče komplikovat 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).

### **Potřeba otevřené budoucnosti**

Rodiče vidí v dítěti jakési symbolické pokračování sebe sama, překračování svého osobního života, zachování rodu a předání rodinné tradice, což kromě Matějčka (1992) zmiňují také další autoři (Hoffman, Manis, 1979; Pakosta, 2009). Dítě je pokračováním rodiče nejen z genetického hlediska, ale i z hlediska výchovy – to, co rodič dítěti předal, se dostává do dalších generací.

Na druhou stranu může dítě znesnadňovat rodičům vytvoření významného díla, které by přetrvalo i po jejich smrti (Matějček, 1992).

Hodnotami, které představuje potomek pro rodiče v současné společnosti, se zabývali Hoffman a Manis (1979), kteří zkoumali hodnotu dětí v USA a zjistili, že nejvýznamnější pro rodiče bývá citová vazba, kterou se svým potomkem vytvářejí, dále vnímají dítě jako zdroj nových podnětů, zdroj stimulace a zábavy a vidí v něm jakési symbolické pokračování sebe sama. Tyto poznatky se shodují s pohledem Matějčka (1992), který rovněž uvádí **stimulaci**,

**citovou vazbu a pokračování sebe sama** mezi hlavními psychickými potřebami, které děti rodičům naplňují.

Pakosta (2009) zkoumal hodnotu dětí pro **partnery v České republice**. Většina respondentů vnímala dítě jako zdroj štěstí a psychického uspokojení a považovala jej za 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 viděli v něm prostředníka pro předání rodinné tradice, což se shoduje s poznatky Hoffmana a Manise (1979) i Matějčka (1992).

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. Díky 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. Další poznatky Sobotkové (2007) jsou v souladu s poznatky výše uvedenými: rodičovství přináší pocit osobního naplnění, osobní hodnoty či smysluplnosti života.

Význam dětí pro rodiče se odvíjí také od **pořadí** narození dítěte či jeho **pohlaví**. První dítě bývá většinou zplozeno na počátku manželství, je jakýmsi potvrzením partnerského vztahu, je něčím, co mají partneři společné, co je drží pohromadě. Narození prvního dítěte je velmi emocionální, což souvisí také s tím, že se vše děje 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) bývá 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).

Co se týče **pohlaví** dítěte, 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).

Z výše uvedeného vyplývá, že dítě uspokojuje rodičům jejich psychické potřeby, které jsou spojeny nejen s jejich vnitřním stavem, ale také s očekáváním společnosti a kultury. Význam dítěte pro rodiče se jistě může lišit v závislosti na jeho pohlaví i pořadí narození, ale



hlavní aspekty zůstávají stejné – dítě je pro rodiče významné z hlediska navázání citové vazby, otevřené budoucnosti a obohacení života.

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 do jisté míry naplánován.

Autoři 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. Autoři rovněž vysvětlují, proč v současné společnosti plodí lidé obvykle méně dětí než v minulosti - předpokládají, že dřívější podmínky života byly značně nejistější, než je tomu dnes (Friedman, Hechter, Kanazawa, 1994).

Výše uvedená teorie rovněž poukazuje na potřebu jistoty, kterou dítě rodičům naplňuje, kterou uvádí např. Matějček (1992). Dle této teorie je potřeba jistoty natolik silná, že se ji lidé snaží naplnit i v případě, že tím mohou mnohé ztratit, např. možnost naplňovat potřeby jiné. Budeme-li předpokládat, že potřeba jistoty je totožná s potřebou bezpečí a jistoty, o které mluví Maslow (1970), dle kterého naléhavost jejího uspokojení následuje hned po uspokojení potřeb fyziologických, je logické, proč autoři uvádějí, že lidé dávají přednost této „jistotě“, byť její okolnosti mohou být nepříznivé, před nejistotou. Vzhledem k obvyklé jednoduchosti, jak se stát rodičem, a sociální prestiži rodičovství, je zřejmé, že je tato „cesta k jistotě“ výhodná.

Většina okolností v životě člověka má své pozitivní i **negativní aspekty** a s rodičovstvím tomu není jinak. Sobotková (2007) i Matějček (1986) uvádějí, že 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 bývá rodina **finančně omezenější**, než tomu bylo do té doby, a to nejen z důvodů snížení pracovní aktivity alespoň jednoho z rodičů, ale i nutností do potomka investovat (Sobotková, 2007). Dle Sobotkové (2007) i Pakosty (2009) rodiče musí počítat s tím, že narozením dítěte budou muset **změnit svůj životní styl** a mnoho svých aktivit podřídit potřebám dítěte. To mohou někteří pociťovat jako omezení osobní svobody a ztrátu volnosti. Sobotková (2007) zmiňuje, že 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. Dle Matějčka (1986) mají lidé často rodičovství spojené s **jednotvárnými povinnostmi** jako je praní, žehlení, vaření a nepřetržitá péče o dítě. Matějčkova publikace, ze které jsme tuto informaci čerpali, pochází z 80. let 20. století, v současnosti bude dle našeho názoru tento pohled na rodičovství ještě rozšířenější a to z důvodů větších možností, které lidé po sametovém revoluci ve svém životě mají a vedle kterých se může rodičovství jevit jako jednotvárné a méně zajímavé.

Mezi negativní aspekty rodičovství nepatří jen případná omezení, která mohou někteří vnímat, ale také **strach** z velké odpovědnosti, kterou narození dítěte přináší. Od rodičů se očekává, že dítěti poskytnou nejen hmotné zabezpečení, ale že budou schopni uspokojovat jeho potřeby, navážou s ním láskyplný vztah a budou přiměřeně reagovat na jeho požadavky (Matějček, 1986). Někteří lidé, kteří se rozhodnou, že děti mít nebudou, mívají strach, že by nebyli schopni tyto požadavky naplnit.

Je však zřejmé, že zmíněné pozitivní a negativní aspekty rodičovství jsou značně relativní a záleží na každém jednotlivci, kterou okolnost bude v kontextu svého života za pozitivní respektive negativní považovat.

V této kapitole jsme se věnovali různým teoriím vysvětlujícím motivaci k rodičovství; pozornost byla věnována zejména teoriím psychologickým. Je patrné, že v současné době dítě není tak důležitou pracovní silou v domácnosti ani ekonomickou jistotou ve stáří, jak tomu bylo dříve, ale rodiče v něm hledají možnost navázání hlubších **emocionálních vztahů** – předpokládá se, že dítě bude rodičům naplňovat jejich psychické potřeby, zejména potřebu citové vazby, jak zdůrazňují teorie psychologické. Tento posun souvisí s vývojem rodiny jako celku, která ze všech svých funkcí (reprodukční, hospodářská, socializační, emocionální (Langmeier, Krejčířová, 2006)) je nenahraditelná zejména ve funkci emocionální, tedy v poskytování hlubokých a otevřených vztahů mezi svými členy, čímž uspokojuje psychické potřeby dospělých i dětí. Vedle naplnění psychických potřeb prostřednictvím rodičovství, však dle našeho názoru mají význam také biologické aspekty a společenský tlak.

V další kapitole se budeme zabývat neplodností, tedy stavem, kdy se jedinec stát rodičem nemůže, ačkoliv po tom touží.

## 2. NEPLODNOST

Neplodnost bývá častou, ale nikoliv jedinou příčinou nemožnosti založit vlastní biologickou rodinu, stát se rodičem a naplnit tak své potřeby s tím související. Na rozdíl od dalších příčin, které mohou k bezdětnosti vést, je tato příčina mnohdy zcela nečekaná a přichází ve chvíli, kdy se pár rozhodne mít děti. Nedobrovolná bezdětnost způsobená neplodností nepostihuje jen sociální život a psychický stav jedince, jak je tomu např. u těch, kteří jsou bezdětní kvůli nemožnosti nalézt vhodného partnera, ale v tomto případě je zasažen také partnerský vztah a především u žen i somatický stav, který často prohlubuje potíže psychické.

### 2.1. Vymezení pojmů

Používání pojmů neplodnost, sterilita a infertilita nebývá jednotné. V této kapitole si přiblížíme význam těchto pojmů a jejich užívání v předkládané práci.

**Potrácivost** neboli **infertilita** označuje onemocnění, při kterém není žena schopná donosit nebo porodit plod schopný života (Ulčová-Gallová, 1999). Jako potrat se označuje samovolné 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. Se samovolnými potraty se potýká 0,4 až 1 % žen (Kašparová, 2011). Žena je považována za infertilní, prodělá-li dva samovolné potraty. Odhaduje se, že v populaci žen v reprodukčním období života jsou 4% infertilních (Ulčová-Gallová, 1999).

V anglosaské terminologii se pojmem „infertility“ označuje neplodnost v obecném slova smyslu, tedy infertilita i sterilita. V českém názvosloví se nejčastěji používá pojem **neplodnost či sterilita** v případě, kdy žena nemůže počít dítě. Neplodnost žen, které ještě nikdy nebyly těhotné, označujeme jako **primární sterilitu**, zatímco pokud žena již v minulosti těhotná byla, ale v současnosti má s otěhotněním problémy, mluvíme o **sterilitě sekundární** (Ventruba, 2008).

Pojem neplodnost však bývá užíván rovněž v obecném slova smyslu bez ohledu na to, co je příčinou skutečnosti, že partneři nemohou mít děti. Zastáváme názor, že rozlišování těchto pojmů má význam jen v některých případech, zejména v lékařství, ale mluvíme-li o neplodnosti v souvislosti s jejími psychosociálními aspekty, nehraje jejich rozlišování zásadní roli, protože

často není známo, zda vajíčko nebylo oplodněno nebo zda došlo k potratu. Z tohoto důvodu budeme v této práci pojem neplodnost používat v obecném slova smyslu.

**Neplodnost** byla roku 1977 označena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) za nemoc. Tím, že byla zařazena do seznamu nemocí, se stát finančně podílí na její léčbě a financuje výzkumy v této oblasti, díky kterým dochází k vývoji stále nových technologií (Konečná, 2003).

WHO označuje za neplodné partnery v případě, když se jim nepodaří dosáhnout těhotenství do jednoho roku při pravidelném nechráněném pohlavním styku (Zegers-Hochschild et al., 2009).

Také Řežábek (1999) odvozuje svou definici neplodnosti ze statistických výsledků a říká, že o neplodnosti mluvíme tehdy, neotěhotní-li žena při pravidelném pohlavním styku, který probíhá dvakrát až třikrát týdně do jednoho roku.

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

V podvědomí mnoha lidí (zejména těch mladších) bývá zakořeněn pocit, že při pohlavním styku je velká pravděpodobnost početí. Tato představa je pěstována zdůrazňováním nechtěných těhotenství mladých dívek a protěžovanou důslednou ochranou před početím. Často tedy partneři dlouhou dobu vynakládají úsilí, aby žena neotěhotněla, a většinu z nich nenapadne, že by mohli mít s otěhotněním v budoucnosti problémy (Konečná, 2003). Ve skutečnosti je i u zdravého páru kolem 20. roku ženy 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.

Z těchto důvodů je také pro diagnózu neplodnosti důležité časové hledisko – partneři se musí o otěhotnění snažit minimálně jeden rok, ačkoliv mnozí se mohou potížit s plodností obávat již po výrazně kratší době snažení.

## **2.2. Možné důvody vzniku neplodnosti**

Tradičně bývají za příčiny neplodnosti považovány pouze faktory biologické, dle našeho názoru však mohou mít význam také faktory psychické a sociální. U většiny fyzických potíží je vhodné brát v úvahu také vliv psychiky na somatický stav člověka a sociální kontext problému, kterým je u neplodnosti tendence k odkládání rodičovství do vyššího věku, kdy je již plodnost biologicky zcela přirozeně nižší.

### **2.2.1. 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 biologická příčina neplodnosti nalezena ani u jednoho z partnerů (Řežábek, 1999; Ulčová-Gallová 1999).

Dle novějších údajů je příčina neplodnosti výhradně na straně ženy asi ve 30 až 40%, výhradně na straně muže asi ve 20 až 40%, na straně obou partnerů asi v 15 až 30% případů. U 5% párů se příčiny neplodnosti nepodaří odhalit (Ženská-neplodnost.cz, 2017a). Tyto odlišnosti v procentuálním zastoupení jednotlivých příčin neplodnosti mohou být dány statistickou chybou, jinou cílovou skupinou (příčiny neplodnosti se mohou lišit např. mezi jednotlivými zeměmi), zlepšujícími se diagnostickými metodami, ale také skutečnými změnami.

#### **2.2.1.1. Příčiny mužské neplodnosti**

Zjištění poruch plodnosti na straně muže je jednodušší, proto se tím zpravidla začíná (Ulčová-Gallová, 1999). Základním vyšetřením je vyhodnocení ejakulátu, vytvoření spermioqramu a zhodnocení objemu, barvy, konzistence, doby zkapalnění, pohyblivosti a počtu spermií. Na základě výsledků spermioqramu 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. Poruchy erekce mohou být psychogenního původu, mohou být způsobeny cévním zásobením penisu nebo poruchami funkčního stavu topořivých těles. Příčiny mohou být rovněž

neurohumorální nebo neurogenní (Zvěřina, 2010). Dle příčiny je impotence léčena medikamentózně nebo individuální či partnerskou psychoterapií (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 např. pouhrazové stavy, užívání některých léků nebo psychické příčiny. Psychické příčiny se řeší psychoterapií, pouhrazové stavy chirurgicky (Zvěřina, 2010).

Problémy s otěhotněním může způsobit také **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 mililitr, 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 (Jarošová, 2011). Nejčastějšími faktory, které se podílejí na snižování kvality spermií, je faktor stresový a faktor ekologický. Faktor ekologický 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, porucha vytváření spermií i abnormalita spermií se léčí hormonálně, operačně nebo mimotělním oplodněním (Ulčová-Gallová, 1999).

Ulčová-Gallová (1999) k příčinám zmiňovaným Řežábekem (1999) doplňuje:

### **Hormonální příčiny**

U některých mužů trpících neplodností může být narušena optimální hladina sérových hormonů, gonadotropinů (FSH – folikulostimulačního a LH - luteinizačního 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 poškodit nebo je ničit. Imunologické příčiny neplodnosti se většinou léčí podáváním imunosupresiv, vitamínů, případně inseminací nebo mimotělním oplodněním (Ulčová-Gallová, 1999).

#### **2.2.1.2. Příčiny ženské neplodnosti**

Diagnostika příčin ženské neplodnosti je podstatně obtížnější než diagnostika neplodnosti mužské a pojí se s ní větší fyzická zátěž. Proto se partnerům 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. Někdy se 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 vyšetření podstoupit (Konečná, 2003).

Řežábek (1999) uvádí následující příčiny poruch plodnosti na straně ženy:

### **Vaginismus**

Vaginismus je křečovitě sevření svalstva kolem pochvy, které brání vniknutí penisu do vagíny, a tak ke koitu nemůže dojít. Vaginismus často vzniká následkem traumatické sexuální zkušenosti a léčí se pomocí psychoterapie (Řežábek, 1999).

### **Nedozrávání vajíček**

Nedozrávání vajíček bývá nejčastější příčinou neplodnosti žen. Příčina může být **centrální povahy**, kdy je nedozrávání vajíček způsobeno nesprávným hormonálním řízením vycházejícím z mozku, což se může stát např. při výrazném úbytku váhy. Příčinou může být také 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 ovarií (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).

Obtížně léčitelnou příčinou je **nedostatek vajících ve vaječniku**, ke kterému dochází v období menopauzy, obvykle okolo 50. roku života (Langmeier, Krejčířová, 2006). Menopauza však může ve výjimečných případech nastat i dříve. Pokud je vajících málo, 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 může bránit proniknutí do vajíčka příčina imunologická, když tělo ženy vyrábí protilátky proti spermiím, nebo mechanická, když jsou uzavřené vejcovody (Řežábek, 1999).

Ačkoliv jsou spermie pro tělo ženy cizí látkou, obvykle proti nim protilátky nevyrábí. Někdy však může dojít k produkci antispermatozoálních protilátek, což zabraňuje oplození partnerky. Je-li příčinou neplodnosti právě výroba protilátek, jedná se o **imunologickou příčinu** neplodnosti, která se léčí podáváním imunosupresiv - ženě jsou podávány kortikoidy, které mají snížit obranu jejího imunitního systému proti spermiím partnera (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 (Ulčová-Gallová, 1999).

V některých případech nemohou spermie proniknout k vajíčku z důvodů **mechanického uzavření** vejcovodů. Vejcovody zůstávají neprůchodné např. 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 spíše 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 dárkyně (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 a až 25% žen s tímto onemocněním se stává neplodnými. Endometrióza se léčí chirurgicky, hormonálně či imunologicky (Ulčová-Gallová, 1999).

**Mezi další příčiny ženské neplodnosti** patří nedostatek hormonů nutných k zahrnutí vajíčka (Řežábek, 1999), nepravidelnosti pochvy, potíže v hrdle děložním nebo nevyvinutí dělohy, nepravidelná poloha dělohy nebo její zdvojení, případně srůsty či myomy (Ulčová-Gallová, 1999). Negativní vliv na plodnost mohou mít také hematologické poruchy či infekce (Kašparová, 2011).

Jsou případy, kdy ačkoliv byla provedena všechna dostupná vyšetření, lékaři žádnou příčinu neplodnosti neobjevili. Tento stav 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. Dle Čepického (2011) bývá idiopatická neplodnost často zaměňována za neplodnost psychogenní. Předpokládá se totiž, že nejsou-li nalezeny žádné biologicky vysvětlitelné příčiny neplodnosti, musí být neplodnost psychického původu. Čepický (2011) však upozorňuje, že tento přístup je nesmyslný, protože abychom mohli prohlásit neplodnost za psychogenní, je nutné nalézt příčiny psychické. V následující kapitole se budeme psychogenním příčinám neplodnosti věnovat podrobněji.

### **2.2.2. Psychogenní neplodnost**

V současné době se v medicíně začíná prosazovat psychosomatický pohled na nemoc, který se snaží na člověka nahlížet jako na biopsychosociální jednotu 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 (Danzer, 2001). Ventruba (2008) například uvádí, že příčiny neplodnosti ženy mohou být až z 5% psychogenního původu.

Přijetí psychogenního původu nemoci však nebývá pro pacienty jednoduché. Toto sdělení v nich může vyvolávat pocity viny z toho, že udělali ve svém životě něco špatně nebo mohou mít pocit, že si za svou nemoc mohou sami (Sinelnikov, 2005). Tyto myšlenky mohou vést zcela přirozeně k většímu psychickému dyskomfortu.

Matějů, Weiss a Urbánek (2005a) rozdělují teorie, které se zabývají rolí psychického stavu při poruchách plodnosti na dvě hlavní skupiny - jsou jimi teorie vycházející z psychoanalytických základů a teorie stresu.

**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).

Psychoanalytička Desjardins-Simon a její kolegyně Debras uvádějí, že realizaci proklamované touhy po dítěti brání tzv. „nevědomé bloky“ u jednoho či u obou partnerů. Mezi nejčastější příčiny neplodnosti řadí např. patologický vztah mezi matkou a dcerou (totéž uvádějí také Matějů, Weiss, Urbánek, 2005a), mezi otcem a synem, ale také mezi sourozenci; nepřijetí vlastního ženství resp. mužství; stagnaci jednoho z partnerů v roli dítěte; nevědomé odmítání role matky resp. otce; nevědomé vnímání dítěte jako ohrožení existence vztahu, ale také strach z ohrožení dítěte samotného (vztah není pro dítě bezpečný); stav, kdy místo dítěte je v rodině již obsazené (např. jeden partner je dítětem toho druhého); transgeneračně přenášená přesvědčení; rodič zastává roli rodiče v jiném vztahu (např. je rodičem svému sourozenci), a tedy není prostor pro vlastního potomka (Desjardins-Simon, Debras, 2015).

Dle našeho názoru se jedná o zajímavý pohled, avšak domníváme se, že je možné, že podobné psychické fenomény a nevědomé bloky, bychom našli také u partnerů, kteří potíže s plodností nemají. Dynamicky orientované teorie neplodnosti považujeme za velmi obtížně ověřitelné, protože předpokládáme, že partneři, kteří neplodností netrpí, budou méně ochotni danou oblast v terapii dlouhodobě prozkoumávat.

Také podle Wischmanna (2011) je vysvětlení neplodnosti tímto způsobem problematické. Wischmann (2011) uvádí, že i partneři, kteří nemají s otěhotněním problémy, se mohou narození dítěte obávat, a také oni spatřují klady a zápory příchodu svého potomka.

Za další psychickou příčinu neplodnosti je často považován **stres**. Podle Líbalové (2008) je vliv stresových faktorů na reprodukční funkce nepochybný. Při stresu dochází k mobilizaci celého organismu, jejímž následkem jsou inhibovány neuroendokrinní systémy, tedy i systém umožňující reprodukci.

Také Matějů, Weiss a Urbánek (2005a) uvádějí, že stres může u žen způsobit neplodnost 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 např. poruchou erekce (Zvěřina, 2010).

Vliv stresu na plodnost žen potvrzuje také studie, kterou realizovali Ebbesen et al. (2009). Autoři srovnávali chronický stres u žen, které podstoupily léčbu neplodnosti pomocí metod asistované reprodukce (konkrétně in vitro fertilizaci – 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.

Někteří autoři se však domnívají, že stres pravděpodobnost početí nesnižuje. Boivin, Griffiths a Venetis (2011) na základě své studie uvádějí, že míra stresu u žen nemá vliv na úspěšnost léčby metodami asistované reprodukce. Také dle Matthiesena et al. (2011) je vliv stresu na pravděpodobnost početí pouze zcela minimální.

Dle Konečné (2003) je míra úzkosti a neuroticismu u žen s dětmi a u neplodných žen s organickou příčinou neplodnosti signifikantně nižší, než u žen s funkční sterilitou. Sobotková (2007) uvádí, že tyto poznatky byly zejména v 50. a v 60. letech pokládány za jasné důkazy psychogenního původu neplodnosti. V 80. letech se však začaly objevovat námitky, že v tomto případě je obtížné odlišit příčiny od následků. Vyšší míra úzkosti a neuroticismu u žen s poruchou plodnosti bez zjištěné organické příčiny, může být důsledkem nejistoty, kterou během léčby zažívají a která je posilována nedostatečným vysvětlením příčiny problému.

Existují také případy, kdy ženy otěhotněly poté, co se rozhodly **adoptovat dítě** a přestaly se upínat na početí. Náhradní rodinná péče může vést k uvolnění tenze a napětí, což způsobí lepší fungování biologických procesů a ke kýženému početí může dojít samovolně (Born, 1989). Studie na toto téma realizované však nejsou v souladu - některé souvislosti mezi adopcí a následným početím vyvracejí (např. Lamb, Leurgans, 1979), dle jiných určitá spojitost možná je (např. Kraus, 2008). Gibson a Myers (2002) ve svém výzkumu zjistili, že možnost vychovávat děti v pěstounské péči má pozitivní vliv na snížení stresu nedobrovolně bezdětných žen, avšak souvislosti s následným otěhotněním se tato studie nevěnovala. Snížení stresových hormonů po adopci dítěte, však může být dle našeho názoru racionálním vysvětlením možného otěhotnění.

Stres není prožíván pouze jako psychický dyskomfort, ale projevuje se také na somatické úrovni, a tedy ovlivňuje některé fyziologické funkce, což se může projevit právě v nedostatečném fungování funkcí reprodukčních. Pokud tedy povede náhradní rodinná péče k výraznému poklesu psychického dyskomfortu, je dle našeho názoru možné, že právě díky tomuto se partnerům početí podaří. Na druhou stranu považujeme za vysoce nešťastné, budou-li partneři vkládat do náhradní rodinné péče takovéto naděje.

Pokud budeme předpokládat, že příčiny neplodnosti mohou být psychogenního původu, měla by být **psychoterapie používána jako jedna z metod léčby neplodnosti**, která může být v případě psychogenní neplodnosti účinnější než čistě somatické postupy (Matějů, Weiss, 2004). Výzkumy, které se zabývají účinností psychoterapie při léčbě neplodnosti, však nedocházejí k jednotnému konsensu.

Např. Ramezanzadeh et al. (2011) realizovali výzkum s pacienty s depresí, ve kterém byla léčba neplodnosti v CAR signifikantně úspěšnější u těch, kteří absolvovali psychoterapii a užívali antidepresiva, oproti těm, kteří toto nepodstoupili. Vyšší pravděpodobnost otěhotnění u psychiatrických pacientů po absolvování psychologických konzultací potvrdili také Hosaka et al. (2002) - ženy, které prošly psychologickou intervencí, prožívaly menší psychický dyskomfort a častěji se jim podařilo otěhotnět (Hosaka et al., 2002). Sahraian, Poorsamar a Jahromi Kargar (2014) potvrzují pozitivní vliv psychologických intervencí na pravděpodobnost početí také u nepsychiatrické populace.

Jiné studie však souvislost mezi psychologickou intervencí a zvýšenou pravděpodobností početí nepotvrzují (Boivin, 2003; Kupka et al., 2003; Wischmann, 2008).

Stejně jako v souvislosti s náhradní rodinnou péčí se domníváme, že psychoterapie může k úspěšnému početí přispět na základně redukce stresu a úzkosti, tedy snížením psychického dyskomfortu. Role psychoterapeuta je však především v pomoci při zvládnání vlastní neplodnosti a její léčby. Psychoterapií nedobrovolně bezdětných partnerů se budeme zabývat v této práci později.

Wischmann (2011) předpokládá, že role psychogenních faktorů jakožto jediné příčiny neplodnosti bývá 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) uvádí, že nebyly zjištěny žádné psychické fenomény, ve kterých by se lidé s poruchami plodnosti odlišovali od zdravých párů.

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

Podle našeho názoru hrají i u somatických nemocí v různé míře svou roli faktory psychické, což potvrzuje existence některých onemocnění, která západní medicína dokáže zmírnit nebo potlačit, ale nedokáže je vyléčit, a která se zcela zřetelně zhoršují ve chvílích psychického vypětí. Danzer (2001) mezi tato onemocnění řadí např. bronchiální astma, bolesti hlavy, časté mdloby nebo ekzémy.

### **2.2.3. Význam sociálního kontextu v problematice neplodnosti**

Počet narozených dětí na ženu se v posledních dvaceti letech 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.

**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. Individualita jedince se musela podřít očekávání společnosti a byl dán jen velmi malý prostor, ve kterém mohl člověk kreativně utvářet svůj život. Postupnou industrializací se mnoho lidí stěhovalo za prací z vesnic do měst, a došlo tak k **narušení vazby s původní rodinou** - v industriální společnosti tedy 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).

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 (Sullerot 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** (nikoliv rodiny jako celku) a vlivem rozvoje psychologie (velký vliv měla zejména psychoanalýza), která zdůrazňuje individualitu a jedinečnost každého člověka (Sullerot, 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 začíná snižovat četnost porodů v nízkém věku ženy, 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 (Sullerot, 1998).

Normy a hodnoty uznávané generacemi předchozími jsou relativizovány a vznikají hodnoty nové, v jejichž centru stojí individualita jedince, jeho potřeby, touha po seberealizaci, vyšší kvalitě života a osobním štěstím (Rabušič, 2001). 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 (Sullerot, 1998).

**Odkládání rodičovství** je trendem společnosti konce 20. a začátku 21. století, 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 **preferance 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 rozhodly, 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 života. 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).

Skutečně se ukazuje, že ženy, které se rozhodly nejprve 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. Jejich životní úroveň se většinou příliš neliší od bezdětných žen (Kocourková, 2011).

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

### **Typ partnerského soužití**

Vysoká míra rozvodovosti, střídání partnerů, nesezdané soužití či oddělené bydliště partnerů jsou fenomény, které se v současné společnosti zcela běžně vyskytují. Tyto formy soužití komplikují případné rodičovství, které souvisí s odpovědností za svého potomka, 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 Nývlt 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 u svých rodičů než ženy, které jsou již matkami, což může být podle Haškové (2009) důsledkem podmiňování rodičovství možnostmi samostatně bydlet. Většina párů dokonce uvádí nemožnost samostatného bydlení jako jednu z hlavních překážek založení rodiny (Hašková, 2009).

### **Věková podobnost partnerů**

Častěji zůstávají bezdětná 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 již děti má a bývá tedy méně ochoten do dalších 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. roce 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 (Nývt, Šalamounová, 2005).

Považujeme za důležité zmínit, že **pozdní mateřství** nepřináší jen riziko nemožnosti početí, ale má také své **výhody**. Konečná (2008) vidí v odkládání rodičovství do pozdějšího věku větší odpovědnost matky vůči svým potomkům, které chce přivést na svět za co nejlepších podmínek, za což považuje svou emoční zralost, pevný partnerský vztah a finanční zabezpečení, čehož však většinou dosahuje až v pozdějším věku.

Také Sobotková (2007) zmiňuje výhody pozdního mateřství. Starší matky (po 35. roce) bývají na rodičovství připravenější, bývají emocionálně zralejší a stabilnější. Bylo zjištěno, že starší matky se lépe vyrovnávají s předčasným porodem, s hyperaktivním dítětem či s jinými odchylkami.

Z výše uvedeného je patrné, že odkládání rodičovství do vyššího věku má svá **racionální opodstatnění**, ze kterých nevyplývají pouze individuální výhody, ale také výhody pro potenciální potomky (starší rodiče bývají finančně zajištěni, emocionálně zralejší,...).



Pocit, že „není kam spěchat“ může být posilován také zlepšujícím se celkovým zdravotním stavem společnosti a prodlužující se střední dobou dožití, což může navozovat iluzi, že ve 40 letech je člověk stále ještě mlád, a tedy by otěhotnění nemělo být problém; lidská plodnost je však již v tomto věku omezena, menopauza nastává u žen kolem 50. roku věku (Langmeier, Krejčířová, 2006). A tak mnoho žen nehledí na své biologické hodiny, jsou dlouhou dobu dobrovolně bezdětné, ale tato dlouhá léta bezdětnosti dobrovolné mohou být tvrdě splacena truchlením nad bezdětností nedobrovolnou.

## 2.3. Metody léčby

Zjistí-li partneři, že mají potíže s početím, snaží se nejprve přijít na to, proč tomu tak je. Na začátku léčby obvykle absolvují vyšetření u řady odborníků (gynekologie, andrologie, imunologie, endokrinologie, sexuologie, genetika, urologie, sexuologie atd.), kteří participují na zjišťování příčin neplodnosti (Konečná, 2003).

Mezi základní vyšetření patří vyšetření anatomických poměrů a spermiologické vyšetření u muže (Ventruba, 2008), dále pak u ženy vyšetření ovulace, stanovení hladiny hormonů, ultrazvuková folikulometrie, vyšetření děložního hlenu či zjištění průchodnosti vejcovodů (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 výsledky vyšetření byly negativní. 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 početí zvýšit. Paradoxně tedy mohou být zklamaní, že žádná organická příčina nebyla odhalena.

Dle výsledků vyšetření se rozhoduje o další léčbě. Některým metodám se budeme věnovat podrobněji.

### 2.3.1. Medikamentózní terapie

Medikamentózní terapie se využívá především při léčbě infekce, imunologických poruch a hormonální nerovnováhy (Konečná, 2003).

K léčbě zánětů a infekce se používají primárně **antibiotika** (Ventruba, 2008), jako doplňková léčba mohou být užívány vitamíny (Ulčová-Gallová, 1999).

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

Hormonální terapie se využívá v případech, kdy je příčinou neplodnosti nedostatečná hladina hormonů. Nízká hladina hormonů může u žen způsobit poruchy ovulace či problémy se zahnížděním vajíčka (Řežábek, 1999). Ženám se často dodávají **estrogeny, gonadotropiny** (folikulostimulační hormon) či **progesteron** (Ventruba, 2008). U mužů se používá hormonální léčba při aspermií, na kterou nejlépe funguje **gonadotropin**, konkrétně folikulostimulační hormon (Ventruba, 2008).

Považujeme za nutné dodat, že medikamentózní terapie, zejména terapie hormonální, bývá velmi psychicky náročná (Konečná, 2003; Miller, 2009). Např. Miller (2009) řadí mezi její vedlejší účinky úzkost, poruchy spánku, změny nálad, podrážděnost, poruchy myšlení, deprese nebo naopak manické stavy.

### **2.3.2. Chirurgické metody léčby neplodnosti**

Chirurgická léčba se při léčbě neplodnosti používá od počátku 70. let, od 80. let se používá nejčastěji laparoskopie, která je nejméně invazivní (Ventruba, 2008). Neplodnost je možné řešit chirurgicky v případě, když se jedná např. 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 nejvyšší (Ventruba, 2008).

### **2.3.3. Metody asistované reprodukce**

Mnoho autorů (např. 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 spíše o řešení, díky kterému partneři mohou mít vytoužené dítě, ale neplodnost jako taková vyléčena není. Vzhledem k tomu, že se mezi metody léčby obvykle řadí, uvedeme ji také my v této kapitole.

Rozvoj reprodukční medicíny, především technik asistované reprodukce, přináší neplodným partnerům naději na zplození vlastního potomka a mnoho párů díky tomuto

skutečně potomka zplodilo. Naděje, kterou tyto techniky přinesly, má však i svou odvrácenou tvář - lidé často podceňují klesající plodnost se stoupajícím věkem a věří, že kdyby nemohli zplodit potomka přirozenou cestou, asistovaná reprodukce jejich problém vyřeší. Jen málo z nich si však uvědomuje, že i techniky asistované reprodukce mají své limity a jejich úspěšnost s rostoucím věkem ženy rapidně klesá. Např. centrum asistované reprodukce ISCARE uvádí na svých internetových stránkách úspěšnost IVF po transferu pětidenních embryí (cyklus s vlastními oocyty) u žen ve věku 20 - 30 let 48%, u žen ve věku 31 – 38 let 41% a ve věku 38 – 40 let 37% (ISCARE I.V.F. a.s., 2015).

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

V následujícím textu se budeme zabývat některými typy asistované reprodukce.

#### 2.3.3.1. **Jednotlivé metody asistované reprodukce**

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

**In vitro fertilizace (IVF)** je nejpoužívanější metodou mimotělního oplodnění, která sestává z několika fází - 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 folikulo stimulačního 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. Odběr vajíček probíhá většinou v narkóze pomocí jehly, kterou lékař zavede skrz pochvu. Celý proces probíhá pod kontrolou ultrazvuku. 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 (katétru) přes pochvu a hrdlo děložní (Řežábek, 1999).

Další metodou mimotělního oplodnění je **intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI)**, 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 do něj musely 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 (Řežábek, 1999).

Jednou z modifikací metody ICSI je **introcytoplazmatická injekce preselektované spermie (PICSI)** při které je ICSI spojena s výběrem zralých a kvalitních spermií, které jsou poté zavedeny přímo do oocytu (Žáková et al., 2010). Další modifikací ICSI je metoda **intracytoplazmatické injekce morfologicky selektované spermie (IMSI)**, při které je ICSI spojena s výběrem spermie na základě jejich morfologických charakteristik - do oocytu je tak vpravena morfologicky optimální spermie (Oborná, Zbořilová, 2015).

Dále se používá **mikrochirurgická epididymální aspirace spermií (MESA)**, **testikulární extrakce spermií (TESE)** a **perkutánní aspirace spermií (PESA)**, při kterých jsou spermie chirurgicky získané z varlete nebo z nadvarlete muže a používají se v případě, když se spermie v ejakulátu nenacházejí. Příčinou tohoto mohou být uzavřené vývodné cesty z nadvarlete, k čemuž může dojít po zánětu, úrazu nebo sterilizaci muže. Tyto metody se také kombinují s metodou ICSI (Řežábek, 1999).

Uhníždění embrya v děložní sliznici může usnadnit mikromanipulační technika **asistovaný hatching (AH)** spočívající v rozrušení ochranného obalu vyvíjejícího se embrya, díky čemuž mohou buňky obal opustit a uhnízt se ve sliznici dělohy (Oborná, Zbořilová, 2015).

#### 2.3.3.2. Rizika asistované reprodukce

Během oplodnění pomocí asistované reprodukce může dojít ke komplikacím, které mohou nejen snížit úspěšnost pokusu, ale mohou také ohrozit zdraví ženy.

- 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 růstu 20 i více folikulů v každém vaječniku, 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, hrozí riziko trombózy. Hyperstimulační syndrom ve většině případů samovolně odezní (Řežábek, 1999).
- Při odběru vajíček může dojít k **poranění** ženy (Řežábek, 1999).
- Může rovněž dojít k **mimoděložnímu těhotenství**, při kterém se embryo uchytlí 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 podbříšku, 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 teprve nedařili se početí, jsou ženě vloženy do dělohy embrya dvě (konkrétní postupy se stále mění). 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 vaječniku**, ke které vede rotace zvětšeného nastimulovaného vaječniku. Při rotaci dochází ke stočení cév, které vaječník zásobují, ve vaječniku městná krev, je omezeno jeho zásobování, což vede k odumírání orgánu a ten musí být odebrán (Jarošová, 2011).
- Některé výzkumy rovněž upozorňují, že léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce zvyšuje pravděpodobnost rozvoje **rakoviny prsu**, nicméně výsledky studií nejsou jednotné. Ve výzkumu Katze et al. (2008) bylo zjištěno, že riziko vzniku rakoviny vlivem asistované reprodukce stoupá u žen, které se začínají tímto způsobem léčit až po 30. roce života. Naopak Stewart et al. (2012) uvádějí, že v souvislosti s léčbou neplodnosti jsou rozvojem rakoviny prsu nejvíce ohroženy ženy, které s léčbou začaly v mladém věku, autoři uvádějí věk okolo 24 let. Některé výzkumy (např. Salhab, Al Sarakbi, Mokbel, 2005; Yli-Kuha et al., 2012) souvislost asistované reprodukce s rakovinou prsu neprokázaly. Ačkoliv nebyla zjištěna jednoznačná spojitost mezi

rakovinou prsu s asistovanou reprodukcí, domníváme se, že by toto riziko neměly ženy podceňovat a to zejména ty, které mají rakovinu prsu v rodinné anamnéze.

#### **2.3.4. Metoda Mojžíšové**

Metoda Mojžíšové představuje soustavu svalových cvičení, která pomáhají u některých druhů funkční neplodnosti (Novotná, 2007). Tento druh rehabilitačního cvičení vznikl 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, díky čemuž je v současné době hrazena ze zdravotního pojištění (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, např. k bolesti zevních pohlavních orgánů, bolesti při pohlavním styku, anorgasmii, nepravidelné a bolestivé menstruaci, neprůchodnosti vejcovodů či opakovaným potratům (Novotná, 2007).

Matějů a Weiss (2004) uvádějí, že výhodou této metody je, že díky pravidelnému cvičení mají ženy možnost aktivně se podílet na své léčbě; cvičení má relaxační účinky; obvykle se cvičí ve skupině, tedy se ženy seznámí s dalšími lidmi se stejnými potížemi, se kterými mohou sdílet své zkušenosti; některé prováděné cviky se musí realizovat ve dvojici, tedy je do procesu aktivně zapojen i partner; léčba na nějakou dobu zakazuje otěhotnět, tedy partneři mohou vypustit „sex podle harmonogramu“, což bývá pro mnohé zdrojem stresu. Tyto aspekty přispívají k lepšímu psychickému stavu partnerů, a tedy metoda Mojžíšové představuje vhodný doplněk k somatické léčbě neplodnosti.

Podle Ulčové-Gallové (1999) může být metoda účinná především u úzkostných žen s nevysvětlitelnou příčinou neplodnosti.

#### **2.3.5. Psychoterapie**

Psychoterapie je používána u poruch plodnosti jako primární léčba v případě, jsou-li příčiny potíží s počítím psychického charakteru, např. při poruchách erekce u mužů nebo vaginismu u žen (Řežábek, 1999). Dle Líbalové (2008) může psychoterapie přispět ke snížení

prožívaného stresu, a tím zvýšit úspěšnost léčby somatické. Domníváme se, že hlavním přínosem psychoterapie je pomoci partnerům překonat náročné období řešení neplodnosti, případně se vyrovnat s dlouhodobou či trvalou nedobrovolnou bezdětností. Podrobněji se budeme psychoterapií zabývat v samostatné kapitole.

### 2.3.6. 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**, **slatina**, které je bohatá na bílkoviny, pektiny, celulózu, humusové látky a **zřidelní plyn** (Šindlář, 2004).

Význam balneoterapie v současnosti poklesl, pravděpodobně kvůli novým technologiím, zejména metodám asistované reprodukce, do kterých většina žen klade největší naději. V dnešní uspěchané době mohou ženy považovat pobyty v lázních za zdoluhavé, a proto raději volí modernější postupy, které často považují za rychlejší a efektivnější.

Domníváme se, 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 a nemusí přinést jen kýžené početí, ale i celkové zlepšení stavu ženy.

V dnešní době vkládá většina partnerů s potížemi s plodností své největší naděje do medicínských způsobů léčby, které jsou jim zprostředkovávány gynekology či centry asistované reprodukce. Jejich léčba tedy spočívá převážně v medikamentózní terapii, chirurgických zákrocích a metodách asistované reprodukce. Tyto metody představují velký pokrok v reprodukční medicíně a mnoha párům se díky nim podařilo otěhotnět, ale zároveň jsou s nimi spojena zdravotní rizika a bývají pro pacienty značně psychicky náročné. Domníváme se proto, že by se nemělo zapomínat na existenci jiných způsobů léčby neplodnosti, které nejsou spojeny s žádnými zdravotními riziky a které mohou přispět k lepší psychické pohodě partnerů. Tyto metody mohou být vhodným doplňkem k léčbě medicínské.

Vzhledem k tomu, že metody asistované reprodukce jsou v současné době častým způsobem léčby neplodnosti, budeme se jim a jejich psychosociálním aspektům věnovat v následující kapitole.

### 3. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE

V současné době jsou velké naděje na léčbu neplodnosti vkládány do metod asistované reprodukce, jejichž nevýhodou je však značná fyzická i psychická náročnost. Při této léčbě je pozornost věnována především biologické složce nemoci a to často na úkor složky psychosociální. Vzhledem k psychické náročnosti léčby považujeme za důležité, aby byla pozornost věnována také této oblasti.

#### 3.1. Psychosociální aspekty léčby metodami asistované reprodukce

Léčbu neplodnosti často provází značný **stres**, který je primárně spojen s nemožností otěhotnět, ale sekundárně také s léčbou samotnou a s okolnostmi, které ji doprovázejí (Konečná, 2008). Jedná se např. o vedlejší účinky užívané medikace, mezi které se často řadí **úzkosti, poruchy spánku, změny nálad, podrážděnost, poruchy myšlení, deprese nebo naopak manické stavy** (Miller, 2009) či **fyzický dyskomfort** (Konečná, 2008). Negativně prožívána bývá také finanční náročnost léčby a časté absence žen v zaměstnání z důvodů návštěv center asistované reprodukce (Miller, 2009).

Cwikel, Gidron a Sheiner (2004) uvádějí, že přibližně polovina žen v jejich studii považovala léčbu neplodnosti **za nejvíce stresovou událost** svého života. Ženy, které podstoupily metody asistované reprodukce, trpěly mnohem častěji depresí než ženy v běžné populaci. Nejzávažnější obtíže měly ženy, které léčbu právě započaly a ty, které se léčily neúspěšně více než 6 let. Překvapivě nejmenší depresi prožívaly ženy, které se léčily 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 má již za sebou počáteční váhání, zda je zvolený způsob léčby vhodný, na druhou stranu se ještě neléčí natolik dlouho, aby měla obavy, že léčba úspěšná nebude.

Dle některých autorů absolvování léčby metodami asistované reprodukce ovlivňuje psychický stav partnerů i poté, co byla léčba ukončena a to v případě její úspěšnosti i neúspěšnosti (Abbey, Andrews, Haltman, 1994; Johansson, Berg, 2005; Miller, 2009; Wirtberg et al., 2006). Např. Johansson a Berg (2005) se zabývali bezdětnými ženami dva roky poté, co definitivně ukončily léčbu metodami asistované reprodukce, která **úspěšná nebyla**. Z rozhovorů vyplynulo, že bezdětnost je stále hlavním tématem, které ženy ve svém životě řeší.



Absolvování léčby vnímaly většinou jako pozitivní a důležitou součást svého života a často zmiňovaly, že tato zkušenost zvedla jejich sebeúctu. Období léčby popisovaly jako plné naděje a většina z nich předpokládala, že by léčba byla úspěšná, kdyby byla reprodukční technologie na vyšší úrovni. Ženy obvykle věřily, že jednoho dne otěhotní a to nezávisle na příčině své neplodnosti. Tato víra se s rostoucím věkem snižovala, ale mnoho žen uvádělo, že budou doufat až do doby, než přijde menopauza. Ženy se obvykle snažily najít jinou náplň svého života jako je např. cestování nebo péče o děti svých příbuzných. Některé z nich měly tendence k sociální izolaci a tématu vlastní bezdětnosti se v hovoru spíše vyhýbaly (Johansson, Berg, 2005).

Také Wirtberg et al. (2006) se zabývali ženami **po neúspěšném mimotělním oplodnění**. Autoři longitudinálně zkoumali 14 švédských žen po neúspěšné léčbě metodami asistované reprodukce a stejně jako Johansson a Berg (2005) zjistili, že bezdětnost je hlavním tématem, které tyto ženy ve svém životě řeší a ovlivňuje jejich osobní i sociální život. Ženy ve výzkumu uváděly, že si ještě dlouhou dobu po umělém oplodnění dokázaly situaci živě vybatvit a samotnou léčbu považovaly za významnou součást svého života. Většina respondentek trpěla **sníženou sebeúctou a pocity méněcennosti**, polovina z nich se cítila **sociálně izolovaná** a ve většině případů byl dlouhodobě negativně ovlivněn i jejich sexuální život. Nebylo také výjimkou, že neplodnou ženu partner opustil. 11 ze 14 žen ve výzkumu však tvrdilo, že se jim nakonec podařilo přijmout svou roli ne-rodice a seberealizovat se prostřednictvím svých zájmů, kariéry nebo vztahů s jinými lidmi (Wirtberg et al., 2006).

Z výše zmíněných studií vyplývá, že není-li léčba neplodnosti úspěšná, prožívají ženy negativní emoce, které jsou dle našeho názoru spojeny především se stavem nedobrovolné bezdětnosti, který se po neúspěšném absolvování léčby metodami asistované reprodukce, do kterých ženy vkládaly důvěru, může jevit jako trvalý. Miller (2009) však uvádí, že také ženy, které se pomocí metod asistované reprodukce **staly rodiči**, zažívají po skončení léčby negativní emoce, např. úzkosti a obavy v souvislosti s péčí o dítě a to zejména, byly-li věkově starší. Také dle Konečné (2003) může početí pomocí asistované reprodukce ovlivňovat psychický stav žen během těhotenství i po porodu. Ženy, které počaly pomocí metod asistované reprodukce, bývají **během těhotenství úzkostnější**, mají strach, aby o dítě „v poslední chvíli“ nepřišly. Partneři často řeší, zda mají své okolí a posléze i dítě samotné o asistované reprodukci informovat; mívají obavy z jejich reakce. Časté jsou také pochybnosti o sobě jakožto o rodičích, trápí se např. myšlenkami „příroda možná věděla, proč bychom my dva neměli mít dítě“ (Konečná, 2003).

McMahon et al. (2003) porovnávali schopnost zvládat stres v souvislosti s rodičovstvím u partnerů, kteří počali potomka prostřednictvím metod asistované reprodukce a těch, kteří

počali přirozenou cestou. Autoři došli k překvapivému zjištění, že se stoupajícím počtem podstoupených IVF pokusů se u některých žen **snížoval rodičovský stres a lépe přijímaly své mateřství**, ale u jiných se naopak objevovala **nejistota ohledně péče o své dítě**. Tento paradox (více podstoupených pokusů IVF vede buď k optimálnímu přizpůsobení se rodičovství, nebo naopak k větší nejistotě) se autoři pokoušeli vysvětlit větším úsilím, které tyto ženy musely do narození dítěte vložit. To dle autorů vede buď k lepšímu přizpůsobení se mateřství (ženám se vyplnil jejich sen) nebo naopak k větší nejistotě (mohou mít strach, aby se při výchově „vytouženého dítěte“ nedopouštěly chyb). Jiné významné rozdíly mezi oběma skupinami v této studii zjištěny nebyly (McMahon et al., 2003).

Vlivem počtů pomoci metod asistované reprodukce na prožitky partnerů se zabývali také Abbey, Andrews a Haltman (1994). Autoři zjistili, že ženy v jejich studii, které se staly matkami pomocí metod asistované reprodukce, zažívaly s příchodem dítěte **více pozitivních i negativních prožitků** než ženy, které s neplodností problémy nikdy neměly, zatímco muži z neplodného páru zažívaly **více pouze negativních prožitků** např. více stresu v domácnosti. Zajímavé 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 (Abbey, Andrews, Haltman, 1994).

Ačkoliv by se mohlo zdát, že podaří-li se partnerům během léčby metodami asistované reprodukce otěhotnět, neliší se jejich prožitky spojené s těhotenstvím a rodičovstvím od lidí, kteří počali přirozeně, ukazuje se, že tomu tak nemusí být a že zkušenost s neplodností partnerů mnohdy zasáhne natolik, že je ovlivňuje dlouhodobě.

Léčba neplodnosti metodami asistované reprodukce může být realizována nejen s použitím gamet vlastních, ale také s **dárcovskými gametami**, což se v medicínských postupech nijak výrazně neliší, ale domníváme se, že psychosociální aspekty této okolnosti jsou rovněž velmi významné. Přijetí gamety dárce znamená minimálně pro jednoho partnera ztrátu biologické vazby k dítěti, která je zejména pro muže velmi důležitá (Slepičková, 2011a). Partneri (nebo alespoň jeden z nich) tak musí ustoupit minimálně z jedné hodnoty, kterou lidem rodičovství přináší – z jakéhosi prodloužení vlastní existence skrz dítě, které sdílí jejich genetický materiál (Kirkman, 2008; Slepičková, 2011a), což bývá pro mnohé emočně náročné. Ve výzkumu Kirkman (2008) zažívaly ženy v souvislosti s nutností přijmout vajíčko dárkyne pocity osobního a společenského selhání, měly obavy, že nejsou „skutečnou matkou“ a časté pochybnosti o své mateřské roli (Kirkman, 2008). Také respondenti ve výzkumu Slepičkové (2011a) měli v souvislosti s početím pomocí dárcovských gamet určité obavy, které však byly

spíše praktického charakteru. Obávali se neznámých nemocí, ke kterým může mít dítě dispozice, povahy dítěte, která může být zdrojem konfliktů, komplikací nekompatibility orgánů v případě nutnosti dárcovství a odlišného vzhledu.

Někteří partneři mohou v souvislosti s přijetím gamet dárce řešit **etické otázky**, které jsou spojeny s jejich kulturou a náboženstvím (Akyuz et al., 2014); zdrojem pochyb o etice tohoto řešení může být rovněž anonymita dárce, která je v České republice zachována (Žáková et al., 2006), a tedy znemožnění dítěti najít své biologické kořeny (Cohen, 2012; Chambers, Hillsburg, 2013; Johns, 2013; Pennings, 2012).

V případě některých příčin neplodnosti (např. 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 ve výzkumu Slepíčkové (2011a) se rozhodla pro tuto variantu - vzdala se vlastní genetické příbuznosti s dítětem ve prospěch svého partnera. Tuto volbu ženy vysvětlovaly výběrem partnera jako biologického otce svého dítěte. Někdy byla preference spermií popisována jako ústupek ženy, protože biologická příbuznost je pro partnera důležitější než pro ni. Ženy také zmiňovaly, že ony mohou navázat vztah k dítěti prostřednictvím těhotenství, a tak vnímaly jako spravedlivé, bude-li mít muž s dítětem stejné geny. Výpovědi některých žen však rovněž naznačovaly jistou obavu ze ztráty partnerovy podpory a z negativního vlivu na vztah, kdyby jej připravily o biologické pouto k dítěti (Slepíčková, 2011a).

Domníváme, že psychosociální kontext darovaných gamet nelze opomíjet a vzhledem k tématům, která se s touto problematikou mohou pojít (etické otázky, nejistota ve své roli rodiče, ztráta genetické vazby s dítětem) je žádoucí, aby péče somatická byla doprovázena péčí psychologickou.

Z výše uvedeného vyplývá, že neplodnost je velmi náročná životní událost, která je doprovázena negativními emocemi nejen v průběhu její léčby, ale často také dlouho poté a to někdy i v případech, byla-li léčba úspěšná. Léčba metodami asistované reprodukce bohužel k lepšímu psychickému stavu partnerů nepřispívá. Vzhledem k psychické náročnosti neplodnosti a její léčby se domníváme, že péče o psychické potřeby partnerů s potížemi s plodností je stejně důležitá jako péče o jejich somatický stav. Následující kapitola bude věnována právě péči o psychické potřeby pacientů léčících se s neplodností.

## 3.2. Péče o psychické potřeby pacientů s poruchami plodnosti

Vzhledem ke stresu a negativním emocím, které doprovázejí neplodnost i její léčbu metodami asistované reprodukce, se jako optimální jeví propojení léčby fyzického stavu pacienta, jak se tomu děje v centrech asistované reprodukce a péče o jeho psychické potřeby. Takovýto komplexní přístup nazýváme **holistickým**. Holistický přístup vychází z biopsychosociálního modelu, dle kterého je příčina nemoci multifaktoriálního charakteru, tedy má složku biologickou, psychickou a sociální. Lékař, který přistupuje k pacientům holisticky, věnuje pozornost nejen jeho tělesným projevům, ale do svých diagnostických úvah zahrnuje rovněž souvislosti sociální a psychologické (Beran, 1997).

Dle holistického přístupu by měla být odborná a vysoce kvalitní péče o fyzický stav pacienta doprovázena tzv. „**na pacienta zaměřeným přístupem**“ (z **anglického patient-centered**), jehož základem je zohledňování individuality, věnování pozornosti psychosociálním potřebám, poskytování informací o zdravotním stavu a respekt k individuálním odlišnostem, etnickým kořenům, sociálnímu zázemí a hodnotám každého jedince (Aarts et al., 2011).

V roce 2001 „Institute of Medicine“ označil „na pacienta zaměřený přístup“ za jeden z šesti nejdůležitějších aspektů zdravotnické péče. Dle tohoto přístupu by zdravotnická péče měla zohledňovat preference, potřeby a hodnoty jednotlivých pacientů a přistupovat k nim s respektem (Corrigan et al., 2001). Van Empel et al. (2010a) uvádějí, že „na pacienta zaměřený přístup“ vede k větší spokojenosti pacientů s léčbou a dle Pedra et al. (2013) rovněž k ochotnější spolupráci s lékařem.

Domníváme se, že vzhledem ke komplexnosti problematiky neplodnosti a významu jejích psychosociálních aspektů, by právě při její léčbě měl být holistický přístup uplatňován. V následující kapitole se proto budeme zabývat psychickými potřebami pacientů léčících se s neplodností a jednotlivými aspekty léčby, které jsou z jejich pohledu stěžejní.

### 3.2.1. Význam jednotlivých aspektů léčby a potřeby pacientů

Dancet et al. (2012) zjišťovali, které aspekty péče jsou důležité pro pacienty léčící se s neplodností v Rakousku, Španělsku, Velké Británii a Belgii. Ačkoliv respondenti pocházeli z různých evropských zemí, shodli se na stejných aspektech zdravotnické péče, které považovali během léčby za stěžejní. Uváděné aspekty autoři shrnuli do deseti oblastí, jejichž naplňování by mělo být automatickou součástí léčby, kterou lze označit za „na pacienta zaměřenou“. Jedná se o: **poskytování informací, přístup zdravotníků, kompetence**

**zdravotníků, vzájemnou komunikaci, možnost pacientů zasahovat do léčby a dostatek soukromí, emocionální podporu, koordinaci léčby, návaznost léčby, fyzický komfort a dostupnost péče** (Dancet et al., 2012). Ke stejným oblastem došli autoři rovněž ve svém dřívějším výzkumu, který realizovali v Nizozemí a v nizozemsky mluvící části Belgie (Dancet et al., 2011).

Tyto faktory mohou být rozděleny do dvou skupin, podle toho, zda se jedná o faktory systémové nebo personální. Mezi **systémové faktory** autoři řadí poskytování informací, kompetence zdravotníků, koordinaci léčby, dostupnost péče, návaznost léčby a fyzický komfort. Jedná se o faktory, které jsou dány nastavením celé organizace, a tedy také jejich změna musí být realizována na systémové úrovni. **Personální faktory** ovlivňují interakci jednotlivých zdravotníků s pacienty a mohou být změněny na individuální úrovni, např. vzděláváním či kurzy a výcviky. Patří mezi ně přístup zdravotníků, komunikace, emocionální podpora, možnost pacientů zasahovat do léčby a dostatek soukromí (Dancet et al., 2011). V následujícím textu se budeme těmito aspekty zabývat podrobněji.

Pacienti oceňují, dostanou-li podrobné **informace o svém zdravotním stavu** a přejí si, aby jim zdravotníci vše důkladně vysvětlili (Dancet et al., 2011; Dancet et al., 2012; Jafarzadeh-Kenarsari et al., 2015; Schmidt et al., 2003a; Souter et al., 1998). Pacienti chtějí být informováni o plánované léčbě a pozitivně hodnotí, mají-li k dispozici materiály s důležitými informacemi v tištěné podobě (Souter et al., 1998). Přejí si být průběžně informováni o okolnostech léčby a jejím průběhu, např. o výsledcích realizovaných testů a dalších možnostech terapeutických postupů (Schmidt et al., 2003a). Někteří pacienti by ocenili podrobné informace týkající se medikace, kterou užívají. Přáli by si znát úspěšnost lékařských zákroků a rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Dále by uvítali komplexní informace o výsledcích provedených vyšetření (Dancet et al., 2012). Wilkes et al. (2009) uvádějí, že dostatečné množství poskytnutých informací zvyšuje spokojenost pacientů s poskytovanou péčí – pacienti mají pocit kontroly nad situací, lépe ji dokážou pochopit a emočně zpracovat. Díky informovanosti o svém zdravotním stavu se mohou spolupodílet na rozhodování o další léčbě, aktivně do ní zasahovat a svůj vztah s lékařem vnímají více jako partnerský.

Často zmiňovaná je také potřeba vstřícného **přístupu zdravotníků** (Schmidt et al., 2003a; Souter et al., 1998). Pacienti oceňují, když k nim zdravotníci přistupují přátelsky, s respektem a zájmem o jejich osobu, jsou-li empatičtí, nápomocní a pečující (Dancet et al., 2012).

Pacienti si rovněž přejí, aby zdravotníci, kteří o ně pečují, byli **odborníky** ve svém oboru (Dancet et al., 2012) - zdravotníci by měli být schopní správně diagnostikovat pacientův

problém, poskytnout adekvátní léčbu, být dochvilní a na konzultace by měli přicházet připravení (Dancet et al., 2011).

Velký význam má rovněž **komunikace se zdravotníky**. Pacienti si často přejí mít možnost pokládat zdravotníkům otázky a pozitivně hodnotí, mluvili-li s nimi zdravotníci srozumitelným způsobem – tedy neužívají-li odborný jazyk, kterému pacienti mnohdy nerozumí (Dancet et al., 2012).

Pacienti oceňují, jsou-li **zahrnuti do rozhodování** o dalším postupu léčby a pozitivně hodnotí pozornost, která je věnována jejich názorům. Lépe se cítí, když k nim zdravotníci přistupují s ohledem na jejich potřeby, s **respektem k soukromí** a je-li přístup k nim osobnější. Pacienti si dále přejí, aby zdravotníci explicitně **vyzvali jejich partnera** k účasti na konzultacích a prováděných zákrocích (Dancet et al., 2012).

Velký význam má pro pacienty rovněž **emocionální podpora** ze strany zdravotníků a možnost docházet na odborné psychologické konzultace. Emocionální podpora by mimo jiné měla zahrnovat pozornost k emočnímu stavu pacientů a ochotu probírat obtížná témata (Dancet et al., 2011). Emocionální podpora ze strany zdravotníků bývá obvykle důležitější **pro ženy než pro muže**, pravděpodobně z důvodů větší psychické i fyzické zátěže, kterou ženy oproti mužům během léčby zažívají (Schmidt et al., 2003a; van Empel et al., 2011). Emocionální podpoře a odborným psychologickým konzultacím přikládají větší význam také pacienti, kteří během léčby prožívají **větší míru stresu a nepohody** (Schmidt et al., 2003a).

Je zajímavé, až ačkoliv pacienti ve výzkumu Danceta et al. (2011) vnímali pozitivně, byl-li psycholog součástí týmu zdravotníků v centrech asistované reprodukce, emocionální podporu očekávali primárně ze strany lékařů a sester. Také Hammarberg, Astbury a Baker (2001) došli k podobným poznatkům - svůj výzkum realizovali ve státě Viktoria, kde je před zahájením léčby metodami asistované reprodukce povinná psychologická konzultace a také během léčby jsou konzultace párům k dispozici zdarma. Přestože většina respondentů uváděla, že možnost psychologických konzultací je důležitou součástí léčby, využilo ji pouze 15% z nich.

V proklamované potřebě odborných psychologických konzultací a počtu párů, které toto skutečně využily je značný rozdíl. Je pravděpodobné, že odbornou pomoc považuje mnoho jedinců za poslední řešení svých psychických potíží a většinou stačí vědomí, že tato možnost existuje a bude-li potřeba, mohou ji využít. Mnoho lidí vnímá návštěvu u odborníků na duševní zdraví jako stigmatizující a odmítá je kontaktovat i ve chvíli, kdy je jejich situace vážná. Je důležité aktivně nabízet psychologické konzultace v průběhu léčby, protože tak je pro pacienty jednodušší se s odborníkem spojit, než kdyby si měli kontakt vyžádat sami (Hammarberg,

Astbury, Baker, 2001). Vzhledem ke zdrženlivému postoji mnoha jedinců k návštěvě psychologa je vhodné, aby se psychosociálním potřebám pacientů věnovali i zdravotníci, kteří se s pacienty pravidelně setkávají během zákroků a konzultací (Gameiro et al., 2015), často je dobře znají, a tedy mohou poskytnout podporu i těm, kteří z určitých důvodů odmítají psychologa kontaktovat.

Dalším důležitým aspektem léčby neplodnosti je **koordinace** jednotlivých léčebných postupů. Pacienti si často stěžují na dlouhé čekací doby mezi jednotlivými intervencemi, před zákrokem i před konzultacemi v čekárnách (Dancet et al., 2012). Ocenili by lepší koordinaci práce jednotlivých zdravotníků a léčebných postupů (Dancet et al., 2011; Dancet et al., 2012).

S tímto souvisí také potřeba větší **návaznosti léčby**. Dle pacientů by si zdravotníci měli mezi sebou předávat informace a měli by být konzistentní v přístupu k danému páru a v informacích, které sdělují. Je pochopitelné, že zdravotníci mohou mít na danou problematiku odlišný názor a mohou považovat za nejlepší odlišné postupy, ale pro některé pacienty může být tato skutečnost matoucí a znejistňující. Pacienti často zmiňují přání mít klíčového zdravotníka – osobu, která by byla zodpovědná za jejich případ, koordinovala by návštěvy u jednotlivých odborníků a společně by hodnotili dosavadní léčbu. Pacienti by rovněž ocenili, kdyby také prenatální péče v počátku těhotenství probíhala v centrech, kde se léčili s neplodností (Dancet et al., 2011).

Důležitý je pro pacienty **fyzický komfort** – např. by si přáli, aby čekárna byla určena pouze pacientům léčícím se s poruchami plodnosti a nikoliv zároveň těhotným ženám docházejícím na prenatální péči. Ocenili by také možnost užívat léky proti bolesti při transferu oocytů a dostatek soukromí (Dancet et al., 2011).

Dalším významným faktorem je **dostupnost léčby**. Pacienti by ocenili možnost kdykoliv telefonicky kontaktovat zdravotníky v případě nejasností ohledně postupů, které má žena provádět v domácím prostředí nebo vyskytne-li se nějaký problém; dále možnost docházet do centra mimo obvyklé ordinační hodiny (9 – 17), aby se žena nemusela opakovaně omlouvat ze zaměstnání (Dancet et al., 2012) nebo existenci specializovaných pracovišť v blízkosti bydliště (Dancet et al., 2011).

Z výše uvedeného vyplývají požadavky pacientů nejen na kvalitní somatickou léčbu, ale také na péči o psychosociální potřeby. Dle našeho názoru se nejedná o požadavky přehnané, avšak uvědomujeme si, že v přetíženém a finančně podhodnoceném zdravotnickém systému, jak tomu je v České republice, může být jejich naplňování ze strany zdravotníků obtížné, což

vede k nespokojenosti pacientů. V další kapitole se budeme zabývat spokojeností pacientů s jednotlivými aspekty péče v centrech asistované reprodukce.

### 3.2.2. Spokojenost s poskytovanou péčí

Mareš (2009) uvádí, že spokojenost pacienta může nepřímo **ovlivnit úspěšnost poskytované léčby**. Spokojený a nespokojený pacient se totiž chovají jinak. Nespokojený pacient častěji pochybuje o lékařových odborných i lidských kvalitách, nesdělí mu všechny relevantní informace a neřídí se vždy jeho doporučením. Oproti tomu spokojený pacient častěji instrukce lékaře dodržuje, otevřeně mu sdělí důležité informace a svěřuje se mu s širším kontextem svého zdravotního stavu. Tyto zdánlivé „maličkosti“, se pak mohou ve výsledku odrazit v úspěšnosti somatické léčby (Mareš, 2009). Rovněž se domníváme, že nespokojený pacient bude spíše zažívat **stres spojený s léčbou**, což se může, jak zmiňují např. Ebbesen et al. (2009), Líbalová (2008) a Matějů, Weiss, Urbánek (2005a), negativně odrazit ve fungování některých fyziologických funkcí, mimo jiné také ve funkcích reprodukčních.

Chceme-li posuzovat spokojenost pacientů s poskytovanou péčí, je nutné vymezit, co **spokojenost** znamená. Dle Bártové a Hnilicové (2000) závisí subjektivně pociťovaná spokojenost s léčbou na míře, v jaké jsou saturovány pacientovy potřeby. Právě uspokojení potřeb se ve vědomí pacientů odráží jako subjektivně pociťovaná spokojenost či nespokojenost.

Většina dotázaných pacientů s poruchami plodnosti ve výzkumech realizovaných v různých zemích i v různých obdobích, byla s péčí během léčby neplodnosti **převážně spokojena** (např. Culley et al., 2006; IBRS, 2012; Schmidt et al., 2003b; Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010b).

V realizovaných výzkumech se však opakovaly aspekty léčby, se kterými velké množství dotázaných spokojeno nebylo. Je zřejmé, že není možné dosáhnout úplné spokojenosti všech pacientů, ale vzhledem k významu psychické pohody při léčbě neplodnosti se zdá užitečné tyto aspekty identifikovat a snažit se realizovat změny, které by vedly k větší spokojenosti pacientů a následně i k jejich větší psychické pohodě.

Dále se budeme věnovat oblastem léčby, se kterými bývají pacienti často nespokojení.

#### **Organizační aspekty**

Jednou z těchto oblastí je nespokojenost ohledně **organizace léčby**. Ženy si např. často stěžují **na nepřítomnost partnera během lékařských výkonů**. Souter et al. (1998) uvádějí, že 39% žen v jejich výzkumu zmiňovalo, že jim lékaři nikdy nenabídli, aby svého partnera



k vyšetření přizvaly. Respondentky, které se s neplodností léčily v Iránu, dokonce uváděly, že přítomnost partnera během vyšetření byla lékaři odmítnuta s tím, že by tak bylo v místnosti příliš mnoho lidí, protože v klinickém zařízení, kde se ženy s neplodností léčily, bylo z časových důvodů zvykem zvát si více pacientek najednou (Jafarzadeh-Kenarsari et al., 2015).

Muži se často cítí zdravotníky přehlíženi a přejí si, aby byla věnována oběma partnerům stejná pozornost (Holter et al., 2014). Dále si muži stěžují na nedostatek soukromí během odběru spermatu (van Empel et al., 2010b).

Často bývá negativně hodnocena také **nedostatečná návaznost péče jednotlivých odborníků** (Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010b). Pacientům nevyhovuje časté střídání ošetřujících lékařů, nevědí, koho mají žádat o pomoc v případě akutních problémů a bývá pro ně matoucí, když informace poskytované jednotlivými lékaři nejsou v souladu (van Empel et al., 2010b). Toto potvrzují také Souter et al. (1998), dle kterých bývají s léčbou signifikantně spokojenější pacienti, kteří jsou v péči pouze jednoho lékaře, oproti těm, u kterých se ošetřující lékaři střídají.

Jako další nedostatek pacienti uvádějí časté **opoždění lékaře** na jejich smlouvanou schůzku. Průměrná doba opoždění, kterou uváděli respondenti ve výzkumu Soutera et al. (1998) byla 25 minut, 65% pacientů však čekalo od smlouvaného času hodinu i déle. Pacienti bývají nespokojení také s častým **opakováním různých vyšetření**, uvádějí **dlouhé čekací doby** na realizaci vyšetření a dobu, po kterou musí čekat na výsledky, považují rovněž často za příliš dlouhou (Culley et al., 2006; Souter et al., 1998).

Některé pacienti zmiňují, že by ocenili **volný přístup ke svým lékařským záznamům**, ale pouze minimum dotázaných tuto možnost mělo. Jako hlavní důvody tohoto požadavku uvádějí lepší porozumění léčbě, možnost připravit se na další konzultaci s lékařem a lepší přehled o dalších možnostech léčby (van Empel et al., 2010b).

Zmíněné aspekty péče jsou jen obtížně ovlivnitelné jednotlivými zdravotníky, jejich změna závisí z větší části na vedení zdravotnického zařízení či na celém systému fungování zdravotnictví. Některé ze zmíněných nedostatků však mohou být odvrácenou stranou aspektů, které jsou spíše pozitivní. Máme zde na mysli např. časové prodlevy, které často vznikají ve chvíli, kdy se zdravotníci věnují déle pacientovi, který to akutně potřebuje a to i na úkor zpoždění, které bývá i pro ně nepříjemné.

### **Poskytování informací**

Pacienti často považují množství poskytnutých informací o příčinách neplodnosti, o vedlejších účincích užívané medikace či o alternativních možnostech léčby za nedostatečné (Culley et al., 2006; Kerr, Brown, Balen, 1999; Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010b).

Ocenili by více **materiálů** k dané problematice v tištěné podobě a měli by zájem o **plán léčby do budoucna** (Culley et al., 2006; Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010b). Častý je také požadavek, aby se poskytované informace více zaměřovaly na praktický průběh léčby a její emocionální aspekty (Read et al., 2014). Někteří pacienti uvádějí, že nedostatek informací o jejich obtížích a možnostech léčby zvyšuje jejich psychický dyskomfort (Jafarzadeh-Kenarsari et al., 2015) a vyvolává v nich pocit, že nemají možnost spolu s lékařem rozhodovat o další léčbě, kterou podstoupí, což bývá pro některé z nich zdrojem frustrace a nespokojenosti (Culley et al., 2006).

Někteří pacienti připouštějí, že jim informace byly sdělovány, ale způsobem, kterému nebyli schopni porozumět - informací bylo příliš mnoho najednou; lékař mluvil rychle a používal odborné termíny, které jim nebyly srozumitelné (Culley et al., 2006).

Dostatek informací je dle našeho názoru pro pacienty důležitý nejen z hlediska větší psychické pohody, ale také z praktických důvodů – pouze informovaný pacient může zvážit přínosy a rizika doporučené léčby a rozhodnout se, zda léčbu podstoupí. Informovaný pacient je se zdravotníkem více na partnerské pozici; není tedy pouze tím, kdo přijímá instrukce, ale stává se spoluzodpovědným za průběh své léčby – přijetí zodpovědnost za výsledek léčby pak dle našeho názoru může vést k větší spolupráci s lékařem a nepřímo pak k lepším výsledkům léčby, jak o tom mluví výše zmíněný Mareš (2009). Je však nepochybné, že důkladné informování pacientů klade větší nároky na zdravotníky – zdravotníci musí věnovat pacientovi více času, být trpěliví, empatičtí, musí mít určité komunikační dovednosti. V souladu s těmito požadavky by měli být zdravotníci vzděláváni a měli by mít na pracovišti takové podmínky, které by jim umožnily se pacientům tímto způsobem věnovat.

### **Přístup zdravotníků**

Dalším zdrojem nespokojenosti bývá **přístup zdravotníků k pacientům**. Pacienti mívají pocit, že se o ně lékař nezajímá jako o osobu, že není empatický, nezahrnuje je do rozhodování o další léčbě, není ochotný odpovídat na kladené dotazy nebo nedostatečně vysvětluje okolnosti týkající se léčby (Souter et al., 1998). Někteří pacienti uvádějí, že s nimi zdravotníci během léčby jednali jako s „číslem“ a nikoliv jako s osobou a stěžují si, že neměli možnost volby pohlaví ošetřujícího lékaře, ačkoliv by toto ocenili. Pacientky pocházející z minoritních společností mívaly často pocit, že s nimi zdravotníci zacházejí jiným způsobem než s páry z majoritní společnosti, ale na druhou stranu nezohledňovali specifické potřeby související s jejich kulturou a náboženstvím (Culley et al., 2006).

Wilkes et al. (2009) uvádějí, že pacienti, kteří mají **dobrý vztah s ošetřujícím lékařem**, považují jej za profesionála a důvěřují jeho schopnostem, bývají s poskytovanou léčbou spokojenější.

Přístup zdravotníků, na který si pacienti často stěžují, mohou zdravotníci do jisté míry ovlivnit sami za sebe, nezávisle na politice zdravotnického zařízení. Ale i zde má změna na úrovni jednotlivců své limity. Osobní přístup k pacientům je snazší aplikovat v menších zařízeních, s menším počtem klientů a s větší časovou dotací na každého z nich, což nebývá v centrech asistované reprodukce zcela běžné.

### **Poskytování podpory**

Pomoc se **zvládnutím emočních potíží** ze strany zdravotníků vnímají pacienti často jako nedostatečnou. Např. Souter et al. (1998) uvádějí, že v jejich studii považovalo pomoc s emočními potížemi za nedostatečnou 87% žen - pouze minimum dotázaných (14%) byla poskytnuta pomoc se zvládnutím emocí; 57% žen uvedlo, že by měly zájem o psychologické konzultace, ale nabídnuty jim nebyly.

**Nedostatek psychosociální podpory** pocítovali také respondenti v kanadském výzkumu, ve kterém většina dotázaných párů léčících se s neplodností sdělila, že psychosociální podporu nedostávají v takové míře, v jaké by potřebovaly (Read et al., 2014). Také ženy léčící se s neplodností v Nizozemí považovaly nedostatek emocionální podpory za jeden z největších limitů lékařské péče. Pro ženy bylo často obtížné mluvit se zdravotníky o svých obavách, měly pocit, že lékaři neumí pracovat s jejich úzkostmi a depresemi, které během léčby prožívaly a nevěnovali dostatečnou pozornost jejich partnerskému vztahu a sexualitě (van Empel et al., 2010b). Konzultace se zdravotníky by dle pacientů měly být více podporující a terapeutické (Culley et al., 2006), ocenili by psychologické konzultace jako součást léčby (Kerr, Brown, Balen, 1999), ale přáli by si rovněž informace o možnostech psychologické pomoci mimo zdravotnická zařízení, např. kontakty na psychology, sdružení pacientů s potížemi s plodností, apod. (van Empel et al., 2010b).

Z uvedených studií vyplývá, že si pacienti uvědomují komplexnost svého problému a vnímají, že péče věnována čistě somatickému stavu je v jejich situaci nedostatečná. Dle našeho názoru je pocit psychické podpory úzce spojen s přístupem zdravotníků k pacientům, zároveň je však z výpovědí patrná potřeba „větší podpory“ např. formou psychologických konzultací. Je však otázkou, zda by pacienti této možnosti využili, kdyby jim nabídnuta byla. Jak bylo uvedeno výše, v proklamované potřebě psychologické péče a jejího skutečného využití je značný rozdíl (Hammarberg, Astbury, Baker, 2001). Domníváme se, že psycholog je důležitou součástí týmu v centrech asistované reprodukce, na druhou stranu by psychologická podpora

měla být v určité míře rovněž poskytována ze strany zdravotníků; také v tomto případě jsou však nutné určité změny v jejich vzdělávání.

V **České republice** jsou od roku 2009 realizovány společností IBRS výzkumy spokojenosti pacientů v centrech asistované reprodukce (IBRS, 2012).

V roce 2012 probíhal výzkum spokojenosti, do kterého se zapojilo 13 center z celé České republiky. 99% respondentů uvedlo, že je s centrem převážně spokojeno, což je v porovnání s rokem 2010 zlepšení o 6% (IBRS, 2012).

Vysoce spokojení byli respondenti s celkovou atmosférou v centrech a odborností zdravotníků; také jejich důvěra ve zdravotníky byla vysoká. Méně spokojení naopak byli se zázemím v CAR a se zajištěním péče o psychické a duchovní potřeby, ačkoliv také tyto aspekty péče považovali za důležité. Zároveň by ocenili stále stejného ošetřujícího lékaře a kratší čekací dobu (IBRS, 2012).

V porovnání s předchozími lety bývají pacienti dle IBRS (2012) méně často seznamováni se svými právy a nebývají jim podrobněji vysvětlovány konkrétní náležitosti.

Hodnocení CAR v České republice dle výše zmíněného výzkumu odpovídá hodnocením CAR v zahraničí – pacienti jsou s poskytovanou péčí převážně spokojeni, mezi hlavní limity řadí střídání ošetřujících lékařů a dlouhé čekací doby (organizační aspekty), dále pak péči o citové a duchovní potřeby. Nespokojenost se zázemím pacienti v zahraničí, na rozdíl od pacientů v České republice, nezmiňovali.

Je patrné, že aspekty, které pacienti považují během léčby za důležité, se prolínají s těmi, se kterými nebyli spokojeni. Tato okolnost potvrzuje jejich význam a poukazuje na nutnost se jim více věnovat. Největší překážkou ve zlepšení péče ve výše zmíněných oblastech je dle našeho názoru omezené **financování zdravotnictví**, které se odráží primárně v systémových faktorech, jako je nedostatek času na pacienta či organizace léčby, ale sekundárně také v personálních faktorech, které se týkají především přístupu zdravotníků k pacientům – zdravotníci jsou přetížení, není jim poskytnuta dostatečná péče o jejich psychický stav (např. supervize), což se mnohdy odráží v jejich přístupu. Určitých změn v personálních faktorech by mohlo být dosaženo také změnou v systému **vzdělávání zdravotníků**, které by se mělo více zaměřovat na péči o psychický stav pacientů.

Je však důležité si uvědomit, že význam jednotlivých aspektů se mezi pacienty liší, a tedy je nutné naslouchat potřebám konkrétního pacienta a ty se snažit saturovat. V následující

kapitole se budeme zabývat faktory na straně pacientů, které ovlivňují vnímání lékařské péče i spokojenost s ní.

### 3.2.3. Faktory na straně pacientů ovlivňující spokojenost s poskytovanou péčí

Je zřejmé, že pohled pacientů na péči v centrech asistované reprodukce nezávisí pouze na poskytovaných službách a na jejich kvalitě, ale nezanedbatelný vliv mají rovněž faktory na straně pacientů – jejich osobnostní charakteristiky, sociální status, výsledky léčby, partnerský vztah a další sociální vztahy (Aarts et al., 2012; Hammarberg, Astbury, Baker, 2001; Schmidt et al., 2003b; Wilkes et al., 2009).

Dle dánské studie bývají signifikantně spokojenější pacienti, kteří se díky asistované reprodukci **stali rodiči**. Tito pacienti byli spokojenější se somatickou léčbou i s přístupem zdravotníků k nim (Schmidt et al., 2003b). Také dle studie realizované v Austrálii byly s průběhem léčby pomocí asistované reprodukce **méně spokojené ženy, u kterých léčba nebyla úspěšná**. Tyto ženy si častěji stěžovaly na nedostatek informací ohledně možností psychologické podpory, o alternativních řešeních jejich problému a o strategiích vyrovnávání se se stresem. Tyto pacientky byly také méně spokojené s poskytovanými psychologickými konzultacemi a častěji uváděly, že by ocenily podpůrné skupiny pacientů se stejnými potížemi (Hammarberg, Astbury, Baker, 2001). Menší spokojenost pacientů, u kterých byla léčba neúspěšná, můžeme odůvodnit jejich potřebou najít příčinu neúspěchu. Pacienti, jejichž léčba nebyla úspěšná, mají často sklon hledat viníka na straně zdravotnického personálu a mohou mít pocit, že poskytnutá péče nebyla adekvátní - tímto postojem v sobě vzbuzují naději, že v jiném zdravotnickém zařízení léčba úspěšná bude.

Dále bývají s celkovou péčí zdravotníků spokojenější pacienti, kteří mají pocit, že léčba neplodnosti jejich **vztah spíše posílila**, oproti těm, kteří tento pocit nemají. Spokojenější s poskytovanou péčí bývají také ženy, které jsou ve svém partnerství šťastné (Schmidt et al., 2003b). Wilkes et al. (2009) uvádějí, že léčbu pozitivněji vnímají pacienti, kteří si dokážou ve svém partnerském vztahu vzájemně poskytnout podporu a sdílet své emoce. Spokojenější bývají rovněž pacienti, kteří jsou podporováni ze strany **širší rodiny a přátel** (Wilkes et al., 2009). Naopak ti, kteří jsou v sociálních vztazích nespokojení, hodnotí poskytovanou péči hůře – dle autorů právě ti, kteří nemají oporu ve svých sociálních vztazích, více spoléhají na podporu zdravotníků a mohou být zklamaní, když nejsou jejich představy naplněny (Aarts et al., 2012).

Domníváme se, že pacienti s kvalitními sociálními vztahy mohou se svými bližními sdílet své emoce a obavy a mohou mít pocit, že nejsou v obtížné situaci sami, což může přispívat k jejich psychické pohodě a pozitivnějšímu pohledu na poskytovanou péči.

Spokojenější s medicínskou léčbou bývají také ženy, u **jejichž partnera nebyla** zjištěna porucha plodnosti, oproti těm, u jejichž partnera problém zjištěn byl. Autoři se domnívají, že příčinou tohoto může být méně možností léčby mužské neplodnosti oproti neplodnosti ženské (Schmidt et al., 2003b).

Dle Schmidta et al. (2003b) se jako spokojenější s poskytovanou léčbou jeví také pacienti patřící k nižší **sociální třídě**. To může vypovídat o schopnosti zdravotníků uspokojit potřeby lidí z těchto vrstev, ale také může jít o odlišné vnímání zdravotníků lidmi z různých sociálních tříd. Lidé z nižší sociální třídy často cítí k lékařům větší úctu a respekt a méně pochybují o poskytované péči, což může souviset s větší spokojeností s ní.

Aarts et al. (2012) upozorňují, že kritičtěji hodnotí péči zdravotníků o psychosociální potřeby pacienti s vyšší mírou **úzkostnosti, depresivity a nižší životní spokojenosti**. Otázkou je, který faktor je primární - zda nižší životní spokojenost, deprese a úzkostnost ovlivňují vnímanou péči nebo zda naopak nedostatečné péče o psychosociální potřeby vede k nižší životní spokojenosti a negativním emocím. Aarts et al. (2012) se domnívají, že primární jsou právě pacientovy osobnostní charakteristiky. Dle našeho názoru depresivní emocionální ladění vede k tendenci vnímat spíše negativní aspekty reality, čímž se opět prohlubuje primární depresivní naladění. Domníváme se tedy, že primárně může vést negativní emocionalita k nižší spokojenosti s léčbou, sekundárně však mohou být negativní emoce prohlubovány aspekty léčby, se kterými nejsou pacienti spokojeni.

Ačkoliv je patrné, že určité aspekty zdravotnické péče jsou pro pacienty příznivější než jiné (např. kratší čekací doby, vlídný přístup zdravotníků), z výše uvedeného vyplývá, že pohled pacientů na poskytovanou péči se odvíjí také od jejich psychosociálních charakteristik. Tento poznatek potvrzuje, že péče o pacienty by měla být individuální a měla by reflektovat potřeby konkrétních jedinců.

### **3.2.4. Pohled zdravotníků na poskytovanou péči v centrech asistované reprodukce**

Dle výše uvedených výzkumů považují pacienti přístup zdravotníků a poskytovanou péči o své psychické potřeby za významnou součást léčby v centrech asistované reprodukce.

Přestože se problematika poskytované péče týká nejen jejich příjemců (v tomto případě pacientů), ale také jejich poskytovatelů (tedy zdravotníků), výzkumy zabývající se pohledem zdravotníků jsou realizovány jen minimálně. To vnímáme jako velký nedostatek, protože aby mohlo dojít ke změně, je nutné zmapovat dané téma komplexně, tedy z obou participujících stran.

Výzkumy, které se zabývají postojem zdravotníků, často porovnávají jejich pohled na poskytovanou péči s pohledem pacientů. Takovýto výzkum zrealizovali např. Aarts et al. (2011), kteří zjišťovali, zda se zdravotníci pracující v centrech asistované reprodukce domnívají, že jejich zařízení dostatečně pečují o psychosociální potřeby pacientů (zda jej považují za „na pacienta zaměřené“) a do jaké míry se jejich pohled shoduje s vnímáním pacientů. Výsledky studie ukázaly, že pohled zdravotníků a pacientů na celkovou míru „zaměření na pacienta“ se nijak významně neliší, avšak v jednotlivých aspektech péče byly rozdíly patrné. Zdravotníci se domnívali, že pacienti jsou méně spokojeni s **dostupností léčby**, s **kommunikací** s profesionály, **zahrnutím pacienta** do své léčby a s možnostmi o své léčbě **rozhodovat**, než skutečně byli. Dále byli pacienti spokojenější s **ochotou zdravotníků odpovídat** na položené otázky a **poskytovat informace** o vyšetření, než se zdravotníci domnívali (Aarts et al., 2011). Poznatky z jiných výzkumů však poukazují spíše na tendence zdravotníků **podceňovat význam informovanosti** o léčbě (Takabayashi, Shimada, 2010; van Empel et al., 2011) - tyto výzkumy se však nezabývaly spokojeností pacientů s informovaností, ale pouze jejím významem z pohledu pacientů a zdravotníků. Je tedy možné, že ačkoliv zdravotníci význam informovanosti pacientů o léčbě podceňují, uvědomují si, že by měli pacienty informovat více, a tedy předpokládají jejich menší spokojenost.

Aarts et al. (2011) dále uvádějí, že se zdravotníci domnívali, že spokojenost s **kontinuitou poskytované péče** je u pacientů vyšší než ve skutečnosti byla (Aarts et al., 2011). Význam **kontinuity poskytované péče** pro pacienty podceňovali rovněž zdravotníci ve výzkumu van Empela et al. (2011). Vzhledem k tomu, že kontinuita sestává z návaznosti péče jednotlivých lékařů-specialistů, je pravděpodobné, že zdravotníci si tento aspekt, který může být pro pacienty zdrojem dyskomfortu, neuvědomují, protože s ním nejsou konfrontováni.

Takabayashi a Shimada (2010) dále upozorňují na problematiku **financování léčby**, které v jejich výzkumu připisovaly větší význam pacientky než zdravotníci. Podceňování významu financování léčby ze strany zdravotníků může souviset s tím, že jednotliví zdravotníci platby s pacienty neřeší, a tedy nemusí často ani vědět, jak je léčba finančně náročná. Vzhledem k tomu, že nedostatek financí může ovlivňovat rozhodování pacientů o další léčbě, případně

může být také důvodem k jejímu ukončení, považujeme za vhodné, aby se zdravotníci orientovali také v této problematice.

Ačkoliv v textu mluvíme o zdravotnících obecně, Aarts et al. (2011) zjistili, že je patrný rozdíl v pohledu na poskytovanou péči mezi lékaři a sestrami. Sestry hodnotily lépe než lékaři i než pacienti poskytování **informací pacientům, respekt k jejich hodnotám**, pozornost zdravotníků k **emocionálním dopadům neplodnosti** a poskytovanou **podporu**. Je zajímavé, že sestry měly spíše tendenci přeceňovat pozornost zdravotníků k individuálním potřebám pacientů, zatímco lékaři ji spíše podceňovali (Aarts et al., 2011). Tento rozdíl může vyplývat např. z větší angažovanosti středně zdravotnického personálu v péči o psychické potřeby pacientů, následkem čehož mohou mít pocit, že je tato péče dostatečná.

Van Empel et al. (2011) se domnívají, že zdravotníci převážně podceňují význam psychosociálních aspektů léčby neplodnosti, mezi které patří také **přístup** zdravotníků k pacientům. Na význam přístupu k pacientům poukazuje dle autorů také skutečnost, že důvodem ke změně zdravotnického zařízení bývá v mnoha případech právě nespokojenost s přístupem zdravotníků; přístup zdravotníků je rovněž jedním z důležitých kritérií pro výběr zdravotnického zařízení (van Empel et al., 2011). Van Empel et al. (2011) dodávají, že ačkoliv si zdravotníci často uvědomují význam svého přístupu k pacientům, bývá pro ně **důležitější úspěšnost léčby než její průběh**.

Na tendenci upřednostňovat úspěšnost léčby před jejím průběhem upozorňují také Alper et al. (2002). Dle autorů bývá kvalita center asistované reprodukce posuzována zejména podle procentuálního zastoupení žen, kterým se během léčby podařilo otěhotnět, ale autoři upozorňují, že toto není vhodné kritérium kvality. Vysoká míra úspěšnosti může být totiž spojena s častějším výskytem mnohočetných těhotenství a ovariálního hyperstimulačního syndromu, s odmítáním pacientů se špatnou prognózou nebo může být důsledkem doporučení metody IVF pacientům, pro které by byly dostatečné méně invazivní metody. Dle autorů tato fakta nemohou poukazovat na kvalitu centra, avšak hodnocení, které se odvíjí od míry úspěšnosti poskytované léčby, má nepřímo právě tyto důsledky (Alper et al., 2002).

Z výše uvedených studií je patrné, že ačkoliv si zdravotníci často uvědomují význam některých psychosociálních aspektů poskytované péče, bývají výrazně orientovaní na úspěšnost léčby, zatímco jejímu průběhu přikládají menší význam. Z tohoto postoje patrně vyplývá menší pozornost a péče věnovaná individuálním potřebám pacientů. Tento pohled může být z části determinován orientací západní medicíny spíše na nemoc jako takovou, než na práci s pacientem jako s biopsychosociální jednotou. Podle tohoto modelu také bývají zdravotníci



připravování v pregraduálním studiu na výkon své profese. Vzdělávání zdravotníků se budeme více věnovat v následující kapitole.

### 3.2.5. Vzdělávání zdravotníků v oblasti péče o psychosociální potřeby pacientů

V centrech asistované reprodukce (CAR) pracují s pacienty lékaři a sestry. Pro výkon lékařské profese v CAR je požadováno vysokoškolské vzdělání a atestace z gynekologie a porodnictví (Gennet, 2016; Repromeda, 2017). Pro výkon profese sestry v CAR je požadována odborná způsobilost dle zákona 96/2004 Sb. (Gyncentrum Ostrava s.r.o., 2015) - sestra musí mít ukončenou alespoň střední zdravotnickou školu a musí mít osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru všeobecná sestra nebo porodní asistentka (Gennet, 2016; Repromeda, 2017).

V předchozí kapitole jsme zmínili orientaci zdravotníků na úspěch léčby a jejich podceňování průběhu léčebného procesu, což dle našeho názoru souvisí s tvrzením Křivohlavého (2002), dle kterého **schopnosti zdravotníků pracovat s duševním stavem** člověka nedosahují většinou tak vysoké úrovně, jako jejich dovednosti a znalosti týkající se somatické stránky. Také studium na tuzemských středních zdravotnických školách, vyšších odborných zdravotnických školách i lékařských fakultách je převážně somaticky orientované. Zdravotníci se tak většinou cítí kompetentní v oblasti týkající se somatické stránky potíží a tou se také zabývají, zatímco oblast psychických aspektů spíše opomíjejí. Dle Křivohlavého (2002) vede **nepoměr znalostí mezi fyziologií člověka a jeho psychickým stavem** u dnešních lékařů k přesvědčení, že dominantní roli v obtížích pacienta, hraje organicita. Tento názor může vést (ať již nevědomě či vědomě) k přehlížení výpovědí pacienta o jiné než somatické oblasti, protože se lékař domnívá, že tyto informace jsou v souvislosti s pacientovými fyzickými obtížemi irelevantní. Také Włoszczak-Szubzda a Jarosz (2013) se domnívají, že vzdělávání sester v oblasti komunikačních dovedností je nedostatečné. Dle jejich názoru právě **nízká úroveň komunikačních** schopností vede k nespokojenosti pacientů s poskytovanou péčí a to i přes její vysokou odbornou kvalitu.

V dnešní době jsou již běžnou součástí pregraduálního vzdělávání zdravotníků na středních zdravotnických školách, vyšších odborných zdravotnických školách i lékařských fakultách předměty, jejichž cílem je seznámit studenty s teoretickými psychologickými poznatky a naučit je, jak je aplikovat v praxi při péči o pacienty. V dalším textu tyto předměty a jejich časové dotace uvedeme.

Na **zdravotnickém lyceu** v rámci Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy v Nymburku se psychickými potřebami člověka a komunikačními dovednostmi zabývá předmět „Psychologie“, který mají studenti ve druhém, třetím a čtvrtém ročníku s celkovým počtem vyučovacích hodin 162. (Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk, 2017b). V Ústí nad Labem studenti zdravotnického lycea absolvují ve třetím a čtvrtém ročníku také předmět „Psychologie“ s celkovým počtem vyučovaných hodin 128 (Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, Palachova 35, p.o., 2017c).

V oboru „**Zdravotnický asistent - večerní studium**“ na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole v Nymburku se této problematice věnuje rovněž předmět „Psychologie“ s celkovým počtem hodin 111 (Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk, 2017a). Studenti oboru „Zdravotnický asistent - denní studium“ na Střední zdravotnické škole v Ústí nad Labem absolvují předmět „Psychologie a komunikace“, s celkovým počtem 192 vyučovacích hodin (Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, Palachova 35, p.o., 2017b).

Domníváme se, že předmět „Psychologie“, případně „Psychologie a komunikace“ ve výše uvedené časové dotaci není vzhledem k povaze oboru, který je primárně orientován na práci s lidmi, dostatečnou přípravou na tuto oblast práce. Studenti lyceí mnohdy pokračují ve studiu na vyšších odborných či vysokých školách, kde mohou být dovednosti v této oblasti dále prohlubovány, ale přesto se domníváme, že by jim měla být věnována větší pozornost rovněž na úrovni středoškolského vzdělávání.

Na Vyšší odborné zdravotnické škole v Ústí nad Labem v oboru „**Diplomovaná všeobecná sestra**“ se oblastí psychologie a psychického stavu pacienta zabývá předmět „Psychologie obecná a vývojová“ (s celkovou časovou dotací 24 hodin přednášek a 10 hodin cvičení týdně), předmět „Komunikace“ (s celkovou časovou dotací 10 hodin přednášek a 34 hodin cvičení týdně) a předmět „Psychologie zdravotnická“ (s celkovou časovou dotací 20 hodin přednášek a 26 hodin cvičení týdně) (Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, Palachova 35, p.o., 2017a). Na Vyšší odborné zdravotnické škole v Plzni absolvují studenti tohoto oboru v této oblasti předměty „Zdravotnická psychologie“, „Sociální psychologie“ a „Komunikace“ (SZŠ a VOŠZ Plzeň, 2013).

Na bakalářském oboru „**Porodní asistentka**“ na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy se touto problematikou zabývají v prvním ročníku jednosemestrální předměty „Psychologie a komunikace“ a „Psychosociální vývoj“, kterým jsou věnovány dvě vyučovací hodiny přednášek týdně; ve druhém ročníku je povinný jednosemestrální předmět „Zdravotnická

psychologie“ s časovou dotací tři vyučovací hodiny přednášek a čtyři hodiny cvičení týdně (Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, 2006-2017b).

Na Masarykově univerzitě absolvují studenti oboru „Porodní asistentka“ v prvním semestru předmět „Komunikace v porodní asistenci“ s časovou dotací jedna hodina přednášek a jedna hodina cvičení týdně; v tomto semestru mají dále studenti předmět „Obecná a vývojová psychologie“ – jedna hodina týdně cvičení a jedna hodina přednáška. V druhém semestru absolvují týdně jednu hodinu cvičení v rámci předmětu „Zdravotnická a sociální psychologie“; ve třetím a čtvrtém semestru předmět „Psychoterapeutické techniky v porodní asistenci“ - jedná se o cvičení s časovou dotací jedna hodina týdně (Masarykova univerzita, 2017a).

Na bakalářském oboru „**Všeobecná sestra - prezenční studium**“ na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze se psychickými potřebami pacientů zabývá jednosemestrální předmět „Zdravotnická psychologie a komunikace“ s časovou dotací tři hodiny přednášek a čtyři hodiny cvičení týdně; na oboru „**Všeobecná sestra - kombinované studium**“ se jedná v prvním ročníku o jednosemestrální předměty „Psychologie komunikace“ (s časovou dotací čtyři hodiny přednášek a čtyři hodiny cvičení týdně) a „Psychosociální vývoj“ (s časovou dotací osm hodin přednášek týdně) a dvousemestrální předmět „Ošetrovatelský proces a potřeby člověka“ (s časovou dotací čtyři hodiny přednášek a šest hodin cvičení týdně). Ve druhém ročníku je to dvousemestrální předmět „Zdravotnická psychologie a komunikace“ s časovou dotací čtyři hodiny přednášek a čtyři hodiny cvičení týdně. Ve třetím ročníku se této problematice týká jednosemestrální předmět „Základy pedagogiky a edukace klientů“ s časovou dotací čtyři hodiny přednášek a čtyři hodiny cvičení týdně (Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, 2006-2017b).

Na bakalářském oboru „Všeobecná sestra“ na Masarykově univerzitě v Brně absolvují studenti v prvním semestru přednášky „Psychologie a zdravotnická psychologie“ (dvě hodiny přednášek týdně) a cvičení „Sociální interakce“ (dvě hodiny týdně); ve čtvrtém semestru mají předmět „Psychoterapie a aplikovaná psychologie“ (jedna hodina přednášek a jedna hodina cvičení týdně) (Masarykova univerzita, 2017b).

Studenti studující obor „**Všeobecné lékařství**“ na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy mají ve 3. a ve 4. ročníku dvousemestrální předmět „Lékařská psychologie a psychoterapie“ pro třetí ročník s časovou dotací dvě hodiny přednášek a dvě hodiny cvičení v zimním semestru a dvě hodiny cvičení v semestru letním; ve čtvrtém ročníku je tomuto předmětu věnován jeden týden výuky (Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, 2006-2017a).

Na oboru „Všeobecné lékařství“ na Masarykově univerzitě v Brně můžeme mezi předměty týkající se psychologie zařadit předmět „Komunikace a sebezkušenost“, který mají

studenti ve třetím semestru s časovou dotací dvě hodiny cvičení týdně; v sedmém a osmém semestru předmět „Lékařská psychologie a psychosomatika“ s časovou dotací dvě hodiny přednášek a dvě hodiny cvičení týdně (Masarykova univerzita, 2017c).

Z výše uvedeného vyplývá, že předměty zabývající se psychologií člověka, jeho psychickými potřebami, způsobem komunikace a vhodným přístupem, jsou součástí vzdělávání zdravotníků, avšak jejich počet i časová dotace je dle našeho názoru nedostatečná. Srovnáme-li vzdělávání v oblasti psychologie a péče o psychické potřeby pacientů na středních školách se vzděláváním v této oblasti na vyšších odborných školách a univerzitách, je patrné, že studenti ve vyšším stupni vzdělávání jsou na tuto oblast práce připravováni lépe.

Dle našeho názoru by bylo vhodné navýšit zejména počet cvičení - tedy hodin, ve kterých by si studenti mohli vyzkoušet způsoby komunikace v praxi. Je však důležité dodat, že zdravotníci musí povinně absolvovat **praxe a stáže** ve zdravotnických zařízeních, v rámci kterých přijdou do kontaktu s pacienty, a tak si osvojují způsob přístupu k nim, který se mohou naučit od stávajících zdravotníků – je však k zamyšlení, zda obvyklý přístup k psychickým potřebám pacientů ve zdravotnických zařízeních je vhodné studentům předávat.

Dále je potřeba zmínit, že zdravotníci, především všeobecné sestry a porodní asistentky, absolvují předměty zaměřené na **ošetřovatelství** (Masarykova univerzita, 2017a; Masarykova univerzita, 2017b; Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, 2006-2017b), které jsou zaměřeny na komplexní péči o pacienta, tedy o jeho fyzické i psychické potřeby. Ze studijních plánů však nebylo možné zjistit, v jaké míře se tento předmět skutečně zabývá potřebami psychickými a v jaké míře jsou jeho těžištěm potřeby fyzické a praktické úkony s ošetřovatelstvím spojené. U každého uvedeného předmětu je možné spekulovat, zda poznatky, které se v rámci něho studenti naučí, budou moci využít ve své zdravotnické praxi.

Vzhledem k významu péče o psychosociální potřeby pacientů, vnímáme vzdělávání zdravotníků v této oblasti jako nedostatečné. Lékaři a všeobecné sestry jsou vzděláváni velmi podrobně ve všech oblastech týkajících se lidského těla a to i přesto, že ve své klinické praxi se budou pravděpodobně věnovat jen některým z nich, ale jen minimální pozornost je věnována získávání psychosociálních kompetencí, které využijí zdravotníci téměř každé odbornosti.

Závěrem této kapitoly považujeme za důležité zmínit, že neplodnost není stav, na který se umírá, ale stav, který snižuje spokojenost člověka a subjektivní kvalitu jeho života. K úvaze se proto nabízí, zda zaměření se výhradně na léčbu somatickou a opomíjení psychického stavu pacientů nevede spíše ke snížení životní spokojenosti a kvality života léčených párů. Alper et al. (2002) se domnívají, že hlavním cílem center asistované reprodukce by nemělo být

„vyprodukovat dítě za každou cenu“, ale pomocí partnerům vypořádat se s jejich obtížnou životní situací, aby dokázali žít spokojený život.

O tom, jak partneři nedobrovolnou bezdětnost prožívají, pojednává následující kapitola.

## 4. PROŽÍVÁNÍ NEPLODNOSTI A JEJÍ SOCIÁLNÍ KONTEXT

Nedobrovolná bezdětnost představuje značnou psychickou zátěž - zátěž často dlouhodobou, bez viditelného konce, zasahující mnoho oblastí života. Existují dva možné „konce“ stresové situace, kterou zažívá nedobrovolně bezdětný pár - změni se situace (žena otěhotní, podaří se náhradní rodinná péče) nebo se změni postoj páru k bezdětnosti.

### 4.1. Prožívání neplodnosti a rozdíly mezi muži a ženami

Nedobrovolná bezdětnost bývá doprovázena smutkem, pocity viny, beznadějí, zoufalstvím (Líbalová, 2008), depresemi, frustrací, snížením sebeúcty a sebevědomí (Miller, 2009). Pocity viny mohou souviset s nemožností uspokojit přání svého partnera, příčinou hněvu může být ztráta kontroly nad svými životními plány. Hněv bývá zaměřen na sebe sama, na svá minulá rozhodnutí či způsoby chování, ale také na partnera, lékaře nebo na Boha. Nedobrovolně bezdětní často závidí lidem, kteří děti mají, což jim zabraňuje těšit se z narození potomka svých bližních – to může vést k dalším pocitům viny (Doherty, Clark, 2006).

Keye (1984) rozděluje reakce na neplodnost **do tří fází**. První fáze nastává, když partneri zjistí, že mají s početím problémy - bývají **šokováni**, často tomu odmítají věřit a hledají možná vysvětlení svého problému (Keye, 1984).

Druhá fáze nastává po určité době neúspěšné léčby a vyznačuje se **oplakáváním** „ztráty“ nenarozeného dítěte a „ztráty“ sebe sama v roli rodiče (Keye, 1984). Podle Líbalové (2008) by sterilnímu páru mohla pomoci určitá ritualizace „ztráty“ dítěte v podobném smyslu, jako 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).

Ačkoliv můžeme v reakcích jedinců na neplodnost vidět určité podobné vzorce, jak je popisuje Keye (1984), reakce na diagnózu neplodnosti i dlouhodobější prožívání nedobrovolné bezdětnosti se liší v závislosti na pohlaví.

Nedobrovolně bezdětné **ženy** zažívají často smutek, depresi, lítost, bezmoc, méněcennost a křivdu. Bývají ve velkém stresu a v úzkosti, mívají pocit selhání, pocity viny a nedostatečnosti, jsou zklamané, mohou pociťovat zuřivost, vztek a často je u nich patrný pokles sebeúcty (Konečná, 2003). Podle Deka a Sarma (2010) bývá stres neplodných žen podobné intenzity jako u žen, které trpí rakovinou nebo onemocněním srdce.

Mnoho žen se cítí izolovaně od svého okolí, mají pocit, že žijí v jiném světě než jejich vrstevníci, v jejichž životě bývá dominantní právě role rodiče a bývá pro ně obtížnější najít s nimi společné téma k hovoru (Konečná, 2003).

Ženy vnímají svojí situaci často jako beznadějnou, mívají strach z budoucnosti, hněvají se na nepřízeň osudu (Konečná, 2003) a obávají se, že bez dítěte nebudou nikdy schopné vést plnohodnotný život (Kirkman, 2003). 77% žen ve výzkumu Kirca a Pasinlioglu (2013) považovalo vlastní dítě za nejdůležitější věc v životě a ve výzkumu Kirkman (2003) měly ženy pocit, že bolest z bezdětnosti nemohou nikdy překonat. Jedna respondentka dokonce sdělila, že nyní chápe, proč někteří lidé páchají sebevraždy.

Emocionální prožívání žen je prohlubováno **tělesnými projevy**, např. menstruací, která jim připomíná, že nejsou těhotné, nebo potratem (Konečná, 2003).

Ženy, na rozdíl od mužů, se většinou hůře vyrovnávají s **absencí dítěte**, než s vlastní neplodností. Trápí se, že nemohou sami sebe prožít v roli matky a často je rozesmutňuje pohled na malé děti a těhotné ženy. S vlastní neplodností se naopak vyrovnávají lépe než muži, a proto se dle Konečné (2003) 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 mužskou neplodnost hůře, než neplodnost ženskou (Konečná, 2003).

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. Snadnější prožívání nedobrovolné bezdětnosti u mužů však může být pouze zdánlivé. Muži mívají menší tendenci vyjadřovat své emoce, méně své prožitky sdílí, a proto mohou navenek působit vyrovnaně, i když realita je zcela jiná (Keylor, Apfel, 2010; Wischmann, Thorn, 2013).

Muži obtížně zvládají podřizování soulože menstruačnímu cyklu, což může vést až k rozvoji sexuálních poruch, např. k poruchám erekce či ejakulace, nebo ke snížení sexuální apetence (Sobotková, 2007).

Muži bývají ve vztahu více nespokojení, když pár neplodnost tají a když se partneři aktivně vyhýbají některým situacím, např. kontaktu s těhotnými ženami nebo s malými dětmi (Schmidt et al., 2005).

Konečná (2003) uvádí, že na rozdíl od výpovědí žen, poznáme z výpovědí mužů, na čí straně je **příčina neplodnosti** páru. Muži snáší neplodnost páru podstatně hůře, jsou-li za neplodné označeni oni, zatímco prožitky ženy bývají obdobné, ať je diagnóza jakákoliv. Na informaci o vlastní sterilitě reagují muži často popřením, nevírou a podceňováním výsledků vyšetření. Cítí se slabí, bezmocní a sdělují, že takovou diagnózu nečekali. Svoji sterilitu

nevnímají ve smyslu fyzické nemoci, ale jako něco, co poukazuje na jejich **nedostatečnou mužnost** a narušuje jim sebeúctu. Mívají pocit, že je napadena jejich mužská identita, cítí se sexuálně neschopní, často také proto, že v laické veřejnosti bývá neplodnost zaměňována s impotencí (Wischmann, Thorn, 2013). 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 (Hadley, Hanley, 2011). Keylor a Apfel (2010) uvádějí, 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.

Muži s poruchou plodnosti častěji svou partnerku podporují, než partneri, u kterých problém zjištěn nebyl - ti častěji vůči svým partnerkám pociťují zlost (Sobotková, 2007).

Mehdi Akhondi et al. (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 často skrývají, většinou nemají tendenci své prožitky sdílet. Negativní pocity spíše potlačují, více se koncentrují na práci nebo na jiné oblasti svého života, ve kterých se cítí úspěšnější.

Tendence mužů potlačovat své pocity a jejich častá neochota vyhledat odbornou pomoc může zvyšovat pravděpodobnost **vzniku psychických obtíží** souvisejících s neplodností. Jejich případné psychické potíže zůstávají často neřešeny, což negativně ovlivňuje nejen mužův stav, ale může se tím ztížit vyrovnání se s nedobrovolnou bezdětností celého páru (Wischmann, Thorn, 2013).

Newton a Houle (1993) shrnují rozdíly v prožívání neplodnosti mezi muži a ženami během diagnostiky 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. 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, že neplodnost začíná mít velký vliv na jejich partnerský vztah, a oni se cítí bezmocní. Muži obvykle jako první začínají uvažovat o tom, zda by nebylo lepší léčbu neplodnosti ukončit a přicházejí s pochybnostmi o její účinnosti (Newton, Houle, 1993).

Z výše uvedeného vyplývá, že ačkoliv se prožitky spojené s neplodností i jejich projevy mohou u mužů i u žen lišit, pro oba partnery bývá tato životní zkušenost značně psychicky náročná. Je vhodné si uvědomit, že projevy emocí nemusí korespondovat s intenzitou prožitků



(jak bylo zmíněno výše, muži mívají tendence své emoce spíše potlačovat), a tedy by mělo být jen s velkou opatrností posuzováno, jak jedinec situaci zvládá.

## 4.2. Nedobrovolná bezdětnost a sociální vztahy

Rodičovství často bývá v naší společnosti považováno za samozřejmou součást života ženy, a ačkoliv tyto stereotypy postupně slábnou, i v dnešní době někteří lidé považují bezdětnou ženu za sobeckou, chladnou, případně citově nevyrovnanou (Sobotková, 2007). Na společenské stereotypy reagují citlivě zejména ženy, které jsou bezdětné nedobrovolně 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 mnohdy dostává (Kirkman, 2003). Pociťovaný nedostatek podpory společnosti však nemusí souviset jen s předsudky okolí, ale i s jiným životním stylem, který tyto lidi mají a následkem toho také s nedostatkem společných témat.

Okolí může dávat partnerům najevo, že si za nedobrovolnou bezdětnost mohou sami, u mužů zpochybňovat jejich mužnost a potenci, u ženách může pochybovat v oblasti jejich psychiky a obviňovat je ze sobectví. Někteří jim naopak projevují **nevhodný soucit**, protože si myslí, že bez dětí nemohou vést plnohodnotný život - to vyvolává 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 užívat života (Konečná, 2003). 63,7% žen ve výzkumu Kirca a Pasinlioglu (2013) vnímalo otázky okolí týkající se jejich rodičovství jako obtěžující a pro 62,3% žen byl nepřijemný nedůvěřivý postoj okolí k umělému oplodnění. Na druhou stranu 81,9% žen zmiňovalo značnou podporu zejména od své rodiny. Konečná (2003) uvádí, že problematické může být z hlediska širší rodiny také rozhodnutí páru dítě adoptovat.

Nevhodné reakce okolí mohou vést k vyhýbání se sociálním kontaktům a následně k **sociální izolaci**, která však negativní pocity plynoucí z nedobrovolné bezdětnosti spíše zesiluje (Miller, 2009). Pro partnery může být obtížné, narodí-li se dítě někomu blízkému, vztah nedobrovolně bezdětných k dětem však může být různý. Někteří děti vyhledávají, starají se o ně, a tak si kompenzují svou touhu po rodičovství. Jiní naopak vnímají kontakt s dětmi jako bolestivý, protože jim připomíná, že oni sami dítě mít nemohou (Konečná 2003); ti mohou k dětem zaujímat spíše rezervovaný postoj, který jim slouží jako obrana před prožíváním dalších negativních emocí spojených s vlastní bezdětností (Matějček, Dytrych, 1997).

Hašková (2009) uvádí, že **pohled na bezdětné páry** se mezi generacemi výrazně liší. Mladší generace přestávají vnímat rodičovství jako samozřejmou součást života a má pro ně častěji význam individuálního rozhodnutí, stejně jako volba života bez dětí.

Ačkoliv ne všichni pohlíží na bezdětné páry shovívavě, 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, bývají přijímány méně pozitivně (Hašková, 2004). Obecně můžeme říci, že negativní stereotypy bezdětných v naší kultuře 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.

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 svou odlišnou životní zkušenost akceptovat.

Nedobrovolnou bezdětností nejsou zasaženy jen sociální vztahy s okolím páru, ale také samotný partnerský vztah, který může být zdrojem mnoha negativních emocí ale také velké podpory. Nedobrovolnou bezdětností a jejím působením na vztah partnerů se budeme zabývat v další kapitole.

## 5. NEDOBROVOLNÁ BEZDĚTNOST A PARTNERSKÝ VZTAH

Nedobrovolná bezdětnost není pouze osobní problém, ale problém partnerský – jedince trápí nejen nemožnost zplodit vlastního potomka, ale často také smutek partnera či obavy o budoucnost vztahu (Matějů, Weiss, Urbánek, 2005b). V dnešní době je zvykem navazovat partnerské vztahy na základě vzájemných sympatií a společných zájmů; do manželství lidé obvykle vstupují s předpokladem, že se zvoleným partnerem mohou prožít spokojený a šťastný život, a proto také překážky na společné životní cestě, kterou si partneři zvolili, jsou pro vztah značně ohrožující – obtíže s plodností jsou jednou z nich. V této kapitole se proto budeme zabývat působením potíží s plodností na partnerský vztah.

### 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 pro moderní společnost. Pokud člověk opravdu miluje, je na cestě k tomu stát se lepším člověkem, vykonává ctnosti, ke kterým jej láska vede, jako je péče, 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 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 partneři uvažují o ukončení vztahu kvůli tomu, že nemohou mít společně

dítě, nejsou pravděpodobně schopni opravdové lásky, kterou však podle Fromma (2006) 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, dostávají tak šanci rozvíjet některé ze svých potencialit. Díky vzájemné stimulaci mají partneři 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 nespokojenosti 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 nepodaří. Tak se jim sice nesplní „rodičovský sen“, ale mohou v sobě nalézt něco, o čem do té doby netušili a mohou se tak rozvíjet jiným směrem, díky kterému dojdou k osobnímu štěstí.

Další teorií, kterou zmíníme, je teorie **lásky jako příběhu** od Sternberga (2008). Dle Sternberga (2008) si lidé během svého života na základě svých zkušeností podvědomě tvoří příběhy, podle kterých se chovají ve svých milostných vztazích a očekávají, že se v souladu s nimi bude chovat také jejich partner. 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. Prostřednictvím svého příběhu člověk interpretuje chování 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 nedorozumění, desinterpretaci partnerových činů a zklamání z nesplněných očekávání. Příběhy lásky v sobě zahrnují nejen to, co pro člověka znamená láska, ale také vztah k dětem, penězům, domovu, sexu, ale 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 není role rodiče významná, bezdětnost vztahu pravděpodobně neublíží. V případě, že si oba partneři svůj vztah bez dětí nedovedou představit, budou ochotní podstoupit náročnou léčbu neplodnosti nebo se budou snažit o náhradní rodinnou péči. Pokud jejich snahy budou úspěšné, je pravděpodobné, že se jim také podaří vztah zachovat. Potíže však může způsobit dlouhodobá neúspěšná snaha o léčbu či neúspěšné žádosti o náhradní

rodinnou péči. Značný problém může nastat také ve chvíli, kdy v příběhu jednoho z partnerů je místo dítěte nenahraditelné a on chce podřídit téměř vše snahám o jeho početí, ale pro druhého partnera není dítě tolik důležité a on tedy nechce do snahy ho získat investovat. Tato situace může být zdrojem partnerských problémů a může vést i ke konci vztahu.

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

Vliv těchto tří složek se postupem času mění, ale závisí také na konkrétním vztahu, která složka je dominantní. Obecně platí, že na začátku vztahu je nejsilnější vášně a nejslabší závazek. Postupně závazek mezi partnery narůstá, ale vášně 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 ve 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 vášně 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 stejnou komponentu. Tato nesourodost může způsobit mnoho potíží a stresových situací, protože v závislosti na tom, kterou složku považuje partner ve vztahu za nejsilnější, se bude také chovat, ale pokud je pohled jeho protějšku jiný, mohou se ve svém prožívání i jednání míjet a nevědomě si ubližovat. Např. partner, pro kterého je stěžejní závazek, nezvažuje, zda se rozejít či nikoliv, protože mu tato otázka připadá jako irelevantní. Proto jej může překvapit reakce partnera, který rozchod považuje za jedno z možných řešení jejich situace, které je stejně pravděpodobné jako každé jiné.

**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 snadno 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 také 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 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 teorii 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 Rusbulta a Buunka (1993) může zvyšovat jinými potřebami, které si partneři ve vztahu saturují, neexistencí jiného vhodného partnera, se kterým by děti mít mohli a množstvím investic, které již do vztahu vložili (např. podstoupených vyšetření a pokusů o asistovanou reprodukci - v tomto případě se sice jedná primárně o investice do dítěte, ale sekundárně také do vztahu, ve kterém chtějí partneři dítě mít). Pro někoho by mohlo být rovněž nepříjemné, kdyby byl očima svého okolí vnímán jako někdo, kdo opustil svého partnera ve chvíli, kdy se objevily potíže.

Podle každé ze zmíněných teorií můžeme určitým způsobem vysvětlit trvání nedobrovolně bezdětného vztahu nebo jeho rozpad.

Na dalších stránkách se budeme věnovat konkrétním dopadům nedobrovolné bezdětnosti na partnerský vztah, případným potížím, které tato situace do vztahu přináší, ale i pozitivnímu působení, které na vztah může mít.

## 5.2. Neplodnost jako „zkouška síly“ partnerského vztahu

V každém vztahu, který se musí s nedobrovolnou bezdětností potýkat, je stěžejní, jak budou partneři na tento problém reagovat – zda se budou vzájemně obviňovat nebo naopak naleznou jeden u druhého oporu a budou schopni najít společnou cestu životem. Řešení neplodnosti je pro partnery jakousi „zkouškou vztahu“ - zda vztah vydrží, rozpadne se nebo se posílí.

### 5.2.1. Pozitivní působení nedobrovolné bezdětnosti na partnerský vztah

Přestože má nedobrovolná bezdětnost 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 jsou potíže s plodností jedním ze zážitků, kterým by se většina lidí raději vyhnula, zasažené páry považují mnohdy tuto zkušenost za přínosnou.

Většina respondentů ve výzkumu Konečné (2003) uvedla, že se jejich partnerství více **stmelilo a prohloubilo**, jsou si od té doby s partnerem **bližší** a lépe si **rozumí**. Respondenti zmiňovali, že se díky této zkušenosti s partnerem lépe poznali a prožívání společného trápení vedlo k rozvoji **vzájemné péče, empatie a podpory**.

Většina mužů ve výzkumu Kubcové a Kubcové (2005) uváděla, že během léčby neplodnosti došlo k **upevnění jejich vztahu**. Partneři často zmiňovali, že našli ve svém protějšku skutečného přítele, dospěli k vzájemnému porozumění, **ohleduplnosti a starostlivosti**, získali **víru v sílu** svého vztahu či si osvojili **schopnost řešit problémy**. Páry měly většinou pocit, že jsou si s partnerem bližší než na začátku léčby a společnou **komunikaci** považovali za důvěrnější a otevřenější. Sexuální soužití hodnotily ženy za stejně uspokojivé jako před začátkem potíží, ale 5% mužů uvedlo, že ze sexuálních aktivit nemá takové potěšení jako dříve (Kubcová, Kubcová, 2005).

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

Schmidt (2009) uvádí, že pozitivní aspekty vnímají partneři, kteří spolu dokážou o problému **otevřeně mluvit**. V případě, že k vzájemné komunikaci nedochází, zažívají partneři obvykle větší stres.

Dle výše zmíněných studií může tedy nedobrovolná bezdětnost přispět např. k větší blízkosti partnerů, k lepšímu porozumění a otevřené komunikaci; může zlepšit také schopnost řešit společně problémy.

Přestože jsme nyní uvedli přínosy a pozitivní aspekty nedobrovolné bezdětnosti, nejedná se o aspekty jediné a často nepřicházejí sami od sebe, ale partneři musí vynaložit úsilí, aby z objektivně obtížné situace dokázali získat něco pozitivního pro sebe a svůj vztah.

### **5.2.2. Negativní působení nedobrovolné bezdětnosti na partnerský vztah**

Ačkoliv může mít nedobrovolná bezdětnost také pozitivní aspekty, jedná se o stresovou životní událost, kterou doprovází převážně prožitky negativní a to i ve vztahu k partnerovi. Dle Sobotkové (2007) se jedná např. o **rostoucí napětí ve vztahu**, negativní pocity a někdy až **averzi vůči druhému**, což může vést k rozpadu vztahu a upřednostnění života po boku někoho jiného. Dle Konečné je však mnohdy spekulativní, zda důvodem rozpadu vztahu byla skutečně nedobrovolná bezdětnost nebo zda by k němu došlo i v případě, kdyby v rodině děti byly.

Ve výzkumu Chandry et al. (1991) třetina nedobrovolně bezdětných párů tvrdila, že se ve svém partnerství potýká s problémy. 20% párů uvádělo **pokles zájmu o sex** a 31% párů zmínilo, že **uvažuje o rozvodu**. Zajímavým zjištěním této studie bylo, že ačkoliv mnoho párů nepovažovalo svůj partnerský vztah za uspokojivý, nevnímaly toto jako důsledek neplodnosti, ale špatné komunikace, nevhodného vyjadřování emocí a sexuálního zájmu. **Význam vzájemné komunikace** zmiňuje také Konečná (2003), dle které partneři často o svých pocitech nemluví, protože se obávají, že partnera trápí situace sama o sobě a nechtějí mu přitěžovat vlastním žalem. 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, může tento stav vztahu spíše uškodit. Proto podle Konečné (2003) bývá pro vztah užitečnější, když partneři nezůstávají se svými pocity sami, ale otevřeně o nich mluví. Lépe se tak na sebe naladí, dozvědí se o představách druhého, mohou si být vzájemně oporou a bude se jim lépe hledat společné řešení.

Autoři, kteří ve svých výzkumech zmiňují negativní působení neplodnosti na partnerský vztah, zmiňují některé psychosociální charakteristiky partnerů, které mohou zvyšovat



pravděpodobnost problémů ve vztahu spojených s potížemi s plodností. Dle Drosdzola a Skrzypulece (2009) pravděpodobnost nespokojenosti v nedobrovolně bezdětném manželství **zvyšuje věk nad 30 let a nižší stupeň dosaženého vzdělání**. Dle autorů bývá partnerství rovněž nestabilní a oba partneři často pocítují nespokojenost v sexuálním soužití v případě, trvá-li neplodnost **tři až šest let** a je-li příčina **neplodnosti na straně muže**. Tyto okolnosti pravděpodobně zvyšují psychický dyskomfort jedinců, který pak bývá ventilován primárně v partnerském vztahu.

Rozdíly v prožívání stresu a spokojenosti v partnerském vztahu a v sexuálním životě v souvislosti s různými **příčinami neplodnosti** zkoumali také Lee, Sun a Chao (2001). Autoři zjistili, že je-li příčina neplodnosti zjištěna u obou partnerů, zažívají ženy menší spokojenost v partnerství i v sexuálním životě než jejich partneři. Pokud byla příčina neplodnosti nevysvětlitelná, nebyl v prožívání partnerů žádný signifikantní rozdíl. Pokud byla neplodnost diagnostikována u žen, vykazovaly větší stres než muži, ale jejich spokojenost v partnerství ani v sexuálním životě se nezměnila. 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.

Domníváme se, že je značně obtížné říci, zda se vztah rozpadl vlivem nedobrovolné bezdětnosti, která byla neslučitelná s touhou jednoho nebo obou partnerů po rodinném životě, nebo zda tato krize pouze urychlila procesy, které by dříve či později k potížím vedly i ve chvíli, kdyby partneři děti měli. Sobotková (2007) uvádí, že nedobrovolně bezdětní partneři bývají úzce zaměřeni na řešení potíží s plodností a mohou mít tendenci přehlížet či bagatelizovat problémy, které primárně s neplodností nesouvisí, ale které mohou být nakonec tím, co vztah skutečně rozvrátí. V souladu s poznatky Chandry et al. (1991) a Konečné (2003) se domníváme, že stěžejní roli ve spokojenosti nedobrovolně bezdětného partnerství hraje vzájemná komunikace.

V souvislosti s partnerskou spokojeností nedobrovolně bezdětných párů považujeme za nutné zmínit problematiku sexuality, které se budeme věnovat v následující kapitole.

### **5.3. Sexualita partnerů s potížemi s plodností**

Některá opatření, která doprovázejí léčbu neplodnosti, mívají negativní vliv na sexuální život a intimitu páru. Partneři mluví o svém intimním životě se zdravotníky, čímž se ze sexuálního soužití může vytratit intimita, vášně a spontánnost. Partneři se mohou přestat na sex

těšit a mohou jej začít vnímat jako povinnost, jako prostředek k dosažení kýženého cíle – početí dítěte.

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

- Pro některé lidi je sex pevně spojen s partnerstvím, intimitou a láskou. Vztah je pro ně nadřazený sexu a sex bez partnerského vztahu je pro ně nepředstavitelný.
- 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 (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 jejich sexuální život.

Často však bývá spokojenost se sexualitou u neplodných partnerů snižena a vyskytovat se mohou rovněž sexuální dysfunkce.

Neplodnost a sexuální dysfunkce mohou být ve dvojím vztahu. Neplodnost páru může být **důsledkem sexuální dysfunkce**, ale většinou sexuální potíže vznikají **v průběhu neúspěšné léčby neplodnosti** a pravděpodobně souvisí s negativními pocity a sníženým sebehodnocením, které partneri během léčby prožívají. Vliv může mít také změna pohledu na sex - od prožívání sexuálních hrátek jako součást partnerské intimity k jeho vnímání jako prostředku k otěhotnění. Ženy se často snaží směřovat většinu sexuálních aktivit do svého plodného období a mimo toto období mají 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).

Elstein (1975) uvádí **sexuální dysfunkce**, které se u sterilních párů vyskytují nejčastěji. **U žen** je typická ztráta libida a anorgasmie, která se může objevit i u žen, které předtím než začaly řešit potíže s plodností, dosahovaly orgasmu snadno. Také ve výzkumu Kirca a

Pasinlioglu (2013) uvádělo 57,4% žen, že léčba neplodnosti měla negativní vliv na jejich sexualitu; ženy zmiňovaly, že začaly pohlavní styk vnímat jako povinnost.

Častou sexuální dysfunkcí u mužů bývá dle Elsteina (1975) **impotence**, kterou mohou vyvolat pocity viny, méněcennosti a neschopnosti spojené s neplodností páru; potíže s potencí tyto pocity obvykle ještě prohlubují. Schmidt (2009) dodává, že muži pociťují zhoršení v sexuální oblasti především v případě, je-li **příčina neplodnosti na jejich straně**, což může souviset s negativními emocemi, které v souvislosti s vlastní neplodností prožívají.

Konečná (2003) uvádí, že paradoxně bývají v sexuální oblasti nejméně ovlivněni partneři, u nichž bylo zjištěno, že těhotenství přirozenou cestou dosáhnout nelze. U těchto partnerů není pohlavní styk řízen podle plodných dní ženy, s čímž pravděpodobně souvisí menší tendence vnímat jej jako prostředek k otěhotnění, a tedy zůstává spojen s radostí a potěšením.

Vzhledem k tomu, že uspokojivý sexuální život zvyšuje spokojenost ve vztahu, jsou-li partneři se sexuálním soužitím nespokojeni, je pravděpodobné, že se tato nespokojenost projeví také v jiných oblastech partnerství jako je např. komunikace, intimita, schopnost společně řešit potíže, ochota se druhému přizpůsobit a akceptovat jeho slabé stránky. Stejně tak objeví-li se problém ve vztahu, může se odrazit ve spokojenosti se sexuálním životem a to zejména v případech, kdy o problému partneři nemluví. Nespokojenost v sexuálním životě pak zpětně posiluje problém v partnerství, kruh se uzavírá a spokojenost v partnerství se snižuje. Pastor (2010) uvádí, že sexuální problematika neplodného páru by neměla být podceňována a bylo by vhodné, aby byl psycholog či sexuolog automatickou součástí týmu asistované reprodukce.

V následující kapitole se budeme zabývat faktory, které ovlivňují zvládnání nedobrovolné bezdětnosti a strategiemi, které se při vyrovnávání s ní obvykle používají.

## 6. VYROVNÁVÁNÍ SE S NEDOBROVOLNOU BEZDĚTNOSTÍ

Smíření se s neplodností a následnou nedobrovolnou bezdětností nebývá pro partnery snadné. Jejich touha po dítěti je často velmi intenzivní, což dokládá množství náročných zákroků a vyšetření, které jsou ochotni podstoupit. Partneři si mnohdy plánovali společný rodinný život, představovali si své děti a jejich výchovu a zjištění, že toto nebude možné, v nich vyvolává nejistotu – nevědí, kam budou směřovat svůj život a co bude smyslem jejich společné existence.

V této kapitole se budeme zabývat faktory, které parterům usnadňují či naopak znesnadňují se s nedobrovolnou bezdětností vyrovnat. Dále uvedeme strategie, které partneři během vyrovnávání se s bezdětností používají, a budeme se zabývat přijetím života bez dětí.

### 6.1. Faktory, které ovlivňují vyrovnávání se s bezdětností

Nedobrovolná bezdětnost bývá pro páry značně zátěžová situace, přesto ji někteří jedinci prožívají lépe než jiní. Autoři, kteří se zabývali tím, jak se nedobrovolnou bezdětností partneři vyrovnávají, zmiňují určité faktory, které mají na proces vyrovnávání podstatný vliv.

Kirkman (2003) pracovala narativním způsobem s 31 australskými ženami a uvádí faktory, které mají na proces vyrovnávání se s nedobrovolnou bezdětností **negativní vliv**.

Kirkman (2003) se zaměřila především na kulturní a sociální faktory, které ženám znesnadňují smíření s bezdětným životem a zjistila, že velkou roli hraje **kult mateřství**, který v naší kultuře ovlivňuje pohled na život ženy. Role matky je v dívkách upevňována již od útlého věku výchovou. Je-li tedy žena neplodná, mívá 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 přijaté (Kirkman, 2003).

Kirkman (2003) dále uvádí, že pro nedobrovolně bezdětné ženy bývá rovněž tíživý pocitovaný **nedostatek podpory** sociálního okolí a jeho pochopení. Ženy se mohou cítit stigmatizovány, a proto svoji neplodnost často tají. Mnoho z nich cítí rovněž tlak ze strany

svých rodičů, kteří od nich očekávají vnoučata. K přijetí bezdětnosti je však podpora sociálního okolí, zejména rodiny a přátel, důležitá (Kirkman, 2003). Význam sociální podpory pro vyrovnání se s neplodností zmiňují také Gibson a Myers (2002), Karabulut, Özkan, Oguz (2013), Mahajan et al. (2009) a Rashidi et al. (2011).

Smíření s nedobrovolnou bezdětností může negativně ovlivnit také **nedostatek jiných cílů**, které by ženy považovaly za smysluplné. Většinu aktivit, kterými by mohly naplnit svůj život, považují mnohdy v porovnání s rodičovstvím za bezvýznamné. Přijetí bezdětnosti může znesnadňovat paradoxně i **naděje, že se jim otěhotnět podaří**. Tuto naději posilují moderní metody léčby neplodnosti, zejména metody asistované reprodukce. Ženy těmto metodám často bezmezně věří a doufají, že se stane „zázrak“ a jim se otěhotnět podaří; možnost, že by tomu tak nebylo, si často nepřipouštějí a ani se na ni psychicky nepřipravují – zjištění, že děti mít nikdy nebudou, tak může být ještě náročnější (Kirkman, 2003).

Další faktory spojené s obtížnějším zvládnutím neplodnosti zmiňují Morrow, Thoresson a Penney (1995), kteří zjistili, že více negativních emocí v souvislosti s neplodností páru prožívají jedinci, kteří se **vyhýbají otevřeným hovorům na toto téma**, muži vyššího věku a muži, kteří **nemají biologického potomka**. McQuillan et al. (1980) zjistili, že také 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 přijaté do náhradní rodinné péče, a proto je možné, že u žen nehraje biologické pouto tak silnou roli jako u mužů, ale jde spíše o seberealizaci v roli matky.

Karabulut, Özkan a Oguz (2013) rovněž potvrzují, že situaci obvykle zvládají lépe jedinci, kteří již potomka mají. Autoři zjistili, že obtížněji situaci zvládají a nižší životní spokojenost mají ženy **primárně infertilní** oproti ženám **infertilním sekundárně**. Zásadní rozdíl mezi primárně a sekundárně neplodnou ženou vychází ze skutečnosti, že sekundárně neplodné ženy již dítě mají a tedy se nemusejí vyrovnávat s mnoha okolnostmi, které v souvislosti s neplodností prožívají ženy primárně infertilní. Negativní vliv má také delší **dobu trvání léčby a nedostatek sociální podpory**. Situaci prožívají lépe ženy s **vyšším vzděláním**, což je možné dát do souvislosti s jejich výraznějšími tendencemi pečovat o své psychické zdraví (Karabulut, Özkan, Oguz, 2013) nebo s většími možnostmi seberealizace v profesním životě.

Také Remennick (2000) uvádí, že lépe se s nedobrovolnou bezdětností vyrovnávají ženy **vzdělanější, nekonformní** a ženy, které uvažují o **kariérním** životě. Dle Remennick (2000) právě tyto ženy méně často přijímají pronatalitní ideologii, která je v Izraeli, kde autorka realizovala svůj výzkum, obzvláště výrazná. Většina žen s potížemi s plodností, se v této zemi ztotožní s národní ideologií a vnímá mateřství jako jedinou správnou věc, kterou mohou ve

svém životě udělat. Tyto ženy obvykle rezignují na jiné životní cíle, kterých by mohly dosáhnout, a všechny své síly vloží do léčby neplodnosti. Dle Remennick (2000) právě u žen s vyšším vzděláním, nekonformních či kariérně zaměřených je vyšší pravděpodobnost, že se dokážou věnovat jiným životním cílům, které budou považovat za stejně hodnotné jako mateřství.

Roudsari a Allan (2011) uvádějí, že pozitivní vliv může mít rovněž **náboženská víra** partnerů. Dle autorů nábožensky orientované ženy považují neplodnost častěji za příležitost ke spirituálnímu růstu a většina z nich se shoduje, že je tato životní zkušenost nějakým způsobem obohatila. Tento pohled jim usnadňuje zůstat sebevědomými a vypořádat se s negativními emocemi, které neplodnost přináší. Tyto ženy se rovněž většinou se svými psychickými problémy neobracejí na odborníky, ale spoléhají se právě na svou víru (Roudsari, Allan, 2011).

Další autoři zmiňují některé **osobnostní charakteristiky**, které mohou mít na proces vyrovnávání se s bezdětností vliv. Adler a Boxley (1985) zjistili, že lépe se dokážou 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 mívají na rozdíl od jiných neplodných efektivnější strategie zvládnání, větší sebeúctu a lepší sebeobraz.

Van den Broeck et al. (2010) uvádějí, že mezi osobnostní charakteristiky, které se často pojí s obtížnějším zvládnáním neplodnosti a se zvýšeným stresem patří tendence k závislostem, zvýšená sebekritika, vysoká frekvence vtíravých myšlenek, pocitů a nočních můr.

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

Sabatelli, Meth a Gavazzi (1988) uvádějí, že s nedobrovolnou bezdětností se obvykle lépe vyrovnávají partneři, kteří mají větší sebeúctu, dokážou neplodnost přerámovat a najít na ní něco pozitivního, mají interní locus of control a jsou aktivní při jejím řešení. Pozitivní vliv má rovněž kladný vztah ke své profesi a spokojenost a věrnost v partnerství. Partnerskému vztahu jedinců s potížemi s plodností také prospívá, mohou-li spolu partneři o problému otevřeně mluvit. Na druhou stranu ventilace svých frustrací a intenzivní emoční reakce mají vliv spíše negativní. Negativně působí rovněž vyhýbání se řešení a popírání, že by mohli mít problém (Sabatelli, Meth, Gavazzi, 1988).

Doherty a Clark (2006) uvádějí několik aspektů, díky kterým mohou **neplodné páry zvládat situaci lépe**.

- Důležité je, aby měl pár **dostatek informací** o svých potížích i o léčebných metodách, jejich účinnosti, rizicích a možných alternativách zvolené léčby. Informace pomáhají partnerům v rozhodování o vhodné léčbě, mohou se k postupu léčby vyjadřovat a jejich pozice je tak aktivnější. Zároveň nebývají zaskočeni výsledky, protože ví, co mohou očekávat (Doherty, Clark, 2006).
- Dalším důležitým faktorem, který hraje ve vyrovnávání se s neplodností důležitou roli, je zaujetí **správného postoje**. Doherty a Clark (2006) doporučují, aby partneři s potížemi s plodností neobětovali léčbě své zájmy a aby jí nepodřizovali celý svůj život. Partneři by měli pokračovat v běžných aktivitách, aby odvedli 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 také k psychickým potížím.
- Podle autorek 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 partneři by měli brát ohled na své vlastní potřeby a neměli by se zbytečně vystavovat situacím, které jejich psychickou nepohodu zhoršují (Doherty, Clark, 2006). Dle jiných autorů (Lykeridou et al., 2011; Miller, 2009; Sabatelli, Meth, Gavazzi, 1988) má však vyhýbání se těmito situacím na psychický stav partnerů spíše negativní vliv, protože může vést k sociální izolaci.
- Zvládání každodenních situací může partnerům usnadnit, 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 o daném tématu nechtějí mluvit (Doherty, Clark, 2006).
- 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 neodvážejí svěřit ani svým nejbližším. Zároveň autorky doporučují **sdílet emoce se svým partnerem**, protože jedině díky otevřené komunikaci si mohou partneři porozumět a mohou zvládat tuto situaci bez negativního vlivu na vzájemný vztah (Doherty, Clark, 2006).
- Dalším důležitým faktorem, který může pomoci, je **vymezení určité doby, kdy budou partneři problém s plodností společně řešit**, ale mimo tyto chvíle o tomto tématu spolu

mluvit nebudou. Stejně tak je vhodné vymezit si určité období, ve kterém zhodnotí dosavadní léčbu a proberou spolu další možnosti řešení (Doherty, Clark, 2006).

Z výše uvedených studií vyplývá, že pozitivní vliv na vyrovnávání se s neplodností má podpora sociálního okolí páru, kladný vztah ke své profesi, alternativní náplň života, otevřená komunikace mezi partnery, přítomnost dítěte v rodině (biologického či přijatého), vyšší vzdělání a náboženská víra. Důležitou roli hraje rovněž význam, který daná kultura rodičovství přikládá, a některé osobnostní charakteristiky partnerů. Uvedené faktory ukazují, že nezáleží pouze na objektivní situaci, ve které se pár nachází, ale na mnoha dalších okolnostech, které jsou mnohdy změnitelné. Jejich změna, např. prostřednictvím psychologické pomoci, může partnerům zvládnutí situace usnadnit.

V procesu vyrovnávání se s nedobrovolnou bezdětností dále považujeme za významné strategie, které partneři používají při zvládnutí stresu. Těmi se budeme zabývat v další kapitole.

## **6.2. Strategie vyrovnávání se se stresem – coping styles**

Vyrovnávání se s nedobrovolnou bezdětností je z velké části ovlivněno schopností partnerů zvládnout stres. Neplodnost je bezesporu stresující událost, která výrazně narušuje psychickou pohodu, způsobuje konflikty v partnerství a snižuje spokojenost v sexuální oblasti. Tímto se 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 zvládnout.

Zvládnutí stresových situací je individuální. Pro některé lidi je zcela přirozené, že se snaží situaci řešit svými vlastními silami, jiným naopak vyhovuje postoj pasivní a spíše 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 nejpříjemnější (Konečná, 2003).

Schmidt (2009) považuje za užitečné **aktivní řešení**, které zahrnuje 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. Také Lechner, Bolman a Van Dalen (2006) uvádějí, že



lépe se cítí partneři, kteří k řešení volí **aktivní strategie zvládnání stresu**. Autoři zjistili, že používají-li partneři pasivní styl zvládnání 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 zvládnání (Lechner, Bolman, Van Dalen, 2006).

Totéž tvrdí také Berghuis a Stanton (2002), dle kterých strategie zvládnání stresu, kterými se partneři s neplodností **aktivním způsobem snaží vyrovnat**, jako např. zpracovávání emocí s tím souvisejících, strategie snažící se vyřešit bezdětnost nebo sdílení obav se svým sociálním okolím, vedou k poklesu stresu a ke snížení depresivních symptomů. Naopak strategie, které jsou založeny na **vyhýbání se konfrontaci s bolestivým tématem**, vedou většinou spíše k většímu stresu.

Vyrovnavání se s nedobrovolnou bezdětností však není závislé pouze na jedinci a jeho strategiích zvládnání, ale často se odvíjí také od toho, jak situaci zvládá jeho partner. Peterson et al. (2008) realizovali výzkum, ve kterém zkoumali, jak **strategie zvládnání stresu jednoho z partnerů ovlivňují emoční prožívání nedobrovolné bezdětnosti partnera druhého**. Tato studie je jedinečná právě v tom, že se nezabývá zvládnáním situace jen na rovině individuální, ale bere v úvahu také partnerskou dynamiku, kterou zejména u této problematiky nelze opomíjet.

Peterson et al. (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 coping** (jedinec má pocit, že pro zlepšení své situace nemůže dělat nic než čekat a věřit, 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 osobnostnímu růstu). Výsledky studie ukázaly, že zvýší-li se stres jednoho z partnerů, zvýší se také stres u partnera druhého. Ženy prožívaly ve srovnání s muži signifikantně vyšší stres, s čímž pravděpodobně souvisí i další poznatek výzkumu, že ženy zpravidla vyzkouší více strategií zvládnání stresu než muži (Peterson et al., 2008).

Peterson et al. (2008) dávají jednotlivé strategie zvládnání stresu do souvislosti s osobním, manželským a sociálním stresem. Pojmem **manželský stres** označují napětí, které neplodnost vnáší do vztahu partnerů a jejich sexuálního soužití (zahrnuje např. myšlenky na rozvod); **sociální stres** označuje napětí ve vztazích s rodinou, přáteli a kolegy; **osobní stres**

označuje stres v osobním životě, který má vliv na psychické i fyzické zdraví člověka (Peterson et al., 2008).

Autoři uvádějí, že používá-li jeden z partnerů „active-avoidance coping“, osobní, manželský a sociální stres jeho partnera se zvýší a to nezávisle na pohlaví. Pokud oba partneři používají „active-avoidance coping“ ve vysoké míře, může to vést k izolaci páru a nedostatku sociální podpory (Peterson et al., 2008). Také Lykeridou et al. (2011) uvádějí, že tendence k aktivnímu vyhýbání se problému 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.

Pokud používají ženy „active-confronting coping“, manželský stres u mužů vzroste (Peterson et al., 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 genderovými 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 o 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 neplodností bývá pro muže náročnější, než v případě jiných problémů, protože může mít pocit, že neplodnost je důkazem jeho nedostatečné „mužnosti“ a má tak strach ze sociální stigmatizace.

Peterson et al. (2008) dále uvádějí, že 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.

Pokud jeden z partnerů používá „meaning-based coping“ sníží se manželský stres u mužů, ale vzroste sociální stres u žen (Peterson et al., 2008). To může být způsobeno větším významem mateřství v naší společnosti oproti 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,

kteře již matkami jsou, se v jejich očích sníží. 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 et al., 2008).

Peterson et al. (2008) uzavírají, že jedna a ta samá strategie zvládání stresu může být prospěšná pro jednoho partnera, ale pro jeho protějšek může být naopak zdrojem dyskomfortu; z jejich výsledků vyplývá, že záleží také na pohlaví partnerů – to co pomáhá mužům, může být pro ženy méně výhodné.

**Genderové rozdíly** v preferenci určité strategie vyrovnávání se se stresem uvádějí také Jordan a Reverson (1999). Z jejich studie vyplývá, 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.

Z výše uvedeného je tedy patrné, že lépe se s neplodností vyrovnávají jedinci, kteří ke svým potížím přistupují aktivně, např. aktivně hledají odbornou pomoc či pracují se svými emocemi. Jako méně výhodné se zdají být strategie, kdy partneři svou situaci neřeší nebo se konfrontaci s problémem vyhýbají. Zdá se také, že existují genderové rozdíly v preferenci určitých strategií; vliv mají nejen strategie daného jedince, ale také jeho partnera.

Ačkoliv se strategie zvládání stresu utvářejí během života na základě zkušeností, není nemožné je změnit. Změna nevýhodných strategií na strategie výhodnější může být rovněž předmětem psychologické pomoci neplodným pářům.

### **6.3. Přijetí bezdětnosti**

Dítě bývá automaticky považováno za smysluplnou náplň života; je to po tisíciletí uznávaná hodnota - stará-li se člověk o děti, už jen to činí jeho život smysluplný a hodnotný. Mnoho osob toužících po dětech vidí v založení rodiny a péči o své potomky smysl života, ke kterému směřovali celý svůj dosavadní život a bývá pro ně obtížné se této hodnoty najednou vzdát a hledat smysl jiný.

Význam potomků v životě člověka a obtížnost života bez nich dokládají i některé psychologické teorie např. Eriksonova teorie psychosociálního vývoje. Erikson (1996) vnímá generativitu (kam patří i péče o dítě) jako jeden z psychosociálních úkolů člověka, který, když

jej člověk dokáže naplnit, rozvíjí jeho ego (Erikson, 1996). Tento úkol může člověk naplnit také prostřednictvím jiných činností, jako je např. tvořivá práce nebo péče o jiné lidi, ale právě péče o vlastní dítě je cesta, která bývá nejčastější a pro mnoho lidí i nejnáze realizovatelná už proto, že je spojena s biologickou podstatou člověka.

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

**Pro muže** bývá tato otázka snadněji zodpověditelná než pro ženy (Slepičková, 2011a). Mužská role není definována péčí o dítě a mužské vzory bývají v naší kultuře ztvárněny v boji, při práci nebo ve službě. Rodina je pro ně místo, kam se vrací, ale naplnění mužova života bývá většinou jinde, např. v zaměstnání.

**Pro ženy** bývá předefinování 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 dětství péči o rodinu za hlavní náplň svého života, bývá pro ni obtížnější se role matky vzdát. Ženy často vidí v rodičovství jediný smysl svého života a alternativy k němu vnímají jako neuspokojivé. V životě bez dětí postrádají možnost předat své životní zkušenosti, mají obavy ze samoty ve stáří a z izolace, kterou často pocítují 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 (Slepičková, 2011a).

Vyrovňování se s nedobrovolnou bezdětností bývá velmi bolestivé a je doprovázeno otázkami po **smyslu vlastní existence** i partnerského vztahu jako takového. Aby mohli být partneři i přes svou bezdětnost spokojeni, 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 i přesto stojí za to být spolu (Matthews, Matthews, 1986).

Dle Frankla (2006) smysl života potřebuje každý člověk, avšak dle jeho názoru to, zda jedinec ve svém životě smysl vidí, nezáleží na objektivní životní situaci, ale na jeho postoji k ní. 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 člověk svůj smysl života v péči o děti, tedy v naplňování prožitkové hodnoty, může v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností zažívat pocity ztráty smyslu života, beznaděje a zbytečnosti. Neplodnost je pro něj náročnější, než

kdyby smysl svého života spatřoval v naplňování hodnoty jiné. Prožitkové hodnoty nejsou totiž jedinými hodnotami, díky kterým může člověk prožívat svůj život jako smysluplný.

Další hodnotou je **tvořivá práce**, která není vykonávána rutinně, jen pro práci samotnou nebo pro 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 hodnoty jsou podle Frankla (1999) tzv. **postojové hodnoty**, které se vztahují 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 můžeme zařadit mezi tyto krajní situace, se kterými se člověk často nemůže vyrovnat jinak než postojem, který k nim zaujme.

Podle této teorie může neplodný pár naplňovat životní smysl nejen postojem ke svému problému, ale prostřednictvím všech zmíněných hodnot. Prožitkových hodnot pár sice nemůže dosáhnout prostřednictvím lásky rodičovské, ale může je naplňovat láskou partnerskou nebo přátelskou. Pro naplňování hodnoty tvůrčí práce mají neplodní partneři často 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. Konečná (2003) uvádí, že některé neplodné páry např. využily svůj životní osud k tomu, že vytvořily nadace či občanská sdružení, která pomáhají párům s podobnými problémy.

Matějček a Dytrych (1997) však upozorňují, že i když byl člověk schopen najít smysl života, který jej uspokojuje, může se bolest z nedobrovolné bezdětnosti znovu objevit např. **ve stáří**, kdy se jeho vrstevníci těší z vnoučat, zatímco bezdětní partneři vnímají mnohdy svou budoucnost jako uzavřenou a 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. Totéž zmiňují Wirtberg et al. (2006), dle kterých ženy prožívají vlastní bezdětnost intenzivně zejména v případech, kdy se jejich vrstevníci stávají prarodiči. Většina žen řeší svou situaci péčí o někoho jiného – o děti svých přátel či příbuzných, o stárnoucí rodiče nebo o zvíře.

**Bezdětnými seniory** se zabývala Sýkorová (2008), která poukazuje na pozitivnější aspekty jejich života. Sýkorová (2008) 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 bratřanci. Bezdětní senioři jsou často velmi vázání na svůj partnerský vztah a případné úmrtí partnera může představovat pro jeho druhu 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 na rozdíl 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 a vnímají pomoc spíše jako projev dobré vůle než jako povinnost a odplatu za to, co jim oni věnovali v dětství (Sýkorová, 2008).

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 nevztahuje pouze na okamžiky, kdy jsou děti malé, ale tyto chvíle bývají uchovány v paměti a v pozdějším věku pak právě vzpomínky a fotografie potomků přinášejí do života radost (Konečná, 2003).

Přijetí neplodnosti, změna postoje k ní a nalezení jiných smysluplných hodnot, pro které je možné žít, jsou nezbytnými předpoklady k tomu, aby nedobrovolně bezdětní jedinci mohli být spokojeni sami se sebou i se svým životem takovým, jaký je.

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 proto budeme věnovat možnostem psychologické pomoci nedobrovolně bezdětným partnerům.

## 7. PSYCHOLOGICKÁ POMOC NEDOBROVOLNĚ BEZDĚTNÝM PÁRŮM

Ačkoliv je v dnešní době psychologická pomoc vyhledávána častěji než dříve, stále se mnoho lidí potýká s předsudky, kvůli kterým ji nevyhledá ani v případě psychické krize. Podle Konečné (2003) není výjimkou, že lidé považují kontaktování odborníka na psychické zdraví za projev neschopnosti řešit vlastní problémy a ačkoliv připouští, že psychologická pomoc může přispět k lepší orientaci v problému a nalezení vhodných řešení, většinou předpokládají, že oni k tomu dokáží dospět sami, případně s pomocí svého sociálního okolí.

V kapitole věnované psychogenní neplodnosti jsme zmínili, že nebylo potvrzeno, zda psychoterapie zvyšuje pravděpodobnost početí. Proto se v této kapitole budeme zabývat především psychologickou intervencí v kontextu pomoci partnerům zvládnout obtížnou životní situaci, v čemž vidíme její hlavní význam, a nikoliv jejímu přispění k otěhotnění.

### 7.1. Způsoby psychologické pomoci

Často vyhledávanou pomocí je podle Millera (2009) **poradenství**. Klienti žádají o radu týkající se jejich obtíží nebo se chtějí naučit techniky, které by jim pomohly zvládnout prožívaný stres. Podle Millera (2009) by partneři optimálně měli začít navštěvovat psychologické poradenství ještě předtím, než se začnou s neplodností léčit, protože psychologická pomoc snižuje úzkost, stres a depresi, které dle Millera (2009) mohou mít negativní vliv na početí. Při této formě pomoci dostávají partneři např. informace o možnostech léčby či ohledně komunikace se svým sociálním okolím (Miller, 2009).

Další možností psychologické péče je **psychoterapie**. Podle Matějů a Weisse (2004) by terapie měla partnerům pomoci zvládnout stres, který obvykle doprovází léčbu neplodnosti, měla by jim pomoci zvážit alternativní možnosti řešení, případně přijmout fakt trvalé bezdětnosti. Dle autorů by měl být psychoterapeut jakýmsi **průvodcem** partnerů, který jim pomáhá zvládat obtíže s neplodností spojené (Matějů, Weiss, 2004). Také Eunpu (1995) doporučuje, aby terapie zahrnovala **edukační složku** o možnostech léčby, což může partnerům pomoci v rozhodování, jakou léčbu zvolí, jak dlouho v ní budou setrávat a kdy ji případně ukončí. Partneři by měli být také informováni o alternativních možnostech založení rodiny jako je např. náhradní rodinná péče. Stejně jako Matějů a Weiss (2004) se Eunpu (1995) domnívá, že by terapie měla pomoci partnerům se **zvládnutím stresu**, např. tím, že partneři budou

seznámení s technikami, jak jej překonat. Vzhledem k tomu, že neplodnost je nemoc páru, Eunpu (1995) se domnívá, že by se měla také na **úrovni páru** řešit - terapeut by měl tedy pracovat s oběma partnery společně. Během terapie by partneři měli být vedeni k vyhledávání **přirozených zdrojů** sociální podpory; terapie by měla být **podpůrná** a měla by být vedena s ohledem na potřeby a cíle konkrétního páru (Eunpu, 1995).

Partneři často začínají s terapií ve chvíli prožívaného šoku ze zjištění diagnózy nebo během dlouhodobé neúspěšné léčby, kdy postupně ztrácí naději (Shapiro, 2009). Dle potřeby si mohou zvolit terapii párovou nebo individuální. **Individuální terapie** je vhodnější, je-li potřeba řešit intrapersonální problémy, např. depresi či jiné psychické dysfunkce, které byly potížemi s neplodností spušteny či zesíleny, ale hlavní kořeny mají jinde. Individuální terapie se věnuje zejména tématům identity, významu neplodnosti či 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 interakce mezi partnery. Partneři se učí vzájemně se respektovat, naslouchat si a chápat se. Řeší se případné 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). Jsou-li v terapii oba partneři, je důležité, aby se terapeut zabýval emocemi obou. Muži často své emoce potlačují a jejich pozornost se zaměřuje spíše na prožitky partnerky (Shapiro, 2009). Ohled je třeba brát rovněž na různé potřeby partnerů, které mohou být v rozporu – jeden např. potřebuje o problému mluvit, druhý raději mlčí nebo se potřebuje vyplakat. V takovýchto případech je vhodné najít strategii, která by byla pro oba přijatelná (Sobotková, 2007).

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

Pro partnery by mohl být přínosný také **výcvik asertivity**, aby byli schopni efektivněji a bez obav komunikovat s odborníky ve zdravotnických zařízeních (Eunpu, 1995).

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 behaviorálními technikami, které jim pomáhají ve zvládnutí úzkostí (Sobotková, 2007).

Nedobrovolně bezdětným párům pomáhají některá **občanská sdružení a nadace** (např. Nadace Mateřská naděje, spolek Adam Česká republika), která poskytují informace a



psychologickou pomoc, informují širokou veřejnost o této problematice a snaží se prosazovat práva jedinců se sníženou plodností v lékařském, vědeckém a politickém prostředí, což napomáhá pokračování výzkumu v této oblasti, financování nových metod a jejich proplácení zdravotními pojišťovnami (Konečná, 2003).

Sobotková (2007) dodává, že psychologická pomoc neplodným párům by se ideálně měla realizovat ve spolupráci s lékaři ve zdravotnických zařízeních, díky čemuž by jim byla poskytnuta komplexní péče, která je v této problematice důležitá.

## 7.2. Témata v terapii nedobrovolně bezdětných párů

Potíže těch, kteří vyhledávají odbornou psychologickou pomoc, jsou individuální, ale je možné najít témata, která lidé nacházející se v podobné životní situaci většinou řeší. To se týká také problematiky nedobrovolné bezdětnosti. Ačkoliv je situace každého jedince závislá na mnoha faktorech jako je konkrétní diagnóza, postoj sociálního okolí, vztah partnerů nebo jejich osobnostní charakteristiky, uvedeme nyní témata, která se v terapii nedobrovolně bezdětných párů často objevují.

Někteří jedinci mívají během léčby pocit, že jejich emoce jsou natolik silné, že nemohou být normální, že se pod tlakem této náročné události zbláznili. Úkolem terapeuta je **normalizovat jejich pocity**, které vedou k pochybnostem o vlastním duševním zdraví a následně pak ke zvýšení stresu. Terapeut vede klienty k tomu, aby si odpustili, aby si nekladli za vinu, že mají problémy s plodností a aby se dokázali smířit sami se sebou. Normalizuje pocity vzteku, hněvu a agrese, které pro mnohé lidi bývají jen těžko sluchitelné s představou o sobě samém. Terapeut vybízí klienty, aby v sobě tyto emoce nedrželi, ale naopak jim nabízí bezpečné místo, ve kterém je mohou autenticky projevit, aniž by tím někomu ublížili (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Tématem u žen bývá prožívání **depresivních stavů a zármutku** a to jak během léčby, tak také po ní, byla-li neúspěšná. Často se řeší také **délka léčby pomocí umělého oplodnění** a její případné ukončení či **další možnosti řešení** jako je např. náhradní rodinná péče (Hart, 2002).

Mnoho neplodných žen řeší v terapii **problémy se svou identitou**, která je neplodností narušena. Ženy mívají problém vzdát se role matky, se kterou se identifikovaly; rovněž bývá ohrožena jejich identita jakožto ženy, která je v jejich očích často spjata právě s mateřstvím.

Neplodné ženy se mohou cítit vyloučené z komunity žen, které společně sdílí prožitky spojené s mateřstvím (Weinshel, 1990).

Páry vyhledávají odbornou pomoc také v souvislosti se **spontánními potraty**, které prožívají velmi bolestně, zejména dějí-li se opakovaně. Pár se musí vyrovnat nejen se smrtí nenarozeného dítěte, ale také se ztrátou naděje, kterou do početí vkládal, a v případě ženy i s fyzickými komplikacemi, které potrat doprovázejí (Sobotková, 2007). Terapeut provází partnery **procesem truchlení** nad ztrátou nenarozeného dítěte, který bývá v tomto případě obtížněji uchopitelný, než zemře-li rodičům dítě, protože partneři se ne vždy vzdají naděje, že dítě mít budou (Williams, Bischoff, Ludes, 1992). V naší společnosti je problematické vyrovnat se se ztrátou nenarozeného dítěte také z důvodu neexistence společenského rituálu jako je např. pohřeb, který by partnerům pomohl přenést se přes ztrátu (Sobotková, 2007).

Tématem terapie bývá také pokles nebo úplná **ztráta sexuálního uspokojení**. Williams, Bischoff a Ludes (1992) uvádějí několik způsobů, jak může na tomto tématu terapeut s partnery pracovat. Jedním z nich je vyslechnutí 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 plodností, 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. Další technikou je vytvoření jakéhosi rozpisu dní, kdy budou partneři souložit – pevně stanovené dny jim mohou pomoci zbavit se případné úzkosti, jak často by se měli s partnerem milovat, aby byl spokojen a naopak dny, kdy souložit nebude, nebudou ani jedním z nich vnímány jako odmítnutí (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Během párové terapie se mohou klienti seznámit s tím, jak na **situaci pohlíží jejich partner** a mohou lépe porozumět jeho pocitů a reakcím. Účinná bývá také identifikace nevhodných vzorců chování, které se mohou v párové interakci rozvinout. Terapeut může na nevhodné vzorce upozornit a společně s párem pracovat na vyjadřování emocí vhodnějším způsobem. Během terapie se partneři seznamují s **významem neplodnosti pro svého druhu** a s genderovými rozdíly, které neplodnost obnáší. Mužům bývá vysvětlováno, jak důležité je pro ženu naslouchání jejímu trápení a jak jí tímto způsobem prokazují velkou podporu. Ženám je zprostředkována informace, že zdánlivé odtažení muže neznamena, že by ji neměl rád, ale jedná se o jeho reakci na náročnou situaci. Muži se často učí vyjadřovat své pocity týkající se ztráty

a jsou podporováni k aktivní účasti na vyšetřeních týkajících se neplodnosti, na která musí žena docházet (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Některým párům pomáhá, 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, optimální je, když se na jejím spirituálním podtextu shodnou. Také diskuze na téma, „co pro každého z partnerů neplodnost znamená“, může být snazší, probíhá-li v bezpečném prostředí terapie, kde jsou partneři vedeni k otevřenému rozhovoru o svých názorech a snaze akceptovat názory druhého (Hart, 2002).

Dalším tématem bývá nalezení někoho, s kým mohou své **trápení sdílet**, kdo jim poskytne emocionální podporu, bezpodmínečné přijetí a pochopení, např. prostřednictvím objektů, vřelých slov nebo bezpečného prostředí k ventilaci emocí. Jiný druh podpory nabízejí lidé, se kterými mohou partneři o tématu diskutovat, probrat různé názory, nové pohledy, a tak si utřídit své myšlenky. Nalezení takových lidí v okolí je dalším, neméně důležitým úkolem terapie. Terapeuti následně učí partnery **srozumitelně vysvětlit** svůj problém přátelům a rodině a požádat je o takovou podporu, která pro ně bude užitečná (Williams, Bischoff, Ludes, 1992).

Lidé se během léčby neplodnosti většinou soustředí na somatickou stránku problému, hledají efektivní řešení, která jsou rychlá a účinná, ale která mívají pro svou náročnost značně negativní vliv na jejich psychiku. Páry bohužel nebývají příliš informovány o tom, jaké přínosy by pro ně mohla návštěva psychologa mít a kvůli časové náročnosti somatické léčby jim mnohdy nezbyvá čas ani energie na to, aby jej vyhledaly. Hlavním cílem partnerů je v této životní etapě stát se rodičem a psychologickou péčí nepovažují často za něco, co by jim k tomuto mohlo pomoci.

Podle našeho názoru může včasné vyhledání psychologické pomoci přispět k lepší psychické pohodě partnerů a v případě neúspěchu k snadnějšímu přizpůsobení se životu bez dítěte. Doporučení psychologické pomoci by mělo vycházet ze zdravotnických zařízení, která tyto páry obvykle vyhledávají.

# EMPIRICKÁ ČÁST

Jak vyplývá z výše uvedených studií, ačkoliv je neplodnost považována za lékařskou diagnózu, nejedná se o čistě somatický problém, ale je nutné vnímat tuto problematiku v celé její komplexnosti, tedy také v jejích psychosociálních souvislostech.

Empirickou část předkládané práce jsme rozdělili do dvou částí. V první části se budeme zabývat ženami s potížemi s plodností, jejich prožitky spojenými s neplodností a její léčbou a jejich pohledem na působení nedobrovolné bezdětnosti na partnerský vztah. Druhá část práce se zabývá pohledem sester pracujících v centrech asistované reprodukce na psychosociální aspekty neplodnosti, na péči o psychické potřeby pacientek v centrech asistované reprodukce a na vzdělávání sester v oblasti přístupu k pacientům a péče o jejich psychický stav.

Na tomto místě bychom rádi specifikovali **pojmy**, které budeme v dalším textu používat.

V první části výzkumu se zabýváme ženami, které se léčí s **neplodností** a zároveň ještě nemají žádného potomka – jsou tedy nedobrovolně bezdětné. Uvědomujeme si, že s neplodností se mohou léčit také ženy, které již biologického potomka mají a **nedobrovolně bezdětné** mohou být ženy, které plodné jsou, ale např. nemohou najít vhodného partnera, se kterým by dítě měly. Jak však již bylo uvedeno výše, v našem textu pojem neplodnost a nedobrovolná bezdětnost označují stejný stav, a tedy je používáme jako synonyma.

Cílovou skupinou pro druhou část výzkumu jsou sestry pracující v centrech asistované reprodukce. Na této pozici pracují ženy s různou specializací, nejčastěji všeobecné sestry a porodní asistentky, a také název této pozice se může mezi jednotlivými centry lišit. Pro zjednodušení budeme mluvit o **sestrách**, protože tak bývají v mnoha centrech asistované reprodukce nazývány (např. Fakultní nemocnice v Motole, 2012; Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2012).

Dále používáme pojem „**psychosociální**“ – např. psychosociální aspekty neplodnosti či psychosociální souvislosti. Pod tímto pojmem máme na mysli psychické stavy, které se s neplodností pojí - zejména emoce, které pacienti prožívají; a vztahy se sociálním okolím – vliv neplodnosti na vztahy mezi partnery a dalšími lidmi. Pod tento pojem také řadíme možné příčiny neplodnosti, které jsou jiného, než somatického původu – např. emoční vypětí ženy.

V souvislosti s léčbou neplodnosti v centrech asistované reprodukce, mluvíme o „**psychických potřebách**“ pacientek. Pojmem „**psychické potřeby**“ máme na mysli potřeby, jejichž neuspokojení má negativní vliv na psychický stav žen – např. potřeba sdílení, soukromí, milého přístupu, podpory apod. Pod tyto pojmy zahrnujeme rovněž **přístup zdravotníků** k pacientům, protože dle našeho názoru je vhodný přístup zdravotníků jednou z potřeb pacientů

a domníváme se, že má značný vliv na jejich psychický stav. Jako synonymum k pojmu „psychické potřeby“ je na některých místech použit pojem „**psychický stav**“.

# 1. CÍLE VÝZKUMU A JEHO OČEKÁVANÝ PŘÍNOS

Cílem první části této práce je **popsat a porozumět tomu, jak ženy prožívají nedobrovolnou bezdětnost** - jaké faktory působí na jejich psychický stav, co jim pomáhá situaci zvládat a co je pro ně naopak stresující. Vzhledem ke komplexnosti dané problematiky se zabýváme také významem rodičovství pro tyto ženy, jejich pohledem na roli nedobrovolné bezdětnosti v partnerském vztahu a případnými změnami, ke kterým ve vztahu v této souvislosti dochází.

**Přínosem** této části výzkumu je porozumění prožitkům nedobrovolně bezdětných žen, aspektům, které hrají ve zvládnání nedobrovolné bezdětnosti významnou roli a pohledu žen na jejich partnerský vztah. Tyto poznatky bude možné využít při terapeutické práci s nedobrovolně bezdětnými ženami i celými páry i během jejich léčby v centrech asistované reprodukce (CAR).

**Cíl druhé části** práce vychází z části první a byl stanoven během její realizace. Impulsem byla zmiňovaná nespokojenost respondentek s přístupem zdravotnického personálu, s čímž dle našeho názoru úzce souvisí pohled zdravotníků na fenomén neplodnosti a na péči o psychické potřeby pacientek v CAR.

Druhým cílem je tedy blíže prozkoumat **pohled sester v centrech asistované reprodukce na problematiku neplodnosti v jejích psychosociálních souvislostech, zejména na péči o psychické potřeby pacientek**. Zajímá nás, jaký význam sestry tomuto fenoménu přikládají, zda připouštějí psychickou náročnost metod asistované reprodukce pro své pacientky a zda jsou ochotny poskytovat psychologickou pomoc pacientkám na pracovišti nebo jim pomoc zprostředkovat. Rovněž chceme zjistit, zda považují psychologickou péči o pacientky v rámci zařízení, na kterém působí, za dostatečnou a jak hodnotí přístup zdravotníků k pacientkám; dále chceme zjišťovat, zda byly v průběhu svého pregraduálního vzdělávání v oblasti péče o psychický stav pacientů dostatečně připravovány.

**Přínosem** této části výzkumu je porozumění pohledu sester na fenomén neplodnosti v jeho psychosociálních souvislostech, zjištění míry aplikace holistického přístupu k nemocnému v praxi a identifikace názoru sester na tento přístup, protože právě to, jak o něm ony smýšlejí, ovlivňuje jejich práci s pacienty a směřování pacientů na další instituce, které jim mohou pomoci obtížnou situaci zvládat. Tyto poznatky je možné využít k rozpoznání nedostatků v oblasti péče o neplodné páry a následně k jejímu zlepšení, tak aby zdravotnická péče byla komplexní, tedy aby byla pozornost věnována také psychickému stavu pacientek a jejich sociálním vztahům. Dále mohou být zjištěná fakta podnětem k dalšímu vzdělávání zdravotnických pracovníků.

## 2. FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Následující výzkumné otázky vycházejí z výše definovaného **prvního výzkumného cíle** a vymezují hranice toho, čím se budeme zabývat.

1. výzkumná otázka:

Co znamená pro nedobrovolně bezdětné ženy rodičovství?

2. výzkumná otázka:

Jak ženy nedobrovolnou bezdětnost prožívají?

3. výzkumná otázka:

Co pomáhá ženám nedobrovolnou bezdětnost zvládat a co je pro ně naopak stresující?

4. výzkumná otázka:

Jaký je partnerský vztah nedobrovolně bezdětných párů optikou partnerek?

V souladu s **druhým výzkumným cílem**, jsme stanovili následující otázky.

1. výzkumná otázka:

Jaký význam přisuzují sestry psychosociálním aspektům neplodnosti?

2. výzkumná otázka:

Jakým způsobem jsou dle sester v centrech asistované reprodukce uspokojovány psychické potřeby pacientek?

3. výzkumná otázka:

Jaké limity vnímají sestry v péči o psychické potřeby pacientek v centrech asistované reprodukce?

4. výzkumná otázka:

Co sestry připravilo na péči o psychické potřeby pacientek?

### 3. METODOLOGICKÝ RÁMEC

Vzhledem k fenoménu, který zkoumáme a k cílům 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. Neomezuje se na vybrané proměnné, ale poskytuje možnost objevit témata nová, která nejsou dostatečně zmapována. Kvalitativní výzkum je využíván, chceme-li odhalit podstatu jevu, o kterém mnoho nevíme, a chceme-li tomuto jevu porozumět (Strauss, Corbinová, 1999). Díky práci v terénu, umožňuje získat integrovaný pohled na danou problematiku, detailně ji popsat a lépe pochopit (Hendl, 2005). 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.

Výzkum je inspirován **zakotvenou teorií**, která je podle Hendl (2008) vhodná pro oblasti výzkumu, které jsou jen málo teoreticky zpracované, což je také problematika vztahu nedobrovolně bezdětných partnerů, problematika neplodnosti v psychosociálních souvislostech a péče o psychické potřeby pacientek v CAR. Při výzkumu bylo využito modifikovaného postupu zakotvené teorie, konkrétně jsme využili metodu otevřeného kódování.



## 4. VOLBA ZÁKLADNÍCH METOD

Za základní metodu obou částí výzkumu jsme zvolili rozhovor, který je dle Hendla (2005) vhodný, je-li naším cílem porozumět zkušenosti respondentů. Během rozhovoru odehrávajícím se „tváří v tvář“ můžeme s respondentkami navázat bližší vztah, flexibilně na ně reagovat, doptávat se a povzbuzovat je k dalšímu vyprávění (Hendl, 2008).

Rozhodli jsme se použít **polostrukurovaný rozhovor**, který má předem stanovenou osnovu, ale zároveň si zachovává pružnost během procesu získávání informací (Hendl, 2008). Podle Miovského (2006) je použití polostrukurovaného 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 a sestry v centrech asistované reprodukce. Anomálie v chování u těchto skupin nepředpokládáme, na druhou stranu vzhledem k intimitě a citlivosti zkoumaného tématu očekáváme, že komunikace na toto téma může být zejména pro nedobrovolně bezdětné ženy obtížná.

Při realizaci polostrukurovaného 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 např. ve volném řazení otázek, přizpůsobování jejich formulace a následném doptávání (Hendl, 2008). Tím si ponecháváme prostor probrat také témata, která respondentky zmíní, ale my jsme je do seznamu otázek nezařadili.

V první části výzkumu jsme v rámci rozhovoru použili „**Škálu obsažení druhého ve vlastním já**“ (Inclusion of Other in the Self Scale). Této metodě a výsledkům, které jsme s jejím použitím získali, se však nebudeme v předkládané práci věnovat; blíže se jimi zabýváme v naší diplomové práci (Komorová, 2014).

V druhé části výzkumu jsme rozhovor doplnili technikou **slovních asociací**. V rámci této techniky jsou vyšetřované osobě čtena postupně za sebou slova a ona má na každé z nich bezprostředně reagovat prvním nápadem, který se jí vybaví. Technika slovních asociací se obvykle používá s cílem zjistit psychickou orientaci zkoumané osoby – takto pracoval se slovními asociacemi např. Jung v rámci svého asocičního experimentu (Šípek, 2000).

V rámci našeho výzkumu byla tato technika zařazena s cílem zjistit význam, který respondentky pojímům připisují, a proto vybraná podnětová slova (v našem případě slovní spojení) úzce souvisela se zkoumaným tématem. Respondentky nebyly omezeny formou odpovědí – mohly reagovat jednoslovně, ale také slovním spojením, větou či příběhem. Slovní asociace byly zařazeny na začátek rozhovoru, a tedy zastávaly funkci tzv. otevírací otázky –

měly přispět k navození žádoucí atmosféry, naladění se na téma a k větší otevřenosti respondentek. Jednalo se o následující slovní spojení.

- Psychické a sociální potřeby pacientů
- Přístup zdravotníků k pacientům
- Potíže s plodností
- Bezdětná žena
- Asistovaná reprodukce

#### 4.1. Okruhy otázek pro rozhovor v první části výzkumu

Polostrukturovaný rozhovor k první části výzkumu se skládal z následujících okruhů, které vycházejí ze stanovených výzkumných otázek.

- Význam rodičovství pro nedobrovolně bezdětné ženy
- Prožívání nedobrovolné bezdětnosti a jejího řešení
- Aspekty, které pomáhají ženám nedobrovolnou bezdětnost zvládnout a případné stresory
- Vztah nedobrovolně bezdětných párů optikou partnerek

Cílem otázek v okruhu „**význam rodičovství**“, bylo zjistit, jakou roli hraje rodičovství v životě ženy a co je její hlavní motivací dítě mít. Toto vnímáme jako podstatné pro pochopení prožitků žen v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností.

Okruh otázek nazvaný „**prožívání nedobrovolné bezdětnosti a jejího řešení**“ zjišťoval, jak ženy prožívají nedobrovolnou bezdětnost, léčbu neplodnosti a jak vnímají další způsoby řešení své situace.

Okruh týkající se „**aspektů, které pomáhají ženám nedobrovolnou bezdětnost zvládnout, a případných stresorů, které na ně působí**“, se zabývá faktory, které zvládnání situace usnadňují, které ho naopak znesnadňují a co by ženy potřebovaly, aby situaci zvládaly lépe.

Otázky v okruhu „**nedobrovolně bezdětné partnerství**“ byly zaměřeny na názory žen 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. Dále jsme se doptávali na případné změny, které v partnerství v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností nastaly.

## 4.2. Okruhy otázek pro rozhovor v druhé části výzkumu

Polostrukturovaný rozhovor k druhé části výzkumu se skládal z následujících okruhů, které rovněž vycházejí ze stanovených výzkumných otázek.

- Pohled sester v centrech asistované reprodukce na psychosociální aspekty neplodnosti
- Pohled sester v centrech asistované reprodukce na uspokojování psychických potřeb pacientek
- Limity v péči o psychické potřeby pacientek léčících se v centrech asistované reprodukce z pohledu sester
- Příprava sester pracujících v centrech asistované reprodukce na péči o psychické potřeby pacientek

Cílem otázek řazených pod okruh „**pohled sester v centrech asistované reprodukce na psychosociální aspekty neplodnosti**“ bylo zjistit, jakou roli hraje dle sester v centrech asistované reprodukce psychický stav žen během léčby neplodnosti. Zabývali jsme se jejich pohledem na nemoc – zda ji vnímají pouze jako organickou poruchu nebo zda připouští také vlivy psychosociální; mapovali jsme, co je dle sester pro ženy během léčby obtížné a zda se domnívají, že péče o psychické potřeby pacientek patří do kompetence zdravotníků v centrech asistované reprodukce.

V okruhu nazvaném „**pohled sester v centrech asistované reprodukce na uspokojování psychických potřeb pacientek**“ jsme se zabývali postupy zdravotníků v centrech asistované reprodukce v péči o psychické potřeby pacientek, doptávali jsme se sester, jak poskytovanou péči a přístup zdravotníků hodnotí a co ony samy za sebe v tomto směru pro pacientky dělají.

Na tento okruh otázek úzce navazoval okruh další, ve kterém jsme se zabývali „**limity v péči o psychické potřeby pacientek léčících se v centrech asistované reprodukce z pohledu sester**“. Ptali jsme se, co by dle sester bylo vhodné v centru, ve kterém pracují v oblasti péče o psychické potřeby pacientek a přístupu k nim změnit, co by udělaly jinak, ale také o čem se domnívají, že funguje dobře. Mapovali jsme jejich pohled na případné stížnosti ze strany pacientek a jejich návrhy řešení.

V okruhu otázek „**příprava sester pracujících v centrech asistované reprodukce na péči o psychické potřeby**“ jsme zjišťovali, co bylo v pregraduálním studiu pro sestry užitečné s ohledem na péči o psychické potřeby pacientek, co dalšího jim v této oblasti pomohlo a co by případně ještě potřebovaly.

## 5. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Empirická část této práce se skládá ze dvou částí, z nichž každá má svůj vlastní výzkumný cíl, své výzkumné otázky a je zacílena na jiný základní soubor respondentů. Z tohoto důvodu bylo nutné, pracovat se dvěma výzkumnými soubory.

Miovský (2006) označuje metody výběru v rámci kvalitativního výzkumu jako nepravděpodobnostní, nenáhodné, 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).

### 5.1. Výběr výzkumného souboru pro první část výzkumu

Za základní strategii pro výběr respondentek do výzkumného souboru v první části výzkumu, jsme zvolili **záměrný (účelový) výběr prostřednictvím institucí**. Při tomto výběru jsou využívány služby 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 získali tři respondentky, přes Centrum asistované reprodukce VFN také tři respondentky.

Další zvolenou strategií výběru výzkumného souboru byla **metoda sněhové koule**, kterou jsme zkombinovali 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 (Miovský, 2006).

V našem výzkumu byla první vlna účastníků kontaktována přes již zmíněné instituce; takto získané respondentky jsme pak požádali, zda by nám neposkytly kontakt na ženy, které by splňovaly naše kritéria a byly by ochotné se výzkumu účastnit. Tímto způsobem jsme získali čtyři respondentky.

Respondentky do 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 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 získat pouze jednu respondentku a to na stránkách <http://www.lidicky.cz/>. Takto nízký počet respondentek získaných metodou samovýběru si vysvětlujeme tím, že potenciální respondentky by musely projevit značnou aktivitu a samy výzkumníci 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 příliš pravděpodobné.

Výsledný výzkumný soubor tedy tvořilo 11 respondentek.

## 5.2. Kritéria výběru pro výzkumný soubor v první části výzkumu

V souladu s prvním cílem výzkumu jsme potřebovali, aby se výzkumný soubor skládal z nedobrovolně bezdětných **žen**. Uvědomujeme si, že neplodnost je nemocí páru, a tedy se týká mužů i žen, ale vzhledem k odlišným zkušenostem, které partneri během léčby mají, jsme se rozhodli, že se budeme zabývat pouze psychickým stavem žen a jejich sociálními vztahy. Ženy jsme si zvolili zejména z toho důvodu, že jsou to právě ony, které podstupují většinu vyšetření a lékařských zásahů a tedy neplodnost a její léčba je zasahují ve všech rovinách – v oblasti psychické, sociální i somatické.

Vzhledem k tomu, že termín „nedobrovolně bezdětný“ může být mnohoznačný, bylo nutné si vymežit podmínky, které musí naše respondentky splňovat.

Jedním z prvních kritérií, které jsme si určili, bylo, že respondentka musí být z **heterosexuálního páru**. Domníváme se, že kontext nedobrovolné bezdětnosti u homosexuálních partnerů je jiný, a tedy také psychické aspekty, které ji doprovázejí, jsou odlišné. V rámci předkládané práce nebyl prostor se touto problematikou samostatně zabývat.

Co se týče **věkového omezení** našeho vzorku, rozhodli jsme se jej nijak neomezovat. Uvědomujeme si, že jiný věk partnerů hraje roli v prožívání nedobrovolné bezdětnosti i v sociálních aspektech, které se s tímto pojí (ve 20 letech prožívá žena svou nedobrovolnou bezdětnost jinak než ve 40), ale aspektů, které toto ovlivňují je více, např. jiné vzdělání, rodinné zázemí apod. Domníváme se však, že větší věkové rozpětí partnerů může mít i své výhody - lépe se tak podaří zachytit variabilitu možných projevů.

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 jej mají již za sebou, předpokládáme určitý nadhled. Díky **retrospektivnímu pohledu** budeme moci lépe zmapovat proces vývoje vztahu v tomto období od počátku do konce. Nevýhodou této skupiny žen může být určité zkreslení minulosti, která může být ovlivněna tím, jak celá situace dopadla (žena nakonec otěhotněla).

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

Na rozdíl od nich vztah **aktuálně bezdětných žen** se bude vlivem bezdětnosti ještě dále vyvíjet a není tedy jasné, jaké změny ještě nastaly, ale nastat mohou. Výhodou této skupiny je, že nedobrovolnou bezdětnost právě zažívají, a tedy jejich prožitky a zkušenosti nejsou zkresleny výsledkem jejich snažení. Ve výzkumném souboru je šest žen, které jsou aktuálně nedobrovolně bezdětné.

Všechny ženy ve výzkumném souboru 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 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 k rozpadu jejich partnerství. 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**.

Rozhodli jsme se, že do výzkumu zahrneme nejen respondentky, které jsou se svými partnery oddány, ale i ty, které žijí v partnerství neoddaný. 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 řešící sekundární neplodnost ani ty, které vychovávají adoptované dítě, i když se stále snaží o početí dítěte vlastního. Podle různých výzkumů (Gibson, Myers, 2002; Karabulut, Özkan, Oguz, 2013; McQuillan et al., 1980) totiž prožívají partneři tuto situaci jinak, jsou-li v rodině přítomny děti, ať již vlastní nebo přijaté.

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 ve výzkumném souboru musí minimálně jednou neúspěšně podstoupit asistovanou reprodukci. 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 efektivních způsobů léčby, které daná doba nabízela.

Shrňme tedy kritéria, která jsme si určili pro výběr respondentek do první části výzkumu:

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

### **5.3. Základní charakteristiky respondentek v první části výzkumu**

Vzhledem k tomu, že jsme do výzkumného souboru zařadili ženy, které byly v době realizace výzkumu nedobrovolně bezdětné, i ty, které tento problém řešily v minulosti, rozdělili jsme je dle tohoto kritéria do dvou skupin, abychom mohli jejich výpovědi mezi sebou porovnávat.

#### **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 jejich 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 (zkrížení a rotace pánve). Zmiňuje, že lékaři jmenovali v průběhu osmi let, kdy se s neplodností léčila, více možných příčin, např. 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 milenkou, 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, kterou počala 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 a byla u léčitele.

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 zcela přirozeně 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
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

### SKUPINA B

Do skupiny B byly zařazeny 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 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 do budoucna plánuje jít na další pokus. 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 Barbora má neprůchodné vejcovody, u partnera byl zjištěn horší spermioqram. 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 na 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 jednou byla na IVF. V současné době se připravuje na druhé IVF a v případě neúspěchu plánuje cvičit podle Mojžíšové. S IVF chce pokračovat minimálně tak dlouho, dokud to bude platit pojišťovna. Je rozhodnutá, že děti mít chce, ať již 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, na rozdíl 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
<b>Běta</b>	65 let	SŠ	42 let	Neprůchodnost vejcovodů, snížená pohyblivost spermií u muže	Lázně
<b>Broňa</b>	43 let	VOŠ	22 let	Nezjištěno	IUI, cvičení
<b>Beáta</b>	33 let	VŠ	9 let	Nezjištěno	IUI, IVF, cvičení
<b>Barbora</b>	33 let	VŠ	5 let	Neprůchodnost vejcovodů, zhoršený spermioqram u muže	IUI, IVF, cvičení, bylinné čaje, vitamíny
<b>Blanka</b>	37 let	VŠ	3 a půl roku	Nezjištěno	IUI, IVF, vitamíny
<b>Brigita</b>	33 let	vyučená	8 let	Anovulační cykly	IUI, medikace

Tabulka 2 - Shrnutí základních charakteristik respondentek ze skupiny B

#### 5.4. Výběr výzkumného souboru pro druhou část výzkumu

Pro výběr respondentek do druhé části výzkumu jsme zvolili rovněž **záměrný výběr prostřednictvím institucí**. Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou byly sestry pracující v centrech asistované reprodukce, jevil se tento způsob výběru jako nejvýhodnější. Oslovili jsme 11 center asistované reprodukce na území Prahy. Pokud byl dostupný email na vrchní sestru, psali jsme žádost o zapojení se do výzkumu přímo jí, pokud tento email dostupný nebyl, oslovili jsme vedoucí daného centra.

Spolupráci se podařilo navázat s pěti z oslovených center, ve čtyřech centrech jsme komunikovali s vrchní sestrou, která nám zprostředkovala kontakt s ostatními sestrami; v jednom centru se nám ozvaly sestry, které se samy rozhodly, že se do výzkumu zapojí. 8 respondentek pracovalo ve státních centrech asistované reprodukce (CAR ÚPMD; CAR VFN Praha), 6 respondentek bylo zaměstnáno v centrech soukromých (Gennet s.r.o.; ISCARE I.V.F. a.s; IVF CUBE). Ve výzkumném souboru v této části výzkumu bylo 14 respondentek.

#### 5.5. Kritéria výběru pro výzkumný soubor v druhé části výzkumu

Druhá část výzkumu byla zaměřena na sestry pracující v centrech asistované reprodukce. Jedním z kritérií bylo, aby sestra byla v CAR zaměstnaná **v době, kdy s ní byl rozhovor realizován** - postupy léčby neplodných se rychle mění a je možné, že toto má vliv také na přístup zdravotníků k pacientkám a na celkovou atmosféru během léčby.

Dále bylo důležité, aby sestra v centru **pracovala minimálně jeden rok**. Vymezením minimální doby, po kterou sestra v centru asistované reprodukce pracuje, jsme chtěli zajistit, aby sestry ve výběru měly dostatečné zkušenosti a věděly, co práce na této pozici obnáší. Dobu jednoho roku považujeme za dostatečnou k zapracování, získání potřebných zkušeností a utvoření vlastního názoru.

Dalším kritériem bylo, aby sestra pracovala v centru nacházejícím se na **území České republiky**. Domníváme se, že přístupy zdravotníků k pacientkám a poskytovaná péče o psychické potřeby se mohou v jednotlivých státech lišit v závislosti na fungování zdravotnického systému.

Ženské pohlaví nebylo jedním z kritérií výběru, nicméně tato pracovní pozice je výrazně feminizovaná a v centrech, se kterými se nám podařilo navázat spolupráci, na této pozici žádný muž nepracoval. Z tohoto důvodu používáme pojem „respondentky“ či „ženy“.

Kritéria pro výběr výzkumného souboru v druhé části výzkumu byly tedy následující:

- Aktuální zaměstnání na pozici „sestra“ v centru asistované reprodukce
- Pracovní zkušenosti v centru asistované reprodukce minimálně jeden rok
- Místo práce na území České republiky

## **5.6. Základní charakteristiky respondentek v druhé části výzkumu**

Také v druhé části výzkumu jsme se rozhodli respondentky rozdělit do dvou skupin a to dle toho, zda pracovaly ve státním centru asistované reprodukce nebo v centru soukromém. Vzhledem k odlišnému zřizovateli totiž předpokládáme, že se tyto dvě skupiny center mohou lišit.

### **SKUPINA S**

Do skupiny S jsme zařadili respondentky, které pracovaly v soukromých centrech asistované reprodukce, tedy v ISCARE I.V.F. a.s.; Gennet s.r.o. a IVF CUBE. Jednalo se o 6 žen.

#### **Respondentka Stella**

Stelle je 41 let, v centru asistované reprodukce pracuje 20 let. Celková délka její praxe je 21 let – předtím pracovala rok na porodním sále. Stella vystudovala vysokou školu, studijní program „Ošetřovatelství“, dále absolvovala vyšší odbornou školu v oboru „Porodní asistentka“.

Rozhovor probíhal na oddělení CAR a trval 28 minut.

### **Respondentka Sandra**

Sandře je 26 let, v centru asistované reprodukce pracuje rok a půl, její celková délka praxe je 2 roky. Dříve pracovala na neonatologii a na oddělení šestinedělí. Sandra má vysokoškolské vzdělání (bakalářské studium) v oboru „Porodní asistentka“, středoškolské vzdělání získala na gymnáziu.

Rozhovor probíhal na oddělení CAR a trval 21 minut.

### **Respondentka Soňa**

Soně je 51 let, v centru asistované reprodukce pracuje 7 a půl roku, její celková délka praxe je 31 let, dříve pracovala na oddělení šestinedělí, v gynekologické ambulanci, na lůžkové části ORL a v pečovatelském domě. Soňa absolvovala vyšší odbornou školu v oboru „Porodní asistentka“, středoškolské vzdělání získala na gymnáziu.

Rozhovor probíhal na oddělení CAR a trval 31 minut.

### **Respondentka Saša**

Saše je 25 let, do centra asistované reprodukce nastoupila ihned po škole a pracuje zde 1 rok. Saša absolvovala vyšší odbornou školu, obor „Všeobecná sestra“, středoškolské vzdělání získala na zdravotnickém lyceu.

Rozhovor se Sašou probíhal na oddělení CAR a trval 26 minut.

### **Respondentka Simona**

Simoně je 32 let, v centru asistované reprodukce pracuje 2 roky, její celková délka praxe je 10 let. Předtím pracovala jako porodní asistentka na porodním sále. Simona vystudovala vysokou školu (bakalářské studium) v oboru „Porodní asistentka“, středoškolské vzdělání získala na zdravotnické škole.

Rozhovor se Simonou probíhal na oddělení CAR a trval 24 minut.

### **Respondentka Sylva**

Sylvě je 28 let, do centra asistované reprodukce nastoupila ihned po škole, pracuje zde 2 a půl roku. Sylva má vysokoškolské vzdělání (bakalářské studium) v oboru „Porodní asistentka“, magisterský titul v oboru „Perioperační péče v gynekologii a porodnictví“. Středoškolské vzdělání získala na gymnáziu.

Rozhovor se Sylvou probíhal na oddělení CAR a trval 26 minut.

	Věk	Vzdělání	Délka praxe v CAR	Celková délka praxe
<b>Stella</b>	41 let	VŠ	20 let	21 let
<b>Sandra</b>	26 let	VŠ	1, 5 roku	2 roky
<b>Soňa</b>	51 let	VOŠ	7, 5 roku	31 let
<b>Saša</b>	25 let	VOŠ	1 rok	1 rok
<b>Simona</b>	32 let	VŠ	2 roky	10 let
<b>Sylva</b>	28 let	VŠ	2, 5 roku	2, 5 roku

**Tabulka 3 - Shrnutí základních charakteristik respondentek ze skupiny S**

## **SKUPINA V**

Do skupiny V jsme zařadili respondentky, které pracovaly ve státních centrech asistované reprodukce, tedy v CAR VFN a v ÚPMD. Jednalo se o 8 žen.

### **Respondentka Valerie**

Valerii je 41 let, v centru asistované reprodukce pracuje 10 let, její celková délka praxe je 20 let, dříve pracovala na porodním sále. Má vysokoškolské vzdělání (magisterské studium) v oboru „Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy“, středoškolské vzdělání získala na zdravotnické škole. Její profesní zaměření je porodní asistentka.

Rozhovor s Valerií probíhal na oddělení CAR a trval 36 minut.

### **Respondentka Vendula**

Vendule je 48 let, v centru asistované reprodukce pracuje rok a půl, její celková délka praxe je 22 let, předtím pracovala na porodním sále, na oddělení šestinedělí, na oddělení rizikového těhotenství a na oddělení pro vyšetření ultrazvukem. Vendula má vysokoškolské vzdělání (magisterské studium) v oboru „Management ve zdravotnictví“. Středních škol ukončila několik – zdravotnickou školu, gymnázium a střední odbornou školu v oboru „Porodní asistentka“.

Rozhovor probíhal na oddělení CAR a trval 29 minut.

### **Respondentka Veronika**

Veronice je 39 let, v centru asistované reprodukce pracuje 17 let, během té doby vystřídala dvě CAR. Veronika vystudovala vyšší odbornou školu zdravotnickou, specializace „dětská sestra“. Středoškolské vzdělání získala v oblasti zemědělství.

Rozhovor s Veronikou probíhal na oddělení CAR a trval 40 minut.



### **Respondentka Vilma**

Vilmě je 54 let, v centru asistované reprodukce pracuje 1 rok, její celková délka praxe je 30 let. Předtím pracovala jako sálová sestra, obvodní sestra a mimo obor zdravotnictví. Středoškolské vzdělání získala na gymnáziu, poté vystudovala vyšší odbornou školu v oboru „Porodní asistentka“.

Rozhovor probíhal na oddělení CAR a trval 35 minut.

### **Respondentka Václava**

Václavě je 52 let, v centru asistované reprodukce pracuje 8 let, délka její celkové praxe je 30 let – dříve pracovala na chirurgii, dermatologii, ale také v sociálně-právních službách. Václava vystudovala střední zdravotnickou školu se specializací „Chirurgická sestra“, dále si udělala nástavbu na VOŠ, obor „Sociálně-právní“.

Rozhovor probíhal na oddělení CAR a trval 67 minut.

### **Respondentka Vanda**

Vandě je 30 let, v centru asistované reprodukce pracuje rok a půl, její celková délka praxe je 7 let, předtím pracovala na porodním sále. Vanda má vysokoškolské vzdělání (magisterské studium) v oboru „Management ve zdravotnictví“, středoškolské vzdělání získala na zdravotnické škole v oboru „Porodní asistentka“.

Rozhovor s Vandou probíhal na oddělení CAR a trval 32 minut.

### **Respondentka Vlasta**

Vlastě je 60 let, v centru asistované reprodukce pracuje 8 let, její celková délka praxe je 38 let. Dříve pracovala na porodním sále, na oddělení šestinedělí, ale také mimo zdravotnictví. Vlasta má středoškolské vzdělání, které získala na gymnáziu a na střední zdravotnické škole v oboru „Porodní asistentka“.

Rozhovor s Vlastou probíhal na oddělení CAR a trval 19 minut.

### **Respondentka Věra**

Věře je 55 let, v centru asistované reprodukce pracuje 7 a půl roku. Celková délka její praxe je 35 let, dříve pracovala na dětské ambulanci. Věra má středoškolské vzdělání, které získala na střední zdravotnické škole v oboru „Zdravotní sestra“.

Rozhovor s Věrou probíhal na oddělení CAR a trval 22 minut.

	Věk	Vzdělání	Délka praxe v CAR	Celková délka praxe
Valerie	41 let	VŠ	10 let	20 let
Vendula	48 let	VŠ	1, 5 roku	22 let
Veronika	39 let	VOŠ	17 let	17 let
Vilma	54 let	VOŠ	1 rok	30 let
Václava	52 let	VOŠ	8 let	30 let
Vanda	30 let	VŠ	1, 5 roku	7 let
Vlasta	60 let	SŠ	8 let	38 let
Věra	55 let	SŠ	7, 5 roku	35 let

Tabulka 4 - Shrnutí základních charakteristik respondentek ze skupiny V

### 5.6.1. Porovnání skupiny S a skupiny V

Sestry v CAR jsme rozdělili do dvou skupin dle toho, zda pracovali ve státním centru asistované reprodukce nebo v soukromém. Vzhledem k tomu, že výpovědi těchto dvou skupin budeme mezi sebou porovnávat, považujeme za vhodné zaměřit se na další aspekty, ve kterých se tyto dvě skupiny liší.

Jedním z těchto aspektů je **věk**. Nejstarší respondentce ve skupině S bylo 51 let, nejmladší 25 let. Průměrný věk respondentek v této skupině byl 34 let.

Nejstarší respondentce ve skupině V bylo 60 let, nejmladší 30 let. Průměrný věk respondentek v této skupině byl 47 let.

	Nejvyšší věk	Nejnižší věk	Průměrný věk ve skupině
Skupina „S“	51 let	25 let	34 let
Skupina „V“	60 let	30 let	47 let

Tabulka 5 – Porovnání skupiny S a skupiny V z hlediska věku

Dalším aspektem je **délka praxe v centrech asistované reprodukce** i celková délka praxe. Ve skupině S byla nejdelší praxe v CAR 20 let a nejkratší 1 rok. Průměrná délka praxe v CAR byla v této skupině 5, 8 let.

Ve skupině V byla nejdelší praxe v CAR 17 let a nejkratší 1 rok. Průměrná délka praxe v CAR byla v této skupině 6, 8 let.

	<b>Nejdelší praxe v CAR</b>	<b>Nejkratší praxe v CAR</b>	<b>Průměrná délka praxe v CAR</b>
<b>Skupina „S“</b>	20 let	1 rok	5, 8 roku
<b>Skupina „V“</b>	17 let	1 rok	6, 8 roku

**Tabulka 6 – Porovnání skupiny S a skupiny V z hlediska délky praxe v CAR**

Nejdelší **celková praxe** byla ve skupině S 31 let a nejkratší 1 rok. Průměrná celková délka praxe byla v této skupině 11, 3 let.

Nejdelší celková praxe byla ve skupině V 38 let a nejkratší 7 let. Průměrná celková délka praxe byla v této skupině 24, 9 let.

	<b>Nejdelší celková praxe</b>	<b>Nejkratší celková praxe</b>	<b>Průměrná celková praxe</b>
<b>Skupina „S“</b>	31 let	1 rok	11, 3 roku
<b>Skupina „V“</b>	38 let	7 let	24, 9 roku

**Tabulka 7 – Porovnání skupiny S a skupiny V z hlediska celkové délky praxe**

Dalším aspektem, ve kterém se respondentky v jednotlivých skupinách mohou lišit, je **nejvyšší dosažené vzdělání**. Ve skupině S uvedly 4 respondentky za své nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské a 2 respondentky vyšší odborné.

Ve skupině V byly 3 respondentky vysokoškolsky vzdělané, 3 respondentky uvedly za své nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné a 2 respondentky středoškolské.

	<b>VŠ</b>	<b>VOŠ</b>	<b>SŠ</b>
<b>Skupina „S“</b>	4 respondentky	2 respondentky	0 respondentek
<b>Skupina „V“</b>	3 respondentky	3 respondentky	2 respondentky

**Tabulka 8 – Porovnání skupiny S a skupiny V z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání**

Dle našeho názoru je hlavním rozdílem mezi těmito dvěma skupinami jejich věkové složení. Respondentky pracující ve státních centrech asistované reprodukce jsou věkově starší (4 z 8 žen bylo nad 50 let), s delší celkovou praxí (nejkratší celková praxe byla v tomto souboru 7 let); žádná z respondentek z těchto center nebyla čerstvou absolventkou. Naopak respondentky ze soukromých center asistované reprodukce byly věkově spíše mladší.

Nemůžeme však zobecňovat, zda v soukromých centrech obecně pracují mladší ženy nebo zda ve výběrovém souboru máme mladší ženy proto, že byly ochotnější se výzkumu zúčastnit. Pouze v jednom soukromém centru jsme rozhovor realizovali se všemi přítomnými

sestrami, tak jako v centrech státních. V dalším soukromém centru nám vrchní sestra zprostředkovala kontakt pouze s jednou sestrou, která byla věkově mladší a mohla být vybrána právě kvůli předpokládané ochotě se výzkumu zúčastnit. Ve třetím centru se výzkumu zúčastnily dvě věkově mladší sestry, které se samy přihlásily.

S věkem respondentek rovněž souvisí jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Zatímco dříve bylo dostatečné vzdělání středoškolské určitého zaměření, v dnešní době je vyžadováno vzdělání vyšší. Od školního roku 2004/2005 byl na středních zdravotnických školách zrušen obor všeobecná sestra a chce-li absolvent pracovat ve zdravotnictví bez odborného dohledu, musí pokračovat ve studiu na vyšší odborné škole zdravotnické v oboru diplomovaná všeobecná sestra, nebo na vysoké škole s bakalářským studijním programem ošetřovatelství v oboru všeobecná sestra, případně porodní asistentka (Hubová, Michálková, 2012). Je tedy přirozené, že v centrech, kde je více starších žen, je také více těch, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Otázkou však zůstává, z jakého důvodu je více mladších žen ve skupině S, tedy ve skupině, ve které ženy pracují v soukromých zařízeních. Vzhledem k velmi nízkému počtu respondentek ve výběru, nemůžeme toto zobecňovat, bylo by tedy vhodné kvantitativně ověřit, zda je skutečně věkový průměr sester v soukromých centrech asistované reprodukce nižší než ve státních. Pokud tomu tak je, můžeme toto vysvětlit např. častější orientací soukromých zařízení na cizince a tedy nutností jazykové vybavenosti, která bývá větší u mladší generace. Zároveň předpokládáme, že výše platu bude vyšší u sester ze soukromých CAR a tedy je pravděpodobné, že sestry, které ukončí vzdělání a budou chtít nastoupit do práce, upřednostní soukromé CAR.

## 6. OVĚŘOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH TECHNIK - PŘEDVÝZKUM

Vzhledem k citlivosti tématu, kterým se zabýváme v první části výzkumu, jsme považovali za vhodné ověřit si pro tuto část vybrané metody a případně změnit otázky tak, aby byly položeny co nejcitlivěji a zároveň aby podněcovaly k co nejpodrobnějším odpovědím.

Při první fázi předvýzkumu jsme mluvili se ženou, 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 během rozhovoru měla a zda všem otázkám rozuměla. Poté jsme některé otázky upravili.

Druhá fáze předvýzkumu spočívala v rozhovoru se dvěma ženami, které nesplňovaly jedno z kritérií, které jsme si určili, a tedy nemohly být zařazeny do našeho výzkumného souboru. Jedna žena měla potíže s otěhotněním, ale již vlastní děti měla, tedy nebyla bezdětná. Druhá žena byla aktuálně nedobrovolně bezdětná, ale své obtíže zatím neřešila pomocí metod asistované reprodukce, které jsou v dnešní době považovány za nejefektivnější léčbu. 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.

V rámci druhé části výzkumu předvýzkum realizován nebyl. Vzhledem k menší citlivosti tématu jsme toto nepovažovali za stěžejní a rozhodli jsme se všechny sestry, které byly ochotny se výzkumu zúčastnit zahrnout do výzkumného souboru, abychom navýšili počet respondentek.

## 7. SBĚR DAT

V **první části výzkumu** probíhal sběr dat v období od dubna 2014 do září 2014. Některé respondentky se nám ozvaly samy poté, co jim byl našimi prostředníky předán kontakt, jiné respondentky jsme 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. Čtyři rozhovory probíhaly v kavárně, dva rozhovory probíhaly u respondentky doma, dva v restauraci, jeden v cukrárně, jeden v čajovně a jeden u výzkumnice doma. Uvědomujeme si, že data nebyla získávána ve standardizovaném prostředí, na druhou stranu si myslíme, že vzhledem k citlivosti tématu bylo výhodnější nechat volbu místa na respondentkách, díky čemuž se mohly během rozhovoru cítit komfortněji a ochotněji s námi sdílet své zkušenosti a prožitky.

V **druhé části výzkumu** probíhal sběr dat v období od července 2016 do října 2016. Ve čtyřech z pěti center, se kterými jsme spolupracovali, jsme se domluvili na realizaci rozhovorů s vrchní sestrou, v jednom centru se nám ozvaly jednotlivé sestry, které se samy rozhodly, že se do výzkumu zapojí. Těmto jsme telefonicky nebo emailem představili náš výzkum, sdělili jim základní informace týkající se realizace rozhovoru a domluvili si termín a místo setkání. Vrchní sestry nám domluvily rozhovory s dalšími sestrami na pracovišti. Všechny rozhovory probíhaly v centrech asistované reprodukce, ve kterých respondentky pracovaly.

Před zahájením rozhovorů se výzkumnice v **obou částech výzkumu** vždy představila, seznámila respondentku se svou prací a jejím účelem a zodpověděla případné dotazy. Všechny respondentky podepisovaly na začátku informovaný souhlas, ve kterém byly obeznámeny s nahráváním rozhovoru a s použitím sebraných dat k výzkumným účelům. Vzhledem k tomu, že se jednalo o rozhovor, nemohla být zajištěna anonymita účastníků, ale bylo přislíbeno, že jejich identita nebude známa nikomu dalšímu než výzkumnici. Z tohoto důvodu jsou také uváděná jména respondentek smyšlená. Respondentkám v první části výzkumu bylo zaručeno, že nahrávky rozhovorů ani jejich přepisy se nedostanou do rukou nikomu jinému než výzkumnici. 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.

**V první části výzkumu** byla průměrné délka rozhovoru 64 minut. Nejkratší rozhovor trval 36 minut, nejdelší 103 minut.

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, jejichž pořadí a přesné znění jsme však měnili v závislosti na dané situaci. 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.

Na závěr jsme se ujišťovali, zda jsme nevedli respondentky rozhovorem do stavu, který by potřeboval psychologickou péči. Kdyby tomu tak bylo, měli jsme v úmyslu akutní stav respondentek ošetřit (výzkumnice 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.

**Ve druhé části výzkumu** byla průměrné délka rozhovoru 31 minut. Nejkratší rozhovor trval 19 minut, nejdelší 67 minut.

Na začátku jsme respondentky ujistili, že na kladené otázky neexistuje správná ani špatná odpověď a že naším cílem je blíže porozumět jejich názoru a pohledu na danou problematiku. Rozhovor jsme započali asociacemi na podnětová slova (v našem případě se jednalo o slovní spojení), která úzce souvisela se zkoumaným tématem. V případě, že respondentka odpověděla, že neví, jedenkrát jsme ji povzbudili, že může říct opravdu cokoli, ale pokud nezareagovala ani v takovémto případě, přešli jsme k dalšímu slovnímu spojení.

Dále jsme respondentkám kladli předem připravené otázky, které jsme však modifikovali v závislosti na kontextu rozhovoru. Pokládané otázky jsou uvedeny v příloze.

Demografické a identifikační otázky jsme zjišťovali na konci rozhovoru, tak jak to doporučuje Hendl (2008). Hendl (2008) předpokládá, že tyto otázky jsou nezajímavé a jejich umístění v počátku rozhovoru by mohlo vést k nižší motivaci respondentek odpovídat.



## 8. ANALÝZA DAT

Tato kapitola se věnuje analýze dat, která jsme získali prostřednictvím rozhovorů a metodou slovních asociací.

### 8.1. Analýza rozhovorů

Fázi zpracování dat jsme zahájili tím, že jsme přepsali všechny rozhovory, které jsme měli nahrány na diktafon. Do přepisovaného textu jsme do závorek uváděli poznámky zachycující nonverbální chování respondentek, např. smích. 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 obecnější 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.

#### 8.1.1. Výsledky analýzy rozhovorů v první části výzkumu

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

Kategorie v první části výzkumu, jsou následující:

- Význam rodičovství
- Role emocí
- Život bez vlastních dětí
- Nedobrovolná bezdětnost v partnerství
- Důsledky nedobrovolné bezdětnosti ve vztahu
- Role sociálního okolí
- Léčba neplodnosti v CAR
- Vyhledávání pomoci odborníků na psychické zdraví

#### 8.1.1.1. Význam rodičovství

Do této kategorie jsme zařadili takové odpovědi, které zachycovaly, jaký význam má pro respondentky rodičovství, co pro ně znamená být 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; rodičovství spojovaly se svou hodnotou. V dítěti viděly přesah své vlastní existence - to, co tady po nich zůstane, až ony nebudou.

*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.“*

*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.“*

##### **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.“*

*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.

Anežka: „*Je fajn, že se o někoho může starat.*“

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; oproti ženám s dětmi si připadaly méněcenné.

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.*“

Beáta: „*Všichni čekali, že po svatbě bude dítě ... další přirozený krok.*“

### **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 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.

Anděla: „*Očekávala jsem, že by nás nějak stmelily. (...) Myslím, že bychom to manželství asi udrželi, když by bylo toto, 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.*“

Běta: „*když nejsou ty děti, jakoby ty dva nic nedrželo, není důvod, proč být spolu.*“

### 8.1.1.2. 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 náročné a 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. Jejich hněv směřoval na sebe sama, někdy však také na partnera, lékaře či na sociální okolí. Strach mívaly ženy z toho, že se jim nikdy otěhotnět nepodaří; smutek většinou prožívaly v souvislosti se svým životem, který bez dítěte nevnímaly jako hodnotný; bezdětnost považovaly za své selhání. Patrná byla rovněž sebelítost, která vyplývala z myšlenek „proč zrovna ony tyto potíže mají“.

Objevoval se rovněž motiv viny a hledání viníka; ženy obviňovaly nejčastěji sebe či svého partnera, což mělo negativní vliv na jejich vztah.

*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.“*

*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 emocionalitu. 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 hysterické scény.“*

*Brigita: „Hlavně nálady vlivem těch hormonů byly jak na houpačce, jak kdyby měl člověk maniodepresivní psychózu.“*

## 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.

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.“*

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 přiznávaly, že v tomto období byly jejich emoce jen obtížně ovladatelné a ony často reagovaly přehnaně. Terčem jejich negativních emocí byl většinou právě partner.

Amálie: *„Problém v partnerském 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 blbých důvodů?“*

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. Těhotným ženám a ženám s malými dětmi se vyhýbaly, protože jim

připomínaly, že jim dítě chybí. Vůči těhotným ženám cítily závist a hněv, což vedlo často k výčitkám svědomí - respondentky považovaly tyto emoce za nepatřičné a obviňovaly se z toho, že je cítí, což vedlo k dalšímu prohlubování negativních emocí.

Amálie: „*Takové ty stavy, kdy vám někdo oznámí, že je těhotný, čeká dítě. Taková ta lítost, že to třeba nikdy nepoznáte, že to třeba nebude nikdy. (...) Když mi někdo oznámil, že je těhotný, cítila jsem závist, proč ona jako a já ne – klasika. Nechtěla jsem to cítit.*“

Broňa: „*Je to pro mě těžký doted', když vidím, že někdo v mém okolí otěhotní, tak to je pro mě pořád jako těžký. Nevím, je to takové 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.*“

### **Emoce a věk**

Jedna respondentka ze skupiny A a tři respondentky ze skupiny B zmiňovaly, že jejich věk hrál významnou roli v emočním zvládnání 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.*“

Beáta: „*Snažíme se to brát v klidu, ale jak ten věk přibývá, tak je ten tlak vnitřní i od okolí silnější.*“

#### **8.1.1.3. Život bez vlastních dětí**

Pod tuto kategorii jsme zařadili výroky, které se 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 jinou životní náplň, ale není podle nich jednoduché najít něco, co by jim rodičovství vynahradilo. Alternativy nepovažovala většina žen za rovnocenné s mateřstvím. Respondentky volily často jako alternativu další studium (3 respondentky), 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. Zmíněné aktivity ženám někdy pomáhaly již během samotného období nedobrovolné bezdětnosti. Přinášely jim rozptýlení, životní náplň, a tak mohly díky nim svou situaci lépe zvládat.

*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“*

*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.“*

## **Náhradní rodinná péče**

Možnost náhradní rodinné péče vnímaly respondentky často jako střední cestu mezi vlastním dítětem a životem bez dětí. Viděly v ní jeden ze způsobů, jak naplnit svůj život, považovaly ji za složitější cestu, jak se stát rodičem a realizovat své představy s tím spojené. Všechny respondentky ze skupiny A o této variantě uvažovaly, ne všechny ji však vyhodnotily jako vhodnou. Adéla a Amálie podstoupily adopční řízení, ale než dostaly dítě, otěhotněly. Agáta se rozhodla, že dítě s partnerem neadoptují. Anežka a Anděla by dítě rády adoptovaly, ale jejich partner s tím nesouhlasil.

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

*Běta: „Já nad tím uvažovala, ale mému 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 jasné, že na výchovu dětí musí být dva a to hlavně na výchovu adoptovaného dítěte, které přijde s nějakou genetickou výbavou, nějakými návyky. 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.“*

### **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 s partnerem jeden druhému. Je zde určitá svoboda a volnost. Přestože si respondentky uvědomovaly tyto zdánlivé „výhody“, zmiňovaly, že ony samy je jako výhody nepocítují.

*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.“*

*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.“*

#### **8.1.1.4. 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 početí dítěte.

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.“*

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 v takové míře, v jaké by si přály. Vzhledem k tomu, že léčbou neplodnosti je zasažena především žena, respondentky podporu od svého partnera očekávaly. Mnohé z nich měly pocit, že je to poprvé, kdy ji od partnera potřebují, a proto vnímaly tento moment jako stěžejní, zda jim muž podporu 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.“*

Pro Andělu a Brigitu zpočátku také, ale podpora partnera podle obou žen časem slábla. 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 byla 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 na řešení situace 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 spokojenost ve vztahu. Respondentky často uváděly jako příčinu tendenci „hledat viníka“ či úzké zaměření se na snahu otěhotnět, která, je-li neúspěšná, vede ke snížení spokojenosti osobní i 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.“

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.“

### **Partner se tolik netrápí**

Respondentky připouštěly, že nedobrovolná bezdětnost je obtížná také pro jejich partnery, ale často měly pocit, že ony se touto skutečností trápí více než on. 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.“

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.“

Dle jedné respondentky ze skupiny A však vztah kvůli bezdětnosti skončil, mimo jiné proto, že pro jejího partnera bylo rodičovství příliš významné.

Anděla: „To dítě bylo hlavním důvodem toho rozchodu.“

## **Sdílení s partnerem**

Respondentky se shodovaly, 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 tyhle ty 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.“*

U Brigity se komunikace ve vztahu vyvíjela - nejprve spolu s partnerem mluvili 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.“*

### **8.1.1.5. 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 jejich 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 prošli, 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 „zkouška vztahu“ – měly pocit, že když společně s partnerem zvládli toto období, už spolu překonají všechno. Díky této zkušenosti pokládaly vztah za vřelejší, hlubší, měly pocit, že funguje a byly si v něm jistější.

*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.“*

*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 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 nepochopení 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.

*Anežka: „Tím ten vztah taky svým způsobem utrpěl. Myslím, že kdybychom měli děti od začátku, víc by nás to stmelilo, byli bychom pružnější, myslím si, že by se manžel víc zapojil, ještě by nebyl zajetý v těch kolejkách, 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 pro jejich vztah složité, všechny respondentky ze skupiny A a pět respondentek ze skupiny B uvedlo, že díky této zkušenosti si uvědomily, že by byly schopné žít v partnerství i bez vlastního dítěte, že by s partnerem našli 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 jiného.“*

*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 uvědomujeme 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.“*

## **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.

*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 nepřijdou jako problém vyřešit.“*

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.“*

#### 8.1.1.6. Role sociálního okolí

Respondentky uváděly, že sociální okolí mělo významný vliv na zvládnání tohoto obtížného životního období. Podporu okolí nebo naopak její nedostatek prožívaly velmi intenzivně. V této kategorii zmíníme oblasti, které v této souvislosti vnímaly respondentky jako stěžejní.

##### Podpora rodiny a přátel

Čtyři respondentky ze skupiny A a čtyři ze skupiny B se shodovaly, že kromě partnera je nejvíce podporovala jejich rodina a nejbližší přátelé. Právě tyto lidé jim pomáhali nelehké období zvládnout – podporovali je v jejich rozhodnutí, pomáhali jim s praktickými věcmi, společné zážitky jim přinášely do života radost.

*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.“*

*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.“*

##### 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, byl-li někdo ochotný jim trpělivě naslouchat. Kromě partnera sdílely své pocity většinou s rodinou a přáteli, případně se ženami, které měly stejnou zkušenost; u žen se stejnou zkušeností, oceňovaly, že vědí, o čem mluví, že se na sebe dokážou dobře naladit a prostřednictvím společného sdílení zjišťují, že jejich pocity jsou v dané situaci normální.

*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.“*

*Beáta: „Vím, že ta jedna z těch kolegyně to aktivně řeší podobně jako my a nějak to nevychází. (...) Je to dobrý, když se sejdeme, 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.“*

### **Okolí dělalo, co dělat nemělo**

Čtyři respondentky ze skupiny A a pět respondentek ze skupiny B se setkala ve svém okolí nejen s podporou a s pochopením, ale také s lidmi, kteří jim jejich náročnou situaci ztěžovali. Jako nejvíce zatěžující vnímaly respondentky nevhodné poznámky okolí (3 respondentky), 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. Zmiňovaly, že není možné se na problém nesoustředit, když musí stále řešit praktické věci s tím spojené. Jiné (3) zase vyváděly z míry malicherné problémy, které řešili ostatní.

*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 jinému, protože vy už je nebudete potřebovat.“*

*Broňa: „Všichni mě štváli těmi řečmi, 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 slibují to, co nemůže být, 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 takové 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.“*

#### **8.1.1.7. Léčba neplodnosti v CAR**

Vzhledem k tomu, že všechny respondentky nedobrovolnou bezdětnost řešily ve zdravotnickém zařízení a devět z nich podstoupilo léčbu metodami asistované reprodukce, budeme se v této kategorii zabývat jejich pohledem na průběh léčby v CAR. S léčbou neplodnosti nepochybně souvisí také její emoční náročnost, čemuž jsme se však věnovaly již v kategorii „Role emocí“, a proto tento aspekt léčby na tomto místě již uvádět nebudeme.

### **Přístup zdravotníků**

Tři respondentky ze skupiny A a tři 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; měly pocit, že na ně není dostatek času. Zraňující pro ně byly také poznámky na jejich vysoký věk, na který byly někdy lékaři nevhodně upozorňovány. Tyto okolnosti měly negativní vliv na jejich psychický stav a stěžovaly jim zvládnání tohoto náročného období.

*Adéla: „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, budeme proto dělat maximum.“*

*Broňa: „Jinak jsem se až na tuhle sestru nesečkala s tím, že by byli přímo nepřítelští, 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 vyprávět. 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.“*

Dvě respondentky oceňovaly, když k nim zdravotníci přistupovali individuálně, neformálně a když jim vyjadřovali podporu.

*Anděla: „Já myslěla, že jsem stará, že to nedokážu a on mi řekl: vy to donosíte a my to porodíme. V tu chvíli mi strašně pomohl.“*

### **Prostředí centra asistované reprodukce**

Jedna respondentka ze skupiny B uvedla, že se necítila dobře v prostředí centra asistované reprodukce.

*Barbora: „Ty prohlídky u toho doktora, tam je to docela sadistický prostředí, jak tam sedíte před tím CAR a vedle sedí ty ženy s těma bubnama. Tam je to šílený.“*

### **Fyzická náročnost**

Dvě respondentky ze skupiny A a tři ze skupiny B zmiňovaly fyzickou náročnost léčby. Měly pocit, že léčba velmi zatěžuje jejich organismus a obávaly se zdravotních následků.



Amálie: „*Nechci si zhuntovat tělo hormonama, abych měla v padesáti rakovinu vaječníků nebo něčeho.*“

Beáta: „*Každý den do sebe pořád dostávám látky, které jsou k ničemu. To IVF je úplně ukázkové. Naperete do sebe tolik injekcí, a pak vidíte, že je to k ničemu.*“

### **Finanční náročnost**

Ačkoliv je do určitého věku ženy velká část léčby neplodnosti v CAR hrazena pojišťovnou, je nutné nemalé částky doplácet. Finanční zátěž vnímaly dvě respondentky ze skupiny A a dvě ze skupiny B jako další stresor, se kterým se musely ony i jejich partner potýkat. Agáta: „*Myslím, že chlapi to řeší i tady z toho úhlu, že spousta peněz odešla a efekty to nemá.*“

### **Časová náročnost**

Dvě respondentky ze skupiny A uvedly, že na léčbě v CAR, je velmi zatěžující její časová náročnost. Nejen ve smyslu frekvence, se kterou musí do centra docházet, ale také z hlediska dlouhodobosti léčby.

Agáta: „*Většinou se to dlouho vleče. Čeká se tam pořád na nějaké cykly, odstup mezi tím musí být, do toho může přijít nějaká operace a najednou uteče pár let a člověku je přes čtyřicet.*“

### **Alternativní metody léčby**

Ačkoliv alternativní metody léčby neplodnosti, jako je např. čínská medicína, akupunktura či cvičení dle Mojžíšové nebyvají běžně používány v CAR a ani se obvykle pacientkám nedoporučují, čtyři respondentky ze skupiny A a čtyři ze skupiny B uvedly, že samy některý z alternativních způsobů léčby vyzkoušely. Některým ženám lékaři doporučili lázně, jiné však uvedly, že ani k tomuto nebyli zdravotníci příliš naklonění.

Adéla: „*Ale když jsem požádala lékaře o vypsání žádosti na lázně, tak jsem měla pocit, že to platí ze svého. Vyvracel mi to, že to v mém případě nemá smysl a že to k ničemu nepomůže.*“

Barbora: *Zkoušela jsem čaje, cvičení podle Mojžíšový, vitamíny.*“

#### **8.1.1.8. Vyhledání pomoci odborníků na psychické zdraví**

Dvě respondentky ze skupiny A a čtyři ze skupiny B se během tohoto období rozhodly vyhledat pomoc odborníka na psychické zdraví, od kterého očekávaly, že jim pomůže situaci

zvládnout. Vyhledávaly buď pomoc farmakologickou nebo psychologickou nebo obě formy pomoci kombinovaly.

Respondentky, které vyhledaly psychologickou pomoc, se částečně překrývaly s těmi, které užívaly psychofarmaka - čtyři respondentky využívaly obě formy pomoci, jedna docházela pouze k psychologovi, jedna užívala jen psychofarmaka.

### **Užívání psychofarmak**

Jedna respondentka ze skupiny A a čtyři respondentky ze skupiny B uváděly, že v určitém období během léčby neplodnosti užívaly psychofarmaka - antidepresiva nebo anxiolytika. Respondentky se shodovaly, že léky začaly brát až ve chvíli, kdy považovaly své emoční stavy za nezvladatelné. Pouze jedna respondentka užívala psychofarmaka, aniž by zároveň docházela k psychologovi.

Amálie: *„Jo, když jsem trpěla nespavostí, pak mi napsal známý antidepresiva na 4 měsíce.“*

Blanka: *„Úplně jsem se sesypala a musela jsem začít brát Cipralex, podruhé v životě. Špatně jsem spala, měla jsme příznaky nervového vyčerpání.“*

### **Psychologické péče**

Psychologickou péči v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností vyhledaly dvě respondentky ze skupiny A a tři respondentky ze skupiny B. Čtyři respondentky uvedly, 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 nějakém 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 přátelima 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.“*

Jedna respondentka měla pocit, že jí návštěva terapeuta 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.*“

### **Pomoc odborníků na psychické zdraví nevyhledaly**

Tři respondentky ze skupiny A a dvě ze skupiny B uvedly, že i přes negativní emoce, které během nedobrovolné bezdětnosti a její léčby zažívaly, psychologickou pomoc nevyhledaly. Jako důvod uváděly nedůvěru v účinnost psychoterapie; nedostatek času – svůj čas raději investovaly do léčby neplodnosti v CAR a do alternativních metod; nepovažovaly svou situaci za tolik vážnou nebo uváděly, že v době, kdy neplodnost řešily, nebývala psychologická péče běžná.

Adéla: „*Já všechny ty psychologický techniky a postupy jako neznám, ale on někdy takový kamarád nebo práce v lese je možná lepší než psycholog. Asi kdybych tam docházela, tak bych to neměla ani kam časově nacpat přes ty své alternativy.*“

Některé respondentky však připouštěly význam psychického stavu v problematice neplodnosti, i když samy psychologickou pomoc nevyhledaly. Jedna respondentka uvedla, že o návštěvě psychologa uvažovala, ale odmítala docházet k psychologovi pracujícímu přímo v CAR. Domnívala se, že by ji tamější psycholog vedl k takovým rozhodnutím, která by nebyla prospěšná pro ni, ale vedla by k většímu zisku centra.

Brigita: „*Oni vás budou poslouchat, ale zároveň podvědomě vám budou říkat, že příště to vyjde. Spíš člověk potřebuje otevřít oči a říct jako v uvozovkách zastav se nebo se zblázníš. A to vám ten psycholog, který je najmutý tou agenturou nikdy neřekne. Teda myslím si to. Pro ně by to prostě přestalo být výhodný. (...) Je to hroznej business, taky tak vnímám ty jejich psychology.*“

#### **8.1.1.9. Tabulky zachycující četnosti odpovědí vyskytujících se v jednotlivých kategoriích**

	Skupina A	Skupina B	Celkem
<b>Dítě jako smysl života</b>	5	4	9
<b>Nové podněty</b>	3	4	7
<b>Potřeba o někoho pečovat</b>	4	2	6
<b>Je „normální“ mít dítě</b>	2	5	7
<b>Soudržnost partnerství</b>	4	3	7

**Tabulka 9 - 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
Vyšší věk, obtížnější zvládnání	1	3	4

Tabulka 10 - 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 11 - Četnosti odpovědí v kategorii „Život bez vlastních 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
Partner se tolik netrápí	2	4	6
Vyhovující sdílení s partnerem	2	3	5

Tabulka 12 - 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 13 - 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

Tabulka 14 - Četnosti odpovědí v kategorii „Role sociálního okolí“

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Nespokojenost s přístupem zdravotníků	3	3	6
Nespokojenost s prostředím CAR	0	1	1
Fyzická náročnost	2	3	5
Finanční náročnost	2	2	4
Časová náročnost	2	0	2
Alternativní metody léčby	4	4	8

Tabulka 15 - Četnosti odpovědí v kategorii „Léčba neplodnosti v CAR“

	Skupina A	Skupina B	Celkem
Užívání psychofarmak	1	4	5
Psychologická péče	2	3	5
Pomoc odborníků na psychické zdraví nevyhledaly	3	2	5

Tabulka 16 - Četnosti odpovědí v kategorii „Vyhledávání pomoci odborníků na psychické zdraví“

### 8.1.2. Výsledky analýzy rozhovorů v druhé části výzkumu

V této kapitole se budeme věnovat odpovědím sester pracujících v centrech asistované reprodukce.

Kategorie v druhé části výzkumu jsou následující:

- Význam psychosociálních aspektů neplodnosti
- Obtíže spojené s léčbou neplodnosti
- Psychologická péče v centrech asistované reprodukce
- Péče o psychické potřeby pacientek ze strany zdravotníků
- Překážky v péči o psychické potřeby pacientek
- Vhodná zlepšení v péči o psychické potřeby pacientek
- Příprava sester na péči o psychické potřeby pacientek
- Zdroje psychické energie

#### 8.1.2.1. Význam psychosociálních aspektů neplodnosti

V této kategorii se zaměříme na výpovědi respondentek, které se týkají významu psychických a sociálních aspektů v problematice neplodnosti a její léčby.

## **Psychický stav jako jedna z příčin neplodnosti**

Všechny respondentky se domnívaly, že psychický stav může být jedním z aspektů, které na plodnost působí a může ji tedy i snižovat. Názory sester se však odlišovaly v míře významu, který psychickým aspektům připisovaly. Některé (5 respondentek) se domnívaly, že potíže s plodností jsou u mnoha žen převážně psychického charakteru.

Vlasta: *„No, já vždycky říkám, že nemoc je v hlavě, že 90% u téhle problematiky je prostě v hlavě.“*

Vendula: *„Kdyby byla ve větší psychické pohodě, tak by to třeba klaplo.“*

Jako příklady významu psychického stavu uváděly respondentky časté otěhotnění žen poté, co se objednaly do CAR (4) nebo poté, co adoptovaly dítě (1); či přirozené otěhotnění s druhým dítětem poté, co se o první dlouhodobě snažily v CAR (1).

Valerie: *„A často se nám i stane, že se k nám objednají, že nemohou dlouho těhotnět a než se k nám dostanou, tak zavolají, že otěhotněly.“*

Respondentky uváděly jako možné příčiny neplodnosti prožívaný stres (6) či ambivalentní postoj k rodičovství (2).

Vanda: *„Možná jsme tady, že chceme děti, ale ve skutečnosti vůbec nechceme.“*

Dle názoru některých respondentek (9) mohou ženy pravděpodobnost otěhotnění zvýšit, budou-li se snažit na problém s plodností nemyslet, např. když odvedou svou pozornost k něčemu jinému.

Soňa: *„My takovým těm zoufalkyním říkáme, ať si to zakážou, že nechtějí otěhotnět. Ať jdou k nám jen proto, že nás rádi vidí. Ať to jdou jenom zkusit. Ať se zaměří na něco, proč to třeba zrovna teď nejde. (...) Když si tohle řeknou v hlavě, tak ta hlava se trochu přepne, myslí na něco jiného. (...) A ta hlava. Je to většinou i v hlavě. Ta hlava se přepne a ony přijdou těhotné.“*

## **Sociální aspekty jako příčina neplodnosti**

Jedna respondentka ze skupiny S a šest respondentek ze skupiny V rovněž zmiňovaly význam sociálního prostředí v potížích s plodností. Jako stěžejní vnímaly tlak společnosti odkládat rodičovství do vyššího věku (6), ale uváděly také potíže v partnerském vztahu (1) nebo stresový způsob života (1).

Vilma: „*No, tak dejme tomu současný způsob života stresovej, celý ten sociální systém, který sune to rozmnožování do vyššího věku. Ta příroda ... furt fungujeme po staru, ale to sociální nás tlačí do těhotenství po třicítce, což prostě nefunguje. To tak prostě je.*“

### **Neplodnost jako komplexní problém**

Tři respondentky ze skupiny S a dvě ze skupiny V vnímaly neplodnost jako komplexní problém, který zahrnuje nejen somatickou stránku člověka, ale má také aspekty psychické a sociální. Zmiňovaly, že při léčbě je užitečný holistický přístup a zdůrazňovaly nutnost nazírat na člověka jako na biopsychosociální jednotu. Jedna respondentka zmínila, že léčba neplodnosti by se měla primárně věnovat psychickému stavu pacientek.

Vilma: „*Je to propojený, prostě hlava a tělo se nedá od sebe jakoby odtrhnout. Funguje to dohromady.*“

### **Význam psychického stavu v úspěšnosti léčby**

V souladu s převažujícím názorem, že psychický stav souvisí s plodností ženy, se většina sester (šest ze skupiny S a sedm ze skupiny V) shodovala, že psychický stav může ovlivnit úspěšnost léčby. Toto zdůvodňovaly např. lepším fungováním hormonů, je-li člověk v psychické pohodě nebo naopak zvýšenou chybovostí při dodržování doporučených postupů, je-li žena ve stresu.

Vilma: „*Když je člověk klidný a tu hlavu nemá vystresovanou, tak nám ty hormony fungují líp.*“

#### **8.1.2.2. Obtíže spojené s léčbou neplodnosti**

Respondentky si uvědomovaly psychickou zátěž, kterou léčba neplodnosti v CAR pro pacientky představuje. Zdrojem stresu může dle nich být nejen léčba jako taková, ale také další okolnosti s ní spojené, které mohou negativně působit na psychický stav žen a mohou mít nežádoucí dopady na jejich sociální okolí. Tuto kategorii považujeme za významnou z hlediska schopnosti sester uvědomit si psychickou náročnost léčby a naladění se na potřeby pacientek, což je dle našeho názoru předpokladem pro poskytování adekvátní psychické podpory. Uvedeme zde oblasti, které jsou dle sester pro pacientky během léčby zatěžující.

#### **Negativní pocity spojené s léčbou**

Šest respondentek ze skupiny S a pět ze skupiny V uvedlo, že pacientky zažívají během léčby intenzivní negativní emoce, které dávaly do souvislosti s vlivem podávaných hormonů,

ale také s upínáním se na léčbu - s velkou nadějí, kterou do léčby vkládají a se zklamáním, které přichází, zažívají-li neúspěchy.

Stella: „*Vnáší do toho všechno, skáčou do toho rovnýma nohama a říkají si: musí to vyjít, proč by to nevyšlo? Když to nevyjde, strašný smutek.*“

### **Neplodnost jako stigma**

Tři respondentky ze skupiny S a pět respondentek ze skupiny V zmínilo, že pro ženy bývá náročné, považují-li léčbu v CAR za své selhání v roli ženy; stydí se za ni a před okolím ji tají.

Sandra: „*Ale pak i to, že jako ženská selhala v podstatě. Že to přirozenou cestou nejde a že si k tomu musí pomoci tím IVF.*“

### **Opakované neúspěchy**

Čtyři respondentky ze skupiny S a šest respondentek ze skupiny V uvedlo, že psychický diskomfort pacientek narůstá, jsou-li neúspěchy opakované. Dle některých (7) souvisí s dlouhodobou neúspěšností léčby nespokojenost pacientek s poskytovanou péčí, což spojovaly s psychickou nepohodou a tendencí „hledat viníka neúspěchu“. Důsledkem tohoto dle některých sester (5) bývá, že dlouhodobě neúspěšné pacientky mají tendenci centra měnit.

Vilma: „*Nejhorší je to pro ty lidi, který jdou na třetí IVF, čtvrté IVF a ono se to nedaří.*“

### **Zátěž pro vztah**

Pět respondentek ze skupiny S a sedm ze skupiny V považovalo léčbu neplodnosti v CAR za značně náročnou pro partnerský vztah svých pacientek. Často dle nich dochází během léčby k problémům v partnerství, někdy až k rozpadu vztahu.

Dle názoru některých (2) léčba rovněž negativně ovlivňuje sexuální život partnerů.

Václava: „*Na tom muži je vidět, že je tady prostě na nátlak, že má podmínku, že prostě ta žena mu dala nůž na krk, že on teda musí jednou přijít, musí souhlasit s léčbou, musí se nechat vyšetřit. A na tom ztroskotá první návštěva, on všechno odmítá, neguje, on je zdravý, nechce být vyšetřen.*“

Vilma: „*Pro celý pár je nejobtížnější to časování, to že mají dělat něco na povel, prostě ten sex má být příjemná záležitost a to, že to plánujeme, to spoustu párů...to může i ten pár rozeštvat.*“

### **Nepochopení sociálního okolí**

Pro pacientky bývá dle tří sester ze skupiny S a čtyř ze skupiny V psychicky náročný případný nesouhlas sociálního okolí s léčbou nebo naopak tlak na brzké založení rodiny.



Soňa: „*A takové ty otázky třeba: už je ti 30, je ti 35, jak to, že nemáš ještě dítě? I rodiče občas tlačí: my nemáme vnoučata, už bys mohla nebo už byste mohli.*“

### **Časová náročnost léčby**

Dle pěti respondentek ze skupiny S a tří ze skupiny V bývá pro pacientky dyskomfortní časová náročnost léčby. Ženy musí do centra docházet relativně často a obvykle také dlouho čekají, což pro většinu z nich znamená nutnost uvolnit se z práce.

Veronika: „*Myslím, že časová náročnost. V zaměstnání je to asi velice těžký. Vykličkovat ty návštěvy tady a většina teda z nich to tají v zaměstnání, protože mají strach, že by přišly o místo. Tak tohle si myslím, že je těžký.*“

### **Léčba bývá dlouhodobá**

Za psychicky náročné považovala jedna sestra ze skupiny S a čtyři sestry ze skupiny V dlouhé období mezi započítáním léčby a jejím úspěchem a nejistotu, zda léčba úspěšná skutečně bude.

Veronika: „*Ten čas letí, spousta žen přijde na poslední chvíli a myslí si, že přijdou a za dvě návštěvy bude vše vyřešeno a ono ne vždy je to tak. Pak je to velký psychický tlak, no.*“

### **Přibývající věk ženy**

Jedna respondentka ze skupiny S a pět respondentek ze skupiny V uvedlo, že vzhledem k časové náročnosti léčby a klesající fertilitě ženy s narůstajícím věkem, bývá také toto pro ženy náročné. Sestry reflektovaly, že starší pacientky obvykle léčbu hůře prožívají a nelibě nesou, upozorní-li je lékař na výši jejich věku a pravděpodobnost početí s tím spojenou.

Václava: „*Ty ženy to jinak prožívají, když se tady snaží o těhotenství ve 25 nebo ve 30 a jinak ve 45. (...) Ta žena je prostě za zenitem. Ta žena je plodná jedním nebo dvěma, třemi procenty oproti té ženě, která sem přijde v těch 25. (...) A čím je ta žena starší, tím je to všechno těžší.*“

Vanda: „*Čím víc se to blíží té 40, kde je ta hranice, kdy řeší ty finance v rámci toho, protože ta pojišťovna to neproplácí, tak pak už je to teda čirý zoufalství.*“

### **Finanční náročnost léčby**

Ačkoliv je léčba v CAR částečně hrazena zdravotními pojišťovnami, bývá nutné, aby nemalé částky platily pacientky samy, což bývá dle dvou sester ze skupiny S a tří ze skupiny V pro mnohé zdrojem psychické nepohody. Některé z nich si musí brát půjčky či si půjčují od známých – neúspěch je v těchto případech prožíván ještě obtížněji.

Veronika: „*Pak taky finanční stránka. Nejsou všichni dobře postavení sociálně, jsou páry, kdy se na to skládá celá rodina.*“

Vanda: „*Pak záleží na finanční stránce věci. Jsou tady lidi, kteří mají i půjčky. A pak když vidíte, že si vezmou třeba třetí půjčku a vezmete ty peníze a ve chvíli, kdy volá ta paní, jestli se to povedlo nebo ne, tak vidíte, že ona otevře to okno a vyhodí ty peníze z toho okna.*“

### **Aplikace injekcí**

Dle dvou respondentek ze skupiny S a šesti ze skupiny V bývá pro některé ženy stresující nutnost aplikovat si injekce.

Vendula: „*To není snadný píchat si každý den nějaké injekce, pro ty lidi je to šokující třeba.*“

### **8.1.2.3. Psychologická péče v centrech asistované reprodukce**

Jak bylo zmíněno výše, respondentky se domnívaly, že psychický stav pacientek má v problematice neplodnosti určitý význam, a proto se snaží zajistit, aby pacientky byly v dobrém psychickém stavu. Psychologická péče byla nejčastěji uváděným způsobem, jak případnou psychickou nepohodu žen v CAR řešit. Domnívala-li se sestra, že by pacientka takovouto péčí potřebovala, doporučila jí návštěvu psychologa. Mezi centry byl však značný rozdíl ve spolupráci s psychology, za kterými měly možnost ženy posílat a ne vždy byly sestry s možnostmi svého centra spokojeny.

Sestry na psychologické péči oceňovaly zejména příspěvní ke zklidnění, možnost se „vypovídat“ a sdílet obavy. Jedna respondentka uvedla, že psychologickou pomoc potřebují zejména ty pacientky, kterým se v léčbě dlouhodobě nedaří.

### **Psycholog v CAR**

Tři respondentky ze skupiny S a tři ze skupiny V uváděly, že v CAR, ve kterém pracují, mají psychologa, ke kterému mohou pacientky posílat. Ačkoliv toto byla nejužší spolupráce s psychologem, kterou respondentky uváděly, ne vždy byly spokojeny s frekvencí, s jakou psycholog do centra docházel (2) nebo s jeho spoluprací s lékařským týmem (3).

Saša: „*Určitě v rámci toho by bylo dobré využívat nějakého psychologa, který by řešil jen ten psychický stav. Jak říkám, je to polovina úspěchu. U nás tenhle způsob funguje a ty klientky jsou s tím daleko spokojenější. Díky tomu máme daleko lepší výsledky.*“

### **Kontakty na psychology, kteří se problematikou neplodnosti zabývají**

Tři respondentky ze skupiny S a tři ze skupiny V zmiňovaly, že psychologa sice nemají přímo v centru, ale spolupracují s psychology, kteří se problematikou neplodnosti zabývají a na ty předávají kontakty svým pacientkám.

Vlasta: *„Takže když vidíme, že je třeba plačtivá, že to my tady nezvládneme úplně, tak jí doporučíme, aby se obrátila na nějakou psychologickou poradnu. A dáme jí kontakt.“*

### **Kontakty na psychology nemají**

Dvě respondentky ze skupiny V uvedly, že psycholog v centru nepracuje a ani nemají kontakty, kam by mohly ženy odesílat. Toto považovaly za značný nedostatek.

Vilma: *„Nemáme konkrétní místo, kam je posílat, koho jim doporučit. Oni se samozřejmě ptají, koho doporučujeme a to my nemáme.“*

#### **8.1.2.4. Péče o psychické potřeby pacientek ze strany zdravotníků**

V této kategorii uvedeme pohled sester na možnosti zdravotníků pečovat o psychické potřeby pacientek. Respondentky si uvědomovaly, že zdravotníci působí na psychický stav pacientek zejména svým přístupem k nim, často proto uváděly, jaký by jejich přístup měl být.

#### **Výhody zdravotníků**

Dvě respondentky ze skupiny V uvedly, že sestry v CAR mohou být někdy ve zlepšení psychického stavu pacientky prospěšnější než psychologové, protože znají její minulost, vědí, čím si prošla a na rozdíl od mnoha psychologů se orientují v problematice neplodnosti a vědí, co léčba v CAR obnáší.

Vanda: *„Ani by nemuseli být psychologové, že by je tam posílali, ale kdyby každá sestřička seděla v samostatné místnosti nebo někde soukromě, tak si myslím, že by těm ženám pomohlo, když si popovídáte s někým, kdy oni mají pocit, že tomu rozumíte, nejste psycholog, ale víte o čem to je. Víte, co ta žena zažila, co má za sebou, Víte, co ji čeká.“*

#### **Nedostatečné kompetence**

Dvě respondentky ze skupiny S a dvě ze skupiny V naopak uváděly, že samy sebe považují za nekompetentní se ženou její psychické potíže řešit.

Václava: *„Ale my nejsme psychologové, my neumíme rozlišit, co ta žena potřebuje, jakým způsobem jí pomoc.“*

### **Přístup zdravotníků a důvěra pacientek**

Jedna respondentka ze skupiny S a čtyři respondentky ze skupiny V uvedly, že péče o psychický stav pacientek ze strany zdravotníků přispívá ke zlepšení vztahu mezi ní a zdravotníkem a zvyšuje důvěru v léčbu.

Soňa: „*Musíte trochu navodit důvěru, aby ten člověk, který sem přijde, aby vám trošku věřil, když vám bude věřit, tak tady vznikne přátelská atmosféra.*“

### **Prostor ke sdílení**

Všechny respondentky uváděly potřebu pacientek se vypovídat, zmiňovaly, že ženy potřebují, aby jim někdo aktivně naslouchal, aby měly čas a prostor ke sdílení svých pocitů.

Stella: „*Tak kolikrát si vezmu pacientku stranou a říkám, pustě to, vyplačte se, máme všude kapesníčky. Někdy to takhle necháme, aby pustila ventilek a vypovídala se horem dolem.*“

### **Podpora**

Pacientkám dle pěti respondentek ze skupiny S a pěti ze skupiny V pomáhá k lepší psychické pohodě podpora zdravotníků, dodání naděje a pozitivní pohled.

Saša: „*Dávat pacientce pozitivní náhled na to a dávat jí naději.*“

### **Trpělivost**

Tři respondentky ze skupiny S a šest respondentek ze skupiny V považovalo trpělivost za jednu z nejdůležitějších charakteristik, kterou by přístup zdravotníků k pacientkám měl mít.

Valerie: „*Pořád tu trpělivost. Pořád dokola. Trpělivost, trpělivost, trpělivost. Pořád víceméně dokola probíráte to samý. A je na vás to nějak předat lidsky.*“

### **Individuální přístup**

Dle všech respondentek pacientky oceňují, přistupují-li k nim zdravotníci individuálně, přátelsky, vyjadřují-li zájem o jejich osobu, jsou-li empatičtí, milí a vstřícní.

Vlasta: „*Měli by se tam cítit jako že ti, co o ně pečují nebo se snaží je uzdravit, tak že mají o to zájem, že mají zájem o toho člověka.*“

### **Neformální přístup**

Dvě respondentky ze skupiny S a šest respondentek ze skupiny V uvádělo, že se jim osvědčil neformální přístup k pacientkám, kdy ženu oslovovaly jménem, pamatovaly si události z jejího života a také ony samy s ní některé soukromé informace sdílely.

Sylva: „*Nevím, mně přijde, že když si je člověk pamatuje jménem, když má s nima ten vztah a přijde paní Hlaváčková a já řeknu, dobrý den paní Hlaváčková, jak se máte, vím, že má syna*

*ve školce, že měl besídku, protože mi to říkala posledně, ona se mě zase zeptá, jak jsem se měla na dovče.“*

### **Odlehčení atmosféry**

Čtyři respondentky ze skupiny S a sedm ze skupiny V uvádělo, že pacientkám vyhovuje, jsou-li zdravotníci pozitivně naladěni, neberou-li situaci příliš vážně, s pacientkou žertují a snaží se atmosféru v CAR odlehčit.

*Sandra: „Já se na ně pořád usmívám a vtipkuju s tím pacientem. Ono je to lepší, že se vám víc otevrou a začnou vám důvěřovat. Myslím si, že je to i pro ně pohodlnější, než když si tam sedne sestřička, která je naškrobená. Je to pro ně lepší, no.“*

### **Profesionalita**

Ačkoliv mnoho sester zdůrazňovalo potřebu individuálního přístupu a jisté neformality v jednání, tři respondentky ze skupiny S a jedna respondentka ze skupiny V zmiňovaly, že by zdravotníci měli přistupovat k pacientkám profesionálně, např. by jejich přístup neměl být ovlivněn osobními sympatiemi k ženám či jejich aktuální náladou.

*Saša: „Zdravotník by se vždycky měl chovat profesionálně. Do své práce by neměl tahat soukromé záležitosti. I když vám není dobře, tak se musíte usmívat.“*

### **Informovanost**

Dle čtyř respondentek ze skupiny S a šesti ze skupiny V přispívá k psychické pohodě pacientek dostatečná informovanost ze strany zdravotníků, která zahrnuje informace o povaze problému i podrobné vysvětlení aplikace hormonů. Ženy jsou klidnější, když vědí, že jejich případné otázky budou vlídně zodpovězeny a že se mohou v případě nejasností na centrum kdykoliv obrátit.

*Veronika: „Samozřejmě vysvětlit. (...) Ta informovanost musí být. Takový to milý, aby se nebály zeptat, aby se nebály několikrát zeptat, aby se nestyděly. To my jim tady vtloukáme do hlavy, ať klidně zavolají, kdyby cokoliv, to je asi z naší strany to nejvíc, co my jim můžeme dát. Vysvětlovat, vysvětlovat, hovořit, aby se nebály nás ptát.“*

#### **8.1.2.5. Překážky v péči o psychické potřeby pacientek**

V této kategorii uvedeme, co považovaly respondentky za překážky v poskytování dostatečné péče o psychické potřeby pacientek a které aspekty se dle jejich názoru negativně

odrážejí v jejich přístupu k nim. Jak vyplývá z výpovědí, překážky nejsou pouze na straně zdravotnické péče, ale sestry je částečně vidí také na straně pacientek samotných.

### **Nedostatek času**

Nedostatek času byla nejčastěji uváděná překážka, která dle sester (pět respondentek ze skupiny S a sedm ze skupiny V) neumožňuje zdravotníkům pečovat o psychický stav pacientek tak, jak by bylo vhodné. Respondentky zmiňovaly, že během vymezeného času musí stihnout administrativní úkony, vysvětlení základních postupů a na nic dalšího nebývá většinou prostor. Vlasta: *„No, aby s nima člověk mohl probrat trošku jejich psychický potřeby, tak by na to prostě potřeboval více času.“*

Vilma: *„Na to není čas. Když máme čtvrt hodiny na pacienta, tak za čtvrt hodiny se proberou ty technické záležitosti a jsme rádi, že jim to vůbec stihneme vysvětlit, jak pracovat s lékama, jak na to. Není čas na to povídat o nějaký psychice. Víc času není.“*

### **Personální zajištění**

Další překážkou je dle dvou sester ze skupiny S a osmi sester ze skupiny V nedostatek zdravotníků, který vede k již zmíněnému nedostatku času na jednotlivé pacientky, ale také ke střídání lékařů u jednotlivých pacientek (žena není v péči jednoho lékaře, ale zdravotníci se u ní střídají), což vede u mnohých k psychickému dyskomfortu.

Sylva: *„Je to tady opravdu strašně předimenzované. Na lidi je málo času, nás je tady málo. (...) Sestřiček je nás tady opravdu strašně málo.“*

### **Nedostatečné zázemí**

Dle dvou respondentek ze skupiny S a dvou ze skupiny V je problémem také nedostatečné zázemí a s tím související nedostatek soukromí, které pacientky při konzultacích se sestrami mají – často sedí v místnosti více sester a více pacientek najednou, zvoní telefony.

Věra: *„Ale u nás se to neventiluje, my jsme tam na té recepci, máme to tam takové otevřené, ani bychom se jich na to neptaly. Je to moc otevřený.“*

Soňa: *„Možná trochu větší intimita, protože nás je tady hodně a taky to nejde zařídit. My se snažíme, abychom měly jednu maximálně dvě pacientky na sesterně, ne víc. Ale do toho stejně berete telefony, vyřizujete jiné věci, takže je to takový trošku. (...) I ti lidé jsou z toho špatně vykulení, otáčejí se, že tam sedí někdo jiný.“*

## **Nedostatek financí**

Jedna respondentka ze skupiny S a jedna respondentka ze skupiny V se domnívaly, že důležitou roli v nedostatečné péči o psychický stav žen hraje nedostatek financí – a to jak na straně zdravotnictví (1), tak na straně žen (1).

Simona: *„Základ jsou ty finance, nic víc, nic míň.“*

Doporučení psychologové, kteří se problematikou neplodnosti zabývají, nejsou často hrazeni ze zdravotního pojištění a pacientky si je musí hradit samy.

Valerie: *„Tam byl zase problém, že ony nemají smlouvu s pojišťovnami. (...) Tak si to musí hradit a někdy je to otázka třeba i těch financí, že to třeba ty ženy nechtějí využít.“*

## **Psychologická péče jako stigma**

Za překážku na straně pacientek vnímaly dvě sestry ze skupiny S a dvě ze skupiny V neochotu žen k návštěvě psychologa či psychiatra, ačkoliv jim toto bylo doporučováno. Dle sester se ženy často stydí psychologa vyhledat, považují to za stigmatizující.

Veronika: *„Máme tady psycholožku. (...) Spousta pacientek si ani nechce říct nebo se stydí říct, takže mají i vyvěšeno na nástěnce, aby si mohly vzít informaci nebo si vzít letáček. Takže mají možnost, ale myslím, že jsou málo využívány.“*

### **8.1.2.6. Vhodná zlepšení v péči o psychické potřeby pacientek**

Kategorie „Překážky v péči o psychické potřeby pacientek“ se zabývala aspekty, které dle sester mohou mít negativní vliv na péči o psychický stav pacientek. V této kategorii se budeme zabývat nedostatky, které sestry v této oblasti vnímají a opatřeními, které by bylo vhodné zavést, aby byla tato péče dostatečná. Vzhledem k tomu, že ke každému nedostatku se váže i určitý způsob zlepšení, budeme jednotlivé podkategorie formulovat pozitivně, tedy „jak by to mělo být, ale jak to zatím není.“

## **Užší spolupráce s psychologem**

Většina respondentek (čtyři respondentky ze skupiny S a sedm respondentek ze skupiny V) sdílela názor, že CAR by mělo spolupracovat s psychology více, než jak tomu je.

Některé respondentky (6), které pracovaly v centrech, kde psycholog nebyl součástí týmu, toto považovaly za značný nedostatek a přály by si, aby psycholog součástí týmu byl.

Simona: „*Aby třeba tady byl psycholog, třeba na částečný úvazek. (...) Aby to byla možnost prostě v rámci toho pojištění. Aby byl k dispozici prostě.*“

Vendula: „*Některým by to určitě pomohlo, kdybychom měli nějakého psychologa, tak by že by ten rozhovor, že by jim to pomohlo, asi ano.*“

Některé respondentky (2) se domnívaly, že by bylo užitečné, kdyby byly konzultace s psychologem automatickou součástí péče v CAR – ženy by tedy psychologa navštívily minimálně jednou, jakožto „vstupní konzultaci“, stejně, jako podstupují somatická vyšetření.

Vanda: „*Myslím, že by bylo dobré, bylo by ideální, že jako jdete automaticky na odběry krve nebo takhle, že by se automaticky nabízelo to, že prostě tady je. (...) Stejně mám pocit, že spousta žen, by řekla, že ne, že ony to nepotřebují, ale ve chvíli, kdyby tam šly automaticky, prostě že je to jako standart třeba, tak by třeba byly nakonec spokojený.*“

Dvě respondentky by ocenily, kdyby byl psycholog v CAR častěji a aby bylo možné jej kontaktovat kdykoliv nastane krizová situace (např. když se žena zhroutí po obdržení špatné zprávy).

Sandra: „*Možná, aby ten psycholog byl tady častěji. (...) Určitě psychologa dostupného, když by se něco takového dělo.*“

Dle některých sester (5) by bylo užitečné, aby lékař v CAR probíral s psychologem pacientky, které jeho péči využívají a na základě spolupráce s ním pak volil vhodné postupy léčby.

Václava: „*Měla by tady být nějaká návaznost té jedné odbornosti s tou druhou odborností, aby si řekli, teď takhle a teď takhle (...) domluvit se společně, jak to udělat s tím pacientem (...) takhle bych si představovala tu psychologickou léčbu, aby si to ti lékaři řekli. Aby si ji nepřehodili jako bumerang.*“

### **Více času na jednotlivé pacientky**

Dle pěti respondentek ze skupiny S a sedmi ze skupiny V by ke zlepšení péče o psychický stav patientek přispělo, kdyby měli lékaři a poté i sestry dostatek času na každou pacientku, aby bylo možné udělat nejen fyzická vyšetření a předat potřebné informace, ale aby zbyl čas také na podporu pacientky a případné sdílení jejích prožitků.



Simona: „Nemůžeme se jim tak věnovat, jak bych chtěla. Ony si chtějí vždycky povídat a cizím lidem se řekne něco i snáz. A na to čas není a ony by třeba chtěly si půl hodiny povídat.“

Vendula: „Asi ideální by bylo mít víc času na ty lidi. Ještě víc.“

### **Zkrácení čekání v čekárnách**

Šest respondentek ze skupiny S a tři respondentky ze skupiny V uváděly, že dlouhé čekání v čekárnách je často dalším dyskomfortem, který je ve většině CAR běžný. Ačkoliv důvodem časových prodlev bývá dle sester většinou nutná podpora věnovaná některé pacientce, na čekající toto působí negativně, často si stěžují a může to ovlivnit jejich postoj k CAR a důvěru v ně. Sestry (3) uváděly, že se mnohdy snaží snížit nepohodu způsobenou čekáním omluvou za zpoždění a informováním pacientek, co je jeho příčinou.

Sandra: „Když máme fakt nabitý dny, tak se stane, že čekají dlouho v čekárně. Přijdou na recepci, že už fakt dlouho čekají. Tak my se za nima snažíme jít a omluvit se, že to bude dnes déle trvat. Ale s tím se prostě nic udělat nedá.“

### **Péče jednoho lékaře**

Dle pěti sester ze skupiny S a šesti ze skupiny V rovněž není vhodné, když se lékaři u jednotlivých pacientek střídají - žena není v péči jednoho lékaře, ale na konzultace dochází k různým lidem. Pro ženy by dle nich bylo příjemnější, kdyby docházely k jednomu lékaři, který by řídil jejich léčbu, ke kterému by si mohly utvořit bližší vztah a mít v něj důvěru. Některé sestry (3) uváděly, že jednotliví lékaři mívají na léčbu pacientky jiný názor, obdržené informace tak mohou být v rozporu, což bývá zdrojem zmatenosti a často i snížení důvěry v léčbu. Střídání lékařů bývá rovněž dle některých sester (2) zdrojem stížností.

Vlasta: „No určitě ty lékaře, že si myslím, že by se u nich neměli střídát. (...) Na tu jejich psychickou pohodu je lepší, když se nestřídají. Když prostě chodí k jednomu, vědí, že tomuhle se už svěřili, že o tom jejich problému ví a nemusí to svěřovat od začátku zase někomu dalšímu. To si myslím, že to je tady u nás konkrétně největší problém. Že se ti lékaři střídají.“

### **Více soukromí**

Dle dvou respondentek ze skupiny S a dvou ze skupiny V by bylo vhodné, aby měly ženy v CAR více soukromí, aby prostředí bylo intimnější. Sestry se vyjadřovaly kriticky o čekárnách, ale také o sesternách, kde bývá někdy více žen najednou a zvoní telefony, tedy řešení citlivých témat není zcela komfortní; nebo o společných pokojích, na kterých ženy leží po zákrocích.

Vanda: „*No určitě bych oddělila tu čekárnu od sesterny, to je prostě strašně diskrétní prostředí. (...) Ve chvíli, kdy sedíte na té recepci a přijde tam nějaká paní, řekne svůj příběh nebo proč se objednává, tak vidíte, jak ti lidi mají nastražený ty uši a prostě strašně jsou zvědaví. Nebo naopak vám stojí někdo u toho a vy ho neslyšíte, protože šeptá strašně potichu. Myslím, že je to špatně tohleto.*“

### **Přístup zdravotníků k pacientkám**

Tři respondentky ze skupiny S a všechny respondentky ze skupiny V zmiňovaly potřebu změny přístupu zdravotníků k pacientkám. Zdravotníkům byl vytýkán zejména rutinní přístup a nezohledňování individuality jednotlivých pacientek. Některé sestry ze skupiny V uváděly (4), že zdravotníci mívají občas nevhodné poznámky. Pro pacientky bývají obzvlášť stresující případné narážky na jejich vysoký věk.

Vendula: „*Někdy řekne člověk nějakou větu, kterou ona potom cítí úkorně. Když jsou ty lidi třeba přes 40, tak jako víceméně se jim říká, že už jsou starý, že jo. Snažíme se to neříkat až tak narovinu, ale to tak je. (...) Ale když se jim to opakuje při každé té návštěvě, tak to berou úkorně dost. Ale ta příčina v tom věku je relativně často, tak se jim to musí říct.*“

### **Alternativní metody**

Dle jedné respondentky ze skupiny S a jedné ze skupiny V by bylo vhodné využívat během léčby neplodnosti také alternativní metody, např. čínskou medicínu, akupunkturu či cvičení dle Mojžíšové. Tyto metody mohou dle jejich názoru pomoci nejen v léčbě somatického stavu, ale mohou mít také pozitivní vliv na psychiku žen, např. tím, že přispějí k jejímu zklidnění. Respondentky uváděly, že by zdravotníci měli mít k těmto metodám vstřícnější postoj. Dvě respondentky pozitivně hodnotily užívání akupunktury v CAR, ve kterém pracují.

Valerie: „*Myslím si, že ty ženy mají rády třeba ty alternativy a myslím si, že se to třeba hodně z naší strany zlehčuje ty alternativy. Nejen v tom, že je sami třeba nenabízíme aktivně, ale v tom, že když teda oni se o něčem zmíní, takže se to poměrně jako zlehčuje. Tak to si myslím, že třeba v tom bych to zlepšila. Jako tu péči nabídnout takovou komplexnější, nebrat to jen po té lince té asistované reprodukce vyloženě.*“

### **Návaznost další péče**

Jedna respondentka ze skupiny S a jedna ze skupiny V refletovaly, že by bylo pro pacientky příjemné, kdyby péče v CAR neskončila početím, ale kdyby mohly ve stejném prostředí navštěvovat těhotenskou poradnu, případně zde i rodit. Respondentky (2) z centra, kde toto možné je, uváděly vysokou spokojenost pacientek.

Václava: „*Dala by se určitě zlepšit návaznost. Ženy k nám získají velkou důvěru, pak otěhotní a my je pošleme na obvod. Ony to těžce nesou. (...) To si myslím, že by se taky ta psychika zlepšila. Ne u všech, ale je to taky důležitý. Někam si zvyknete chodit, a pak vám řeknou, tak se s vámi rozloučíme, jste těhotná, tady máte propouštěcí zprávu a už k nám nechoďte.*“

### **Vzdělávání v oblasti psychologie**

Jedna respondentka ze skupiny S a jedna ze skupiny V se domnívaly, že by se kvalita péče o psychické potřeby pacientek mohla zvýšit, pokud by bylo zdravotníkům poskytováno ve větší míře vzdělávání v oblasti psychologie a to nejen na teoretické úrovni, ale aby měli možnost zúčastnit se např. nácvikových cvičeníh v oblasti komunikace.

Vendula: „*Možná bychom mohli mít školení jako komunikační, to by nám určitě nezaškodilo. To jsou takový ty nácvikový školení jak jako, když ten pacient je potížistickej, tak jak ho donutit... Nejenom přednáška pasivní, ale že si to zkoušíte.*“

#### **8.1.2.7. Příprava sester na péči o psychické potřeby pacientek**

V této kategorii uvedeme, co respondentky dle jejich názoru připravilo na péči o psychický stav pacientek.

### **Pregraduální vzdělávání**

Čtyři respondentky ze skupiny S a šest ze skupiny V se shodovalo, že pregraduální vzdělávání jim v této oblasti užitečné příliš nebylo. Některé respondentky (2) uváděly, že studium bylo zaměřeno spíše na somatické aspekty potíží a předměty týkající se psychologie byly pouze teoretické.

Vendula: „*Myslím, že dominantně ta výuka v tom zdravotnictví funguje k těm výkonům, abyste to uměla udělat, na to abyste uměla hovořit s těmi lidmi, na to se důraz neklade.*“

Dvě respondentky ze skupiny S uvedly, že v tomto ohledu považují za užitečný předmět zaměřený na komunikaci s pacientem, který během pregraduálního vzdělávání absolvovaly.

Stella: „*Jsme měli předmět „Komunikace v ošetrovatelství, haptika a mimoverbální...“ tohleto bylo zajímavý.*“

### **Praxe a zkušenosti**

Většina respondentek (čtyři ze skupiny S a osm ze skupiny V) uváděla, že nejvíce se naučila díky zkušenostem, které během pracovního života nasbírala.

Veronika: „*To získáte asi praxí. (...) Jsou to roky praxe.*“

### **Osobní životní zkušenosti**

Dvě respondentky ze skupiny V uvedly, že v péči o psychické potřeby pacientek jim pomohly životní události, kterými prošly.

Václava: „*Mám kamarádku (...) s kterou jsem absolvovala v jednom centru spoustu návštěv. (...) Nikdy mě nenapadlo, že budu v tom oboru pracovat. Ale chodila jsem s ní k těm návštěvám, píchala jí ty přípravky, tak jsem to s ní jako prošla.*“

### **Školení**

V rámci celoživotního vzdělávání se sestry povinně účastní školení a kongresů, jejichž cílem je prohlubování znalostí a dovedností zdravotníků v rámci jejich specializace. Čtyři respondentky ze skupiny S a jedna ze skupiny V považovaly tato školení za užitečná, zejména školení v oblasti komunikace, sdělování výsledků pacientům či řešení konfliktních situací.

Sandra: „*Vzdělávají nás, co to jde. Je to určitě užitečný. Oni dělají i nějaké kongresy, kam jezdíme mimo, máme za to kredity, to je z oblasti IVF nebo gynekologie a dokonce nám to i zaplatí, takže je to super.*“

Dvě respondentky ze skupiny S a dvě ze skupiny V naopak uváděly, že pro ně tato školení v oblasti péče o psychické potřeby pacientů příliš užitečná nebývají.

Veronika: „*Já jsem absolvovala spoustu nějakých přednášek jak přistupovat ke konfliktním pacientům. Myslím si já sama osobně, že mi to nikdy nepřineslo nic.*“

### **Osobnostní nastavení**

Dle čtyř respondentek ze skupiny S a pěti ze skupiny V je v péči o psychické potřeby pacientek stěžejní osobnostní nastavení zdravotníků.

Věra: „*Člověk to musí mít nějak v sobě v povaze.*“

#### **8.1.2.8. Zdroje psychické energie**

Jak zmiňovaly některé respondentky (4) práce na pozici sestry v CAR je velmi psychicky náročná, ať již z důvodů každodenní komunikace s lidmi, řešení jejich obtíží, sdělování negativních zpráv, kontaktu s negativními emocemi pacientů či nadměrné pracovní zátěže. Psychickou pohodu sester považujeme za důležitou, protože předpokládáme, že se jejich psychický stav odráží v jejich přístupu k pacientkám.

Ačkoliv dvě respondentky zmínily, že v rámci svého zaměstnání mají možnost navštěvovat psychologa jako prevenci proti syndromu vyhoření, žádná z nich toto nevyužívá a ani o tom neuvažuje.

Valerie: „*Tady je možnost nějakého psychologa. Ono to vyběhlo před prázdninami na internetu. Byla to nějaká péče o zaměstnance ohledně syndromu vyhoření a tak, ale pravda já jsem se tomu nějak nepověnovala, že bych se na to koukala víc, ale vím, že ta možnost tam nějak byla. Ale tak zatím myslím, že to snad zvládám, no.*“

V této kategorii uvedeme, co sestry nabíjí, z čeho získávají energii a co mají na svém zaměstnání rády.

### **Úspěšnost léčby**

Třem respondentkám ze skupiny S a čtyřem ze skupiny V dodávají energii dosažené úspěchy pacientek. Oceňují, když jim pacientky přijdou ukázat narozené miminko a sdílejí s nimi svou radost.

Sandra: „*Asi mi nejvíc pomáhají ty úspěchy. Když ta žena otěhotnění, když nepotratí, když donosí a když pošlou fotky miminek. Tak to je hezký, že se to povedlo, že jsme takhle něco dokázali.*“

### **Pozitivní zpětná vazba**

Jedna respondentka ze skupiny S a tři respondentky ze skupiny V zmiňovaly potěšení z pozitivní zpětné vazby od pacientek, z ocenění jejich práce.

Veronika: „*Je to hezký, když se ta pacientka za vámi vrátí a přinese vám to kafe. (...) To je to hezký. To je ono, kvůli čemu to člověk asi dělá.*“

### **Kolektiv kolegů**

Jedna respondentka ze skupiny S a dvě respondentky ze skupiny V uváděly význam pracovního kolektivu. Díky svým kolegům a vzájemným přátelským vztahům chodí do práce rády a lépe se jim tak překonávají psychicky náročné situace. S kolegy mohou také probírat případné negativní pocity s prací spojené.

Valerie: „*My máme takové ranní psychoterapie s kolegyněma u kávy, že si to tak vzájemně probereme, což hodně pomáhá si myslím.*“

### **Zdroje mimo zaměstnání**

Dvě respondentky ze skupiny S uváděly, že energii a chuť k výkonu své profese čerpají zejména mimo zaměstnání prostřednictvím svých zájmů či díky blízkým lidem.

Stella: „Já jsem se teď našla v józe, takže to mi pomáhá a moje rodina, tam ta podpora je velká.“

#### 8.1.2.9. Tabulky zachycující četnosti odpovědí vyskytujících se v jednotlivých kategoriích

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Psychický stav jako jedna z příčin neplodnosti	6	8	14
Sociální aspekty jako příčina neplodnosti	1	6	7
Neplodnost jako komplexní problém	3	2	5
Význam psychického stavu v úspěšnosti léčby	6	7	13

Tabulka 17 - Četnosti odpovědí v kategorii „Význam psychosociálních aspektů neplodnosti“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Negativní pocity spojené s léčbou	6	5	11
Neplodnost jako stigma	3	5	8
Opakované neúspěchy	4	6	10
Zátěž pro vztah	5	7	12
Nepochopení sociálního okolí	3	4	7
Časová náročnost léčby	5	3	8
Léčba bývá dlouhodobá	1	4	5
Přibývajícím věkem ženy	1	5	6
Finanční náročnost léčby	2	3	5
Aplikace injekcí	2	6	8

Tabulka 18 - Četnosti odpovědí v kategorii „Obtíže spojené s léčbou neplodnosti“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Psycholog v CAR	3	3	6
Kontakty na psychology, kteří se problematikou neplodnosti zabývají	3	3	6
Kontakty na psychology nemají	0	2	2

Tabulka 19 - Četnosti odpovědí v kategorii „Psychologická péče v centrech asistované reprodukce“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Výhody zdravotníků	0	2	2
Nedostatečné kompetence	2	2	4
Přístup zdravotníků a důvěra pacientek	1	4	5
Prostor ke sdílení	6	8	14
Podpora	5	5	10
Trpělivost	3	6	9
Individuální přístup	6	8	14
Neformální přístup	2	6	8
Odlehčení atmosféry	4	7	11
Profesionalita	3	1	4
Informovanost	4	6	10

Tabulka 20 - Četnosti odpovědí v kategorii „Péče o psychické potřeby pacientek ze strany zdravotníků“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Nedostatek času	5	7	12
Personální zajištění	2	8	10
Nedostatečné zázemí	2	2	4
Nedostatek financí	1	1	2
Psychologická péče jako stigma	2	2	4

Tabulka 21 - Četnosti odpovědí v kategorii „Překážky v péči o psychické potřeby pacientek“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Užší spolupráce s psychologem	4	7	11
Více času na jednotlivé pacientky	5	7	12
Zkrácení čekání v čekárnách	6	3	9
Péče jednoho lékaře	5	6	11
Více soukromí	2	2	4
Přístup zdravotníků k pacientkám	3	8	11
Alternativní metody	1	1	2
Návaznost další péče	1	1	2
Vzdělávání v oblasti psychologie	1	1	2

Tabulka 22 - Četnosti odpovědí v kategorii „Vhodná zlepšení v péči o psychické potřeby pacientek“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Pregraduální vzdělávání nebylo užitečné	4	6	10
Pregraduální vzdělávání bylo užitečné	2	0	2
Praxe a zkušenosti	4	8	12
Osobní životní zkušenosti	0	2	2
Školení nejsou užitečná	2	2	4
Školení jsou užitečná	4	1	5
Osobnostní nastavení	4	5	9

Tabulka 23 - Četnosti odpovědí v kategorii „Příprava sester na péči o psychické potřeby pacientek“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Úspěšnost léčby	3	4	7
Pozitivní zpětná vazba	1	3	4
Kolektiv kolegů	1	2	3
Zdroje mimo zaměstnání	2	0	2

Tabulka 24 - Četnosti odpovědí v kategorii „Zdroje psychické energie“

## 8.2. Analýza slovních asociací

Asociace poskytované k prezentovaným podnětům jsme analyzovali podle jejich obsahu. Forma odpovědí nebyla předem vymezena, většina respondentek reagovala na podnětová slovní spojení jako na popud k rozsáhlejším výpovědím.

Dále uvedeme jednotlivá podnětová slovní spojení a motivy, které se v souvislosti s nimi u respondentek objevovaly.

### 8.2.1. Slovní spojení „Psychické a sociální potřeby pacientů“

#### Pomoc zdravotníků

Nejčastější odpovědi (pět respondentek ze skupiny S a tři ze skupiny V) se nezaměřovaly na pacienty jako takové, ale byly spíše vyjmenováváním toho, co by zdravotníci měli dělat a jak by se měli chovat, aby se pacienti cítili lépe.

Saša: „V rámci teda té reprodukce, tak je to pacientku uklidnit a dát jí naději, že to jde.“



### **Kontext pacientových potřeb**

Jedna respondentka ze skupiny S a dvě respondentky ze skupiny V primárně uváděly, s čím potřeby pacientů souvisí a co je může ovlivňovat.

Václava: „*Souvisí s penězi, s postavením, s intelektem.*“

### **Variabilita potřeb**

Dalším motivem v odpovědích (jedna respondentka ze skupiny S a jedna ze skupiny V) byla variabilita potřeb mezi jednotlivými osobami.

Soňa: „*Variabilní, různorodé, velice odlišné. Každý potřebuje něco jiného, ke každému musíte mít jiný přístup.*“

### **Souvislost mezi psychickým a fyzickým stavem**

Jedna respondentka ze skupiny V uvedla souvislost mezi psychickým a fyzickým zdravím.

Vendula: „*Psychika souvisí s tím zdravím velmi.*“

## **8.2.2. Slovní spojení „Přístup zdravotníků k pacientům“**

### **Milý, kladný**

Tři respondentky ze skupiny S a tři ze skupiny V uváděly, že přístup k pacientům by měl být především kladný, milý a vstřícný. Zdravotníci by měli být empatičtí a měli by pacientům poskytovat psychickou podporu.

Věra: „*Určitě vstřícný, milý.*“

### **Individuální přístup**

Tři respondentky ze skupiny S zdůrazňovaly nutnost individuálního přístupu.

Saša: „*Každou pacientku brát individuálně.*“

### **Problematická záležitost**

Jedna respondentka ze skupiny S a jedna ze skupiny V se shodovaly, že přístup zdravotníků k pacientům bývá problematickou záležitostí a ne vždy je takový, jaký by měl být.

Vilma: „*No, je to taková problematická záležitost.*“

### **8.2.3. Slovní spojení „Potíže s plodností“**

#### **„Fenomén dnešní doby“**

Motivem odpovědí čtyř respondentek ze skupiny S a dvou ze skupiny V byla rozšířenost problematiky neplodnosti a stále se zvyšující počet párů, které mají s tímto problémem. Respondentky uváděly, že neplodnost je jakýsi „fenomén dnešní doby“.

Veronika: „*Velký průšvih dnešní doby.*“

#### **Negativní emoce**

Jedna respondentka ze skupiny S a pět respondentek ze skupiny V uvádělo negativní emoce, které s sebou potíže s plodností přinášejí.

Soňa: „*Někdy i roky neštěstí.*“

#### **Zaměstnání**

Dvě respondentky ze skupiny V asociovaly, že se jedná o jejich zaměstnání.

Valerie: „*No, moje práce.*“

#### **Vysoký věk**

Asociací jedné respondentky ze skupiny S bylo „stáří“.

Sylva: „*Stáří.*“

### **8.2.4. Slovní spojení „Bezdětná žena“**

#### **Negativní emoce**

Dvě respondentky ze skupiny S a pět respondentek ze skupiny V měly pojem „bezdětná žena“ spojený s negativními emocemi, které dle jejich názoru bezdětné ženy prožívají - nejčastěji se smutkem a neštěstím.

Vendula: „*Nešťastnice.*“

#### **Různé důvody**

Dvě respondentky ze skupiny S a čtyři ze skupiny V uváděly, že existují různé důvody bezdětnosti.

Saša: „*Je to otázka volby. Jestli je to dobrovolná volba nebo ta žena nemůže mít děti.*“

### **Normalizace bezdětnosti**

Dvě respondentky ze skupiny S a dvě ze skupiny V zdůrazňovaly, že bezdětnost je normální a nemělo by na ni být nahlíženo jako na něco divného.

Simona: *„Nic zvláštního, realita.“*

### **Kritérium věku**

Jedna respondentka ze skupiny V zmínila, že pojem „bezdětná žena“ má zcela jiný význam v závislosti na věku dané ženy.

Vanda: *„Bezdětná žena v 18 a ve 20 je něco jiného než ve 30 a 40.“*

### **Sobec nebo nešťastnice**

Jedna respondentka ze skupiny V měla pojem „bezdětná žena“ spojen s nešťastnou ženou, jednalo-li se o nedobrovolnou bezdětnost, a se sobectvím, pokud šlo o bezdětnost dobrovolnou.

Václava: *„Napadne mě, že za tím je nějaký důvod, buď je to sobec, nebo je to nešťastnice, která neví jak na to nebo má smůlu na ty mužský.“*

## **8.2.5. Slovní spojení „Asistovaná reprodukce“**

### **Pomoc**

Tři respondentky ze skupiny S a pět respondentek ze skupiny V mělo asistovanou reprodukci spojenou s pomocí neplodným ženám.

Sandra: *„Pomoc k dosažení toho snu.“*

### **Mé zaměstnání**

Dalším motivem, který se objevoval u tří respondentek ze skupiny S a dvou ze skupiny V bylo zaměstnání, jejich povolání, jejich práce.

Stella: *„Moje povolání.“*

### **Normalita asistované reprodukce**

Jedna respondentka ze skupiny S upozorňovala na normalitu této metody.

Simona: *„Běžně vnímaná věc.“*

## Finanční náročnost

Jedna respondentka ze skupiny S zmiňovala finanční náročnost léčby metodami asistované reprodukce.

Saša: „*Je to docela drahý způsob léčby, který by měl být pro klientky možná levnější.*“

### 8.2.6. Tabulky zachycující četnosti slovních asociací

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Pomoc zdravotníků	5	3	8
Kontext pacientových potřeb	1	2	3
Variabilita potřeb	1	1	2
Souvislost mezi psychickým a fyzickým stavem	0	1	1

Tabulka 25 - Četnosti asociací k slovnímu spojení „Psychické a sociální potřeby pacientů“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Milý, kladný	3	3	6
Individuální přístup	3	0	3
Problematická záležitost	1	1	2

Tabulka 26 - Četnosti asociací k slovnímu spojení „Přístup zdravotníků k pacientům“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
„Fenomén dnešní doby“	4	2	6
Negativní emoce	1	5	6
Zaměstnání	0	2	2
Vysoký věk	1	0	1

Tabulka 27 - Četnosti asociací k slovnímu spojení „Potíže s plodností“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
Negativní emoce	2	5	7
Různé důvody	2	4	6
Normalizace bezdětnosti	2	2	4
Kritérium věku	0	1	1
Sobec nebo nešťastnice	0	1	1

Tabulka 28 - Četnosti asociací k slovnímu spojení „Bezdětná žena“

	Skupina S	Skupina V	Celkem
<b>Pomoc</b>	3	5	8
<b>Mé zaměstnání</b>	3	2	5
<b>Normalita asistované reprodukce</b>	1	0	1
<b>Finanční náročnost</b>	1	0	1

Tabulka 29 - Četnosti asociací k slovnímu spojení „Asistovaná reprodukce“

## 9. SHRnutí VÝSLEDKŮ EMPIRICKÉ ČÁSTI

V této kapitole představíme výsledky analýzy a na data se podíváme z hlediska stanovených výzkumných otázek. Rovněž mezi sebou porovnáme odpovědi respondentek, které nedobrovolnou bezdětnost řešily v minulosti, ale nyní již dítě mají (skupina A) a respondentek, které jsou aktuálně nedobrovolně bezdětné (skupina B); v druhé části výzkumu pak odpovědi respondentek pracujících v soukromých centrech asistované reprodukce (skupina S) a respondentek pracujících v centrech státních (skupina V).

Porovnávat mezi sebou budeme rovněž výsledky získané v první a v druhé části výzkumu.

### 9.1. Odpovědi na výzkumné otázky první části výzkumu

#### **Výzkumná otázka: Co znamená pro nedobrovolně bezdětné ženy rodičovství?**

Respondentky vnímaly rodičovství jako přirozenou součást života ženy, býtí matkou považovaly za smysl svého života a za jakési poslání. V dítěti viděly přesah své vlastní existence - to, co po nich zůstane, až ony nebudou. Mít dítě považovaly za samozřejmé a „normální“, naopak bezdětnost vnímaly jako méně hodnotnou; oproti ženám s dětmi si připadaly méněcenné. 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.

Respondentky vnímaly rodičovství jako něco, co pozitivně zasahuje mnoho oblastí života - určuje hodnotu člověka, ovlivňuje partnerský vztah i vztahy s širším sociálním okolím. Respondentky pohlížely na rodičovství čistě pozitivně, uváděly jeho přínosy, ale opomíjely oblasti, ve kterých může být rodičovství zátěží. Většinu alternativ k rodičovství považovaly za méně hodnotnou, některé „výhody“ života bez dětí na požádání jmenovaly, avšak dodávaly, že subjektivně je jako výhody nevnímají.

#### **Výzkumná otázka: Jak ženy nedobrovolnou bezdětnost prožívají?**

Respondentky prožívaly v tomto období mnoho negativních emocí, nejčastěji smutek, strach, úzkost, lítost, depresi, ale i vztek. Jejich hněv směřoval na sebe sama, někdy však také na partnera, lékaře či na sociální okolí, mimo jiné např. na těhotné ženy, s nimiž se některé respondentky nerady setkávaly. Stejně tak se některé vyhýbaly malým dětem, které jim

připomínaly, že jim dítě chybí. Závist a hněv směřované na těhotné ženy vedly u některých k výčitkám svědomí - respondentky považovaly tyto emoce za nepatřičné a obviňovaly se z toho, že je cítí, což vedlo k dalšímu prohlubování negativních emocí. Strach mívaly ženy z toho, že se jim nikdy otěhotnět nepodaří; smutek většinou prožívaly v souvislosti se svým životem, který bez dítěte nevnímaly jako hodnotný; bezdětnost považovaly za své selhání. Patrná byla rovněž sebelítost, která vyplývala z myšlenek „proč zrovna ony tyto potíže mají“.

Některé se považovaly 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 partnerskému vztahu - většina respondentek reflektovala, že často jednala přehnaně a neadekvátně situaci, což pro jejich partnera nebylo jednoduché. Objevoval se rovněž motiv viny a hledání viníka - ženy obviňovaly nejčastěji sebe či svého partnera, což mělo opět negativní vliv na jejich partnerský vztah.

Nedobrovolnou bezdětnost snášely také hůře, čím byly starší, což dávaly do souvislosti s nižší pravděpodobností početí u starších žen.

Asi polovina respondentek zmiňovala, že kvůli nezvladatelným emočním stavům vyhledala odbornou pomoc, jiné ji však ani přes silné negativní emoce nevyhledaly.

### **Výzkumná otázka: Co pomáhá ženám nedobrovolnou bezdětnost zvládat a co je pro ně naopak stresující?**

Významným tématem byla role sociálního okolí. Respondentkám pomáhalo, když jim blízcí lidé poskytovali podporu a když s nimi mohly sdílet své pocity a zážitky. Kromě partnera sdílely své prožitky většinou s rodinou a přáteli, případně se ženami, které měly stejnou zkušenost. U žen, které prošly stejnou zkušeností, oceňovaly, že vědí, o čem mluví, že se na sebe mohou dobře naladit a prostřednictvím společného sdílení zjišťují, že jejich pocity jsou v dané situaci normální. Pomáhalo jim, když je blízcí lidé podporovali v jejich rozhodnutí a pomáhali jim s praktickými věcmi; společné zážitky jim přinášely do života radost.

Ze strany sociálního okolí bylo pro ženy naopak zatěžující, když někdo reagoval nevhodným způsobem - respondentky si často stěžovaly na zraňující poznámky (je to vyšší moc, že nemohou mít děti; už jim nebudou schraňovat věci pro děti,...), nevyžádané rady (ať na to nemyslí, pak určitě otěhotní,...), nepříjemné otázky (jestli již plánují děti; proč děti stále nemají,...) nebo na chlácholení (ještě je čas, ještě určitě otěhotní,...).

Nedobrovolně bezdětným ženám pomáhaly období nedobrovolné bezdětnosti překonat také jejich osobní zájmy či pracovní život. Tyto činnosti jim přinášely rozptýlení, životní náplň, a tak mohly díky nim svou situaci lépe zvládat.

Některé respondentky zmiňovaly, že jim situaci stěžoval rovněž přístup zdravotníků v CAR - měly pocit, že je léčba degradující, že zdravotníkům nejde o pacientky, ale o zisk. Chyběl jim osobnější přístup; zmíněno bylo i nepříjemné prostředí CAR a fyzická, finanční a časová náročnost léčby. Naopak pokud zdravotníci k pacientkám přistupovali individuálně, neformálně a když jim vyjadřovali podporu, cítily se ženy lépe.

### **Výzkumná otázka: Jaký je partnerský vztah nedobrovolně bezdětných párů optikou partnerek?**

Respondentky se shodovaly, že toto období bylo pro jejich vztah náročné, spokojenost v partnerství se podle některých z nich zhoršila. Respondentky mluvily o zhoršení v oblasti sexuální, což dávaly do souvislosti spíše s léčbou než s neplodností jako takovou. Změna nastala podle některých také v partnerské komunikaci - z dlouhodobého hlediska někdy docházelo ke zlepšení; u žen, které z dlouhodobého hlediska zaznamenaly v komunikaci zhoršení, vztah skončil.

Respondentky zmiňovaly, že díky této složité životní situaci měli partneři příležitost se lépe poznat a zjistit, jak oni sami i jejich partner fungují v těžkých životních situacích a jakou podporu si dokážou poskytnout. Respondentky vnímaly období nedobrovolné bezdětnosti často jako „zkoušku vztahu“ - měly pocit, že pokud s partnerem toto období překonají, bude jejich vztah posílen. Ve většině případů respondentky reflektovaly, že z dlouhodobého hlediska došlo v souvislosti s nedobrovolnou bezdětností buď 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.

Období nedobrovolné bezdětnosti bývá doprovázeno mnoha negativními emocemi, které souvisejí s nemožností mít vlastní dítě, ale také s psychicky náročnou léčbou metodami asistované reprodukce, kterou většina žen s potížemi s plodností podstupuje. Psychická zátěž je umocňována vysokým statutem, který je rodičovství tradičně připisován a ztotožnění se s rolí matky, ve které ženy často vidí svou budoucnost. Významná je také podpora nebo její nedostatek ze strany sociálního okolí a od partnera. Období nedobrovolné bezdětnosti bývá pro partnery složité a problémy s plodností se odrážejí v jejich vzájemném vztahu. Z dlouhodobého



hlediska nemusí být však dopad této zkušenosti pouze negativní, ale mnohé respondentky uváděly, že v jejich vztahu došlo v určitých aspektech ke zlepšení.

Některé respondentky uváděly, že zvládání potíží s plodností i samotnou léčbu neplodnosti jim mimo jiné stěžoval nevhodný přístup zdravotníků v centrech asistované reprodukce; to pro nás bylo impulsem k bližšímu prozkoumání pohledu zdravotníků na fenomén neplodnosti a na péči o psychické potřeby pacientek v CAR, což dle našeho názoru jejich přístup ovlivňuje.

## **9.2. Porovnání skupiny A a skupiny B**

Ve výzkumném souboru byly dvě skupiny respondentek, a proto nyní navzájem porovnáme jejich odpovědi. Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor byl velmi malý 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.

Respondentky ze skupiny A byly většinou otevřenější, sdílnější, rozhovory s nimi trvaly déle a nebylo nutné je tolik podněcovat, jako respondentky ze skupiny B. Dle našeho názoru můžeme tuto skutečnost vysvětlit menším emočním nábojem, který zkušenost nedobrovolné bezdětnosti pro respondentky ze skupiny A má - pro tyto ženy nejsou popisované potíže aktuální, toto jejich životní období již skončilo, dobře skončilo. Domníváme se, že tyto skutečnosti vedly k větší sdílnosti žen.

Obsahově byly mezi skupinami nejvíce odlišné výpovědi v kategorii „Život bez vlastních dětí“: odpovědi respondentek ze skupiny A byly většinou promyšlenější a zdálo se, že se již dříve zabývaly tím, jak svůj život naplní, když bezdětné zůstanou. Sporé odpovědi respondentek ze skupiny B si vysvětlujeme tím, že se většinou neléčily s neplodností příliš dlouho a tedy si tyto otázky nepokládaly – byly často 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 dále 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 již nebylo biologicky

možné, tedy se tímto, na rozdíl od žen ze skupiny A, aktuálně zabývají. Ženy ze skupiny B rovněž častěji zmiňovaly, že užívají psychofarmaka a častěji měly 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 ze skupiny A jsou (nebo mohou být) minulostí a tedy si je nevybavují.

Výše uvedené postřehy jsou však spíše hypotézami, které by bylo nutné ověřit kvantitativně.

### **9.3. Odpovědi na výzkumné otázky druhé části výzkumu**

#### **Výzkumná otázka: Jaký význam přisuzují sestry psychosociálním aspektům neplodnosti?**

Všechny respondentky si uvědomovaly význam psychických a sociálních aspektů v problematice neplodnosti a připouštěly, že se nejedná čistě o somatický problém.

Všechny respondentky uvedly, že psychický stav může být jedním z aspektů, který plodnost ovlivňuje, a tedy může mít podíl i na vzniku případných potíží. V souladu s tímto tvrzením se některé z nich domnívaly, že psychický stav může mít vliv na úspěšnost léčby.

Několik respondentek zmínilo sociální aspekty, které mohou vést k neplodnosti – uvádělo tlak společnosti, který vede k odkládání rodičovství do vyššího věku, ve kterém je plodnost žen zcela přirozeně nižší. Také asociace k pojmu „potíže s plodností“ poukazyvaly často právě na vyšší věk ženy a trend dnešní doby odkládat rodičovství do vyššího věku.

Některé respondentky pojmenovaly neplodnost jako komplexní problém a vyjádřily potřebu k němu jako ke komplexnímu problému přistupovat.

Respondentky si uvědomovaly, že nedobrovolná bezdětnost, léčba neplodnosti jako taková i okolnosti s ní spojené bývají pro pacientky velmi psychicky náročné a dokázaly se naladit na jejich potřeby.

Dle respondentek bývá pro ženy během léčby náročná emocionální labilita způsobená podávanými hormony; časté pocity naděje v léčbu, které střídá zklamání, je-li neúspěšná; opakované neúspěchy; pocity selhání v roli ženy; časová a finanční náročnost léčby; problémy v partnerském vztahu i dalších sociálních vztazích, ale také např. aplikace injekcí.

### **Výzkumná otázka: Jakým způsobem jsou dle sester v centrech asistované reprodukce uspokojovány psychické potřeby pacientek?**

V kontextu péče o psychické potřeby pacientek jmenovaly respondentky primárně péči psychologickou – zdá se, že jejich primární nastavení je tradiční – o psychickou stránku pacientek pečují psychologové, zdravotníci se starají o stránku fyzickou. Avšak z asociací k jednotlivým slovním spojením a později také ze samotného rozhovoru vyplynulo, že také zdravotníci mohou dle respondentek ve zlepšení psychického stavu ženám pomoci především vhodným přístupem. Některé se domnívaly, že vzhledem ke znalosti dané problematiky mohou být užitečnější, než mnozí psychologové.

Spolupráce s psychology se mezi jednotlivými centry lišila (v některých centrech je psycholog součástí týmu, v jiných předávají kontakty, některé respondentky si nebyly existence kontaktů vědomy), obecně ji však respondentky považovaly spíše za nedostatečnou.

Zdravotníci mohou dle respondentek přispět k lepšímu psychickému stavu pacientek především svým přístupem, který by měl být milý, trpělivý, pozitivní, podporující a ke každé ženě individuální. Některé respondentky uvedly, že ženy se často cítí lépe, je-li jejich přístup neformální a snaží-li se atmosféru odlehčit. Nutná je však dle sester rovněž profesionalita zdravotníků a poskytování informací. Dále mohou zdravotníci pacientkám pomoci, poskytnou-li jim dostatek času a prostoru ke sdílení negativní pocitů s léčbou spojených. Dobrý vztah se zdravotníky přispívá dle sester k větší důvěře ve zdravotnický tým i v léčbu samotnou.

### **Výzkumná otázka: Jaké limity vnímají sestry v péči o psychické potřeby pacientek v centrech asistované reprodukce?**

Všechny respondentky v našem výzkumu uváděly možná zlepšení v péči o psychické potřeby pacientek v CAR, ve kterém pracují.

Ačkoliv míra spolupráce s psychologem se mezi jednotlivými centry lišila, většina respondentek by uvítala spolupráci užší. Dle některých by bylo např. vhodné, aby konzultace s psychologem byly automatickou součástí léčby neplodnosti v CAR, jiné se domnívaly, že by bylo užitečné, kdyby v případě, že je žena v péči psychologa, byl postup léčby konzultován také s ním.

Dále by bylo dle respondentek vhodné zajistit vyšší časovou dotaci na jednotlivé pacientky, aby byl prostor také na rozhovor o pocitech pacientky a aby nevznikal časový skluz, jehož následkem je dlouhé čekání v čekárnách. Vhodné by bylo, aby byly pacientky v péči jednoho lékaře a aby měly nejen během rozhovoru s ním, ale i v kontaktu se sestrou a na pokojích, kde leží po zákrocích, dostatek soukromí.

Některé vnímaly prostor ke zlepšení také v přístupu zdravotníků k pacientkám. Kvalitu péče o psychické potřeby pacientek na úrovni jednotlivých zdravotníků by dle některých bylo možné zlepšit vhodně zvoleným vzděláváním pro zdravotnický personál.

Jako další možnosti zlepšení péče o psychické potřeby pacientek uváděly respondentky používání alternativních metod (čínská medicína, akupunktura, cvičení dle Mojžíšové) v rámci léčby v CAR a zajištění návaznosti péče (na CAR by navazovala těhotenská poradna, případně by ženy měly možnost ve stejném prostředí také rodit).

Za užitečné považujeme zmínit, že dle některých respondentek nevyplývá nedostatečná péče o psychické potřeby pacientek pouze z limitů na straně zdravotnické péče, ale důvodem mohou být také aspekty na straně pacientek, zejména vnímání psychologické péče jako stigmatizující.

### **Výzkumná otázka: Co sestry připravilo na péči o psychické potřeby pacientek?**

Většina respondentek se shodovala, že v této oblasti jim nejlépe pomohla praxe a zkušenosti s prací s lidmi. Zmiňovány byly také zkušenosti z osobního života. Některé respondentky se domnívaly, že stěžejní je osobnostní nastavení člověka.

Některé vnímaly jako užitečná odborná školení, kterých se v rámci následného vzdělávání účastní. Pregraduální vzdělání většině z nich v této oblasti užitečné nebylo.

Domníváme se, že v péči o psychické potřeby pacientek se odráží rovněž psychický stav zdravotníků, kterému je vzhledem k psychické náročnosti dané profesi důležité se věnovat. V žádném centru, ve kterém pracují naše respondentky, není povinná supervize. Dvě respondentky uvedly, že mají možnost docházet k psychologovi v rámci svého pracoviště, ale tuto možnost nevyužívají. Respondentky uvedly, že čerpají energii k výkonu své profese v práci samotné prostřednictvím úspěchů pacientek, pozitivní zpětné vazby či díky kolektivu kolegů nebo ve volnočasových aktivitách a v kontaktu s blízkými lidmi.

Z výzkumu vyplývá, že sestry pracující v CAR si uvědomují psychosociální aspekty neplodnosti a jsou schopné vidět tuto problematiku v širším kontextu. Dle názoru mnoha z nich mají CAR v péči o psychické potřeby pacientek značné rezervy a bylo by vhodné, aby léčba neplodnosti v CAR byla na tuto problematiku zaměřená více.

Dle našeho názoru by bylo vhodné rozšířit vzdělávání zdravotníků v oblasti psychosociálních aspektů zdraví a nemoci a v péči o psychické potřeby pacientů. V současné době je vzdělávání v této oblasti dle respondentek spíše nedostatečné. Z dlouhodobého hlediska

by toto mohlo vést ke změně nazírání zdravotníků na nemoc a ke změně zdravotnické péče z čistě somatického přístupu na přístup biopsychosociální.

#### **9.4. Porovnání skupiny S a skupiny V**

Také ve druhé části výzkumu byly ve výzkumném souboru dvě skupiny respondentek, jejichž odpovědi nyní porovnáme.

Vzhledem k nízkému počtu respondentek v jednotlivých skupinách není možné se domnívat, že případné rozdíly v odpovědích mezi skupinami jsou dány faktem, že některá centra jsou soukromá nebo státní. Je velmi pravděpodobné, že zjištěné rozdíly jsou dány pouze individuálními charakteristikami respondentek. Přesto dále uvedeme rozdíly mezi skupinou S a V, které jsme zaznamenali a pokusíme se je vysvětlit s ohledem na status daného centra – zda se jedná o centrum státní či soukromé.

Dle našeho názoru souvisí se statusem centra asistované reprodukce častější stížnosti respondentek pracujících ve státních centrech na nedostatečné personální zajištění – respondentky uváděly, že se jedná nejen o nedostatek lékařů jako takových, ale také o velké množství lékařů pracujících pouze na částečný úvazek. Toto si vysvětlujeme nižším finančním ohodnocením lékařů pracujících ve státních zařízeních, což také zmiňovaly samotné respondentky.

Respondentky ze skupiny V, tedy pracující ve státních centrech, častěji uváděly vyšší věk ženy, jako jednu z příčin neplodnosti či jako aspekt, který činí léčbu obtížněji zvladatelnou. Tento fakt můžeme dát do souvislosti s věkem respondentek – ve skupině V jsou respondentky věkově starší a tedy je možné, že mají věkové omezení plodnosti ženy na vědomější úrovni než respondentky ze skupiny S. Dále je možné, že státní centra mají tendenci ženy s vyšším věkem častěji konfrontovat než centra soukromá, což potvrzují některé výpovědi respondentek ze skupiny V, které v přístupu zdravotníků k pacientkám vytýkaly právě nevhodné poznámky na jejich vyšší věk.

Respondentky ze skupiny V také méně často zmiňovaly čekání v čekárnách jako jeden z limitů péče o psychický stav žen, ačkoliv také v těchto zařízeních je čekání obvyklé. Domníváme se, že to může souviset s integrací CAR do nemocničního zařízení (státní CAR bývají umístěna v budově nemocnic - např. VFN, či porodnic - např. ÚPMD) a vnímáním jej v kontextu tradičního českého zdravotnictví, kde bývá čekání u lékaře běžné. Oproti tomu soukromá CAR se nacházejí v samostatné budově, bývají častěji vyhledávána cizinci, a proto

se domníváme, že poskytování péče je pojmáno více ve smyslu poskytování služby. Čekání je v takovémto případě méně přijatelné.

Respondentky ze skupiny V častěji uváděly potřebu změny přístupu zdravotníků k pacientkám. To je možné vysvětlit větší ochotou respondentek ze skupiny V negativně se vyjadřovat o podmínkách svého pracoviště, což může souviset s jejich vyšším věkem a většími pracovními zkušenostmi, ale také se skutečně lepším přístupem zdravotníků k pacientkám v soukromých centrech.

Respondentky ze skupiny S považovaly školení, která navštěvují v rámci dalšího vzdělávání, za užitečnā častěji než respondentky ze skupiny V. Domníváme se, že jedním z důvodů může být organizace vlastních školení soukromými centry, která mohou být pro respondentky v rámci této oblasti přínosnější. Dalším důvodem může být také nižší věk respondentek ze skupiny S a s tím související větší chuť se vzdělávat.

Některé respondentky ze skupiny S považovaly určité předměty, které absolvovaly v rámci pregraduálního vzdělávání, pro péči o psychické potřeby pacientek za užitečné. Ze skupiny V toto nezmínila ani jedna. Vzhledem k tomu, že přínos pregraduálního vzdělávání zmínily respondentky, které své vzdělání ukončily v nedávné době, je možné na tento rozdíl pohlédnout pozitivně a to ve smyslu zlepšující se kvality českého školství a pojmání zdravotních potíží pacientů komplexněji, tedy také s jejich psychosociálními aspekty. Spíše se však domníváme, že tento rozdíl je dán čistě individuálním pohledem; jiné nedávné absolventky toto totiž nezmiňovaly.

Výše zmíněné postřehy jsou však spíše hypotézami, které by bylo nutné ověřit kvantitativně.

## **9.5. Porovnání první a druhé části výzkumu**

První část našeho výzkumu byla zaměřena na prožívání nedobrovolné bezdětnosti ze strany žen, druhá se týkala pohledu sester na problematiku neplodnosti v jejích psychosociálních souvislostech a na péči o psychické potřeby pacientek v CAR. Tyto části se v jisté oblasti doplňují – všechny ženy v našem výzkumu se s neplodností léčily ve zdravotnickém zařízení, většina z nich docházela do centra asistované reprodukce, tedy zažívala péči zdravotníků o psychické potřeby a jejich přístup k nim, což je dle našeho názoru ovlivněno pohledem zdravotníků na psychosociální aspekty této problematiky. Zdravotníci v CAR jsou zase v každodenním kontaktu se ženami řešícími potíže s plodností, jsou

konfrontování s jejich potřebami a vidí, jak neplodnost samotná i její léčba ovlivňují psychický stav žen, což dle našeho názoru formuje jejich pohled.

V této kapitole porovnáme výpovědi žen s potížemi s plodností a sester, které pracují v CAR, kde se většina těchto žen léčila. Porovnání pohledů těchto „dvou stran“ nám pomůže zjistit, zda si sestry uvědomují potřeby svých pacientek, zda považují za obtížné stejné oblasti léčby a zda se shodují jejich názory na přístup zdravotníků a vhodnou péči o psychické potřeby pacientek v CAR.

Otázky, které jsme pokládaly ženám s potížemi s plodností a sestrám pracujícím v CAR se lišily, protože se lišil také cíl jednotlivých částí výzkumu – naším primárním cílem nebylo zjistit, zda se sestry a pacientky v pohledu na péči o psychické potřeby pacientek CAR shodují. Níže uvádíme témata, ke kterým se vyjádřily respondentky z obou částí výzkumu a to i přes odlišný cíl výzkumu a odlišné okruhy pokládaných otázek.

Z výpovědí sester je zřejmé, že si uvědomují **psychickou náročnost** léčby neplodnosti metodami asistované reprodukce. Stejně jako ženy s potížemi s plodností také sestry uváděly negativní emoce a výkyvy nálad, které léčbu doprovází, a které dávaly do souvislosti s podávanými hormony. Respondentky v obou částech výzkumu zmínily střídání **naděje a zklamání** – pacientky obvykle zahajují cyklus asistované reprodukce s velkou nadějí a vírou, že tentokrát bude úspěšný, což bývá vystřídáno hlubokým zklamáním, pokud se úspěch nedostaví.

Sestry i pacientky léčící se s neplodností vnímaly období nedobrovolné bezdětnosti a její léčby jako velmi zatěžující pro **partnerský vztah**. Obě skupiny respondentek uváděly negativní vliv na sexuální život partnerů a zvýšené riziko rozpadu vztahu. Ženy s potížemi s plodností však na rozdíl od sester jmenovaly i pozitivní dopady jako např. sblížení partnerů či dlouhodobé zlepšení v komunikaci.

Většina sester pracujících v CAR uvedla, že ženám může v otěhotnění pomoci, **přestanou-li na potíže s plodností myslet** a nebudou-li se na otěhotnění a následné rodičovství příliš upínat. Ženy s potížemi s plodností naopak uváděly, že tyto „rady“ slyšely nejen od zdravotníků, ale také od svých známých a považovaly je za nepříjemné a nereálné.

Obě skupiny vnímaly význam **sociálního okolí** ve zvládnání nedobrovolné bezdětnosti a léčby neplodnosti a to jeho možný pozitivní vliv (podpora) i vliv negativní (nevhodné poznámky, nepochopení, tlak na založení rodiny). Shodovaly se rovněž ve větší psychické náročnosti samotné neplodnosti i její léčby se **zvyšujícím se věkem ženy**. Za zatěžující shodně považovaly také **finanční a časovou náročnost** léčby.

Sestry zmiňovaly, že **přístup zdravotníků** nebývá vždy ideální, což dokládají výpovědi některých žen, které se v CAR léčily - léčbu považovaly mnohdy za degradující, chyběl jim **individuální přístup** ze strany zdravotníků, jehož význam zmiňovaly také sestry. Napětí mezi zdravotníky a pacientkami dle obou stran nastávalo např. ve chvíli, byla-li žena upozorněna na příliš **vysoký věk** a na sníženou pravděpodobnost otěhotnění s tím související. Sestry často uváděly, že je povinností zdravotníků tyto informace pacientce předat, na druhou stranu i ony připouštěly, že někdy bývají na vysoký věk upozorňovány příliš často a nevhodným způsobem. Pro pacientky bylo upozornění na vysoký věk často zraňující, vnímaly v něm hodnocení lékaře a nedostatek respektu. Otázkou však zůstává, zda ženy vnímaly úkorně upozornění na vysoký věk jako takové či zda byla pro ně nepříjemná spíše zvolená forma sdělení. Pacientky oceňovaly **osobní přístup** zdravotníků a určitou „lidskost“ v kontaktu, což zmiňovaly také sestry.

Ženy léčící se s neplodností uváděly význam **sdílení svých pocitů a obav** souvisejících s neplodností a její léčbou; zmiňovaly, že zdravotníci často neměly dostatek času se jim věnovat. Tuto potřebu si uvědomovaly také sestry v CAR a nedostatek času a vhodného prostoru k tomu vymezeného vnímaly jako značný nedostatek.

Ačkoliv se obě skupiny shodovaly, že je neplodnost i její léčba pro pacientky náročná, lišily se v názoru na vyhledání **psychologické pomoci**. Sestry považovaly psychologickou pomoc za stěžejní způsob péče o psychický stav pacientek, některé dokonce navrhovaly, aby konzultace s psychologem byly automatickou součástí léčby v CAR, jiné se domnívaly, že by bylo vhodné konzultovat léčbu pacientky s psychologem, pokud k němu dochází. Ženy léčící se s neplodností měly na psychologickou pomoc jiný pohled. Asi polovina žen psychologickou pomoc nevyhledala a to i přes zmiňovaný psychický dyskomfort. Jako důvody uváděly nedůvěru v efektivitu psychologických konzultací, časovou náročnost nebo se domnívaly, že jejich situace „ještě není tak vážná“, což může souviset s názorem sester, že vyhledání psychologické pomoci považují pacientky často za stigmatizující. Jedna žena léčící se s neplodností vysloveně sdělila, že psychologickou pomoc přímo v CAR by nevyhledala, protože předpokládala, že by ji tamější psycholog vedl k takovým rozhodnutím, ze kterých by mělo CAR zisk.

Obě skupiny respondentek zmiňovaly rovněž možnost využití **alternativních metod** v léčbě neplodnosti – většina žen s potížemi s plodností některou z těchto metod vyzkoušela; dle několika sester by bylo vhodné zařadit některé z nich do metod léčby neplodnosti v CAR.

Pohled sester na služby poskytované v CAR odpovídá v mnoha ohledech zkušenostem žen, které v těchto centrech potíže s plodností řešily. Sestry jmenovaly více oblastí, které by dle jejich názoru bylo vhodné v péči o pacientky zlepšit, ale vzhledem k tomu, že rozhovor se



ženami s potížemi s plodností se na toto téma primárně nezaměřoval, nepovažujeme to za směrodatné. Sestry byly rovněž schopné zachytit zásadní obtíže, se kterými se pacientky během léčby v CAR setkávají.

V několika oblastech se však názory sester a pacientek rozcházel. Respondentky se lišily v pohledu na vztah nedobrovolně bezdětných partnerů – obě skupiny zmiňovaly, že neplodnost a její léčba bývá pro vztah náročná, ženy s potížemi s plodností však uváděly také benefity, které mohou nastat, podaří-li se partnerům toto období překonat. Je zřejmé, že sestry neprobírají s pacientkami tato témata do hloubky a tedy si pravděpodobně neuvědomují, že aktuální vztahové napětí, které v centru registrují, může přejít ve sblížení partnerů, podaří-li se jim potíže překonat. Pro péči o psychické potřeby pacientek v CAR vnímáme jako stěžejní, že si sestry uvědomují náročnost léčby pro vztah. Uvědomění možných benefitů by mohlo pomoci sestřím v komunikaci s pacientkami, které řeší aktuální partnerské potíže – mohly by jim sdělit pozitivní zkušenost jiných pacientek a tím je podpořit a povzbudit.

Rozdíly v odpovědích však mohou být dány rovněž odlišným zaměřením rozhovorů obou skupin – ženy s potížemi s plodností byly přímo dotazovány na pozitivní aspekty, které neplodnost a její léčba do vztahu přinesly, zatímco sestry byly dotazovány jen na obtíže s léčbou v CAR spojené. V odpovědích pacientek může hrát roli také obranný mechanismus racionalizace, který je vede k hledání pozitivních aspektů náročné situace a pomáhá jim tak tuto zkušenost překonat.

S péčí o psychické potřeby pacientek v CAR souvisí názor sester, že ženám může v otěhotnění pomoci, přestanou-li na potíže s plodností myslet a najdou-li rozptýlení v jiné činnosti. Pro ženy byla tato informace často zdrojem dyskomfortu. Názor sester vyplývá z přesvědčení, že zdroj neplodnosti je částečně „v hlavě“; frustrace žen z této rady souvisí s nereálností jejího splnění – mnoho z nich uvádělo, že je nemožné přestat se na léčbu soustředit, jsou-li se svou neplodností každodenně konfrontovány a musí-li provádět praktické úkony spojené s léčbou.

Tomuto by dle našeho názoru bylo možné předejít **větší informovaností zdravotníků o potřebách pacientek a jejich prožitcích** s léčbou spojených a zároveň osvojením komunikačních dovedností, díky kterým by stejnou informací, dokázali sdělit „vhodněji“, pro pacientky přijatelněji. V tomto případě například nahradit radu „nemyslet na to“ doporučením relaxací, odpočinku či společným hledáním aktivit, které by pacientce přinesly radost.

Za významné považujeme také téma psychologické pomoci v rámci CAR. V našem výzkumu kontaktovalo odborníka na psychické zdraví 6 z 11 žen s potížemi s plodností. Čtyři ženy užívaly psychofarmaka a zároveň docházely k psychologovi; jedna docházela pouze

k psychologovi, jedna pouze užívala psychofarmaka. Vzhledem k tomu, že všechny respondentky hodnotily období nedobrovolné bezdětnosti a její léčby za nadměrně psychicky náročné, považujeme za nutné, aby o **psychický stav pacientek bylo pečováno také ze strany zdravotníků** a to především proto, že ne všechny pacientky, které to potřebují, pomoc psychologa skutečně vyhledají. Za zamyšlení stojí také způsob, kterým jsou pacientkám psychologové doporučováni. Dle našeho názoru by k větší ochotě pacientek navštívit odborníka na psychické zdraví přispělo pojmání psychologické péče v rámci léčby v CAR za normální a samozřejmé.

Ačkoliv psychologickou péčí považovaly všechny sestry v našem výzkumu pro své pacientky za důležitou, otázkou je, jaký je jejich osobní vztah k ní – domníváme se, že **osobní zkušenost s psychologickou péčí**, ať již ve formě supervize či kratších sebezkušenostních kurzů, by sestrám ukázala, o co se jedná, měly by osobní zážitek a tuto zkušenost by mohly předávat svým pacientkám. Tento zážitek by jim mohl pomoci nejen v profesionálním růstu a v péči o psychický stav pacientek, ale jejich doporučení psychologické pomoci by mohlo být podpořeno osobními zkušenostmi, čímž by bylo částečně sníženo stigma psychologické péče a některým pacientkám by to mohlo dodat odvahu k jejímu vyhledání.

**Vhodný přístup** zdravotníků k pacientkám je dle našeho názoru základem kvalitní péče o psychické potřeby pacientek v CAR, zároveň se však domníváme, že by si zdravotníci měli během svého pregraduálního studia i během následného vzdělávání osvojovat kompetence, které by jim pomáhaly řešit náročné situace a poskytovat pacientkám psychickou podporu. Domníváme se, že by měli být **seznámeni s psychickými potřebami pacientek v CAR a s tématy**, která v rámci léčby často řeší. Za vhodné považujeme osvojení **kommunikačních dovedností**, absolvování **sebezkušenostních výcviků či kurzů** a odborně vedenou **supervizi**.

## 10. DISKUZE

V této kapitole porovnáme výsledky našeho výzkumu s výsledky jiných studií, budeme se věnovat omezením našeho výzkumu a to z hlediska vybraných metod, výzkumného souboru a pracovního postupu. Rovněž se budeme zabývat doporučením pro možné směřování dalších výzkumných aktivit, etickými otázkami a přínosem našeho výzkumu pro praxi.

### 10.1. Porovnání výsledků první části výzkumu s výsledky jiných studií

Cílem první části výzkumu bylo porozumět tomu, jak ženy prožívají nedobrovolnou bezdětnost - jaké faktory působí na jejich psychický stav, co jim pomáhá situaci zvládat a co je pro ně naopak stresující. Dále jsme chtěli zjistit, jaký význam připisují rodičovství a jakou roli má nedobrovolná bezdětnost v jejich partnerském vztahu.

Naše výsledky nyní porovnáme s odbornou literaturou a s výsledky studií, které v této oblasti již byly realizovány. Vzhledem k tomu, že se tato kapitola týká výsledků první části výzkumu, pod pojmem „respondentky“ uvažujeme v této kapitole ženy s potížemi s plodností.

Matějček (1986) 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 považuje za stěžejní psychické potřeby, které jsou prostřednictvím rodičovství naplňovány. V odpovědích respondentek v našem výzkumu byly nejvýrazněji zastoupeny motivy týkající se naplňování psychických potřeb. Respondentky považovaly děti za smysl svého života, očekávaly, že jim přinesou do života nové podněty, přispějí k větší soudržnosti partnerství a ony budou moci o někoho pečovat. Většina respondentek vnímala dítě jako normální, přirozenou součást života ženy.

Naše výsledky se shodují s výsledky Hoffmana a Manise (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 a stimulace a vidí v něm jakési symbolické pokračování sebe sama. Hoffman a Manis (1979) uvádějí 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) 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, společenské hodnoty a otevřené budoucnosti (přesah své vlastní existence). Matějček uvádí navíc potřebu životní jistoty.

Výsledky našeho výzkumu jsou rovněž v souladu s výzkumem Pakosty (2009), který se zabýval hodnotou dětí pro partnery v České republice. Podle Pakosty (2009) vnímala většina respondentů rodičovství jako přirozenou součást svého života, dítě spojovali se zachováním rodu a viděli v něm prostředníka pro předání rodinné tradice. Stejně jako v našem výzkumu, si také respondenti Pakosty uvědomovali omezení, která dítě do života může přinést. Často uváděli nutnost podřídit svůj život dítěti a omezit tak některé své aktivity.

K podobným výsledkům jako my došel ve své disertační práci také Karel (2013). Ženy v jeho výzkumu často cítily nevysvětlitelnou touhu mít dítě, které vnímaly jako zdroj uspokojení některých svých potřeb (dítě jako zdroj nových podnětů, životního smyslu a radosti). Respondentky ve výzkumu Karla (2013) se rovněž domnívaly, že dítě naplní potřebu kontinuity a vyřeší jejich samotu. Objevoval se u nich také motiv větší soudržnosti partnerství a společenské „normality“, jak je tomu i v našem výzkumu.

Naše výsledky se částečně shodují se zjištěním zastánců biologických teorií - Barrett, Dunbar a Lycett (2007), Foster (2000), Morgan a King (2000), Potts (1997), Rogers (1990) a Turke (1989). Např. Foster (2000) uvádí, že ženy mají vrozenou predispozici k mateřskému chování a plození dětí. Respondentky v našem výzkumu vnímaly dítě jako přirozenou součást života ženy - konkrétně sice nejmenovaly mateřský pud, o kterém mluví Foster (2000), 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 popisují např. Badinter (1998), Beauvoir (1966), Neyer a Bernardi (2011), Reed (1923) a Reger (2001) se ve výpovědích našich respondentek také objevuje (je „normální mít dítě“), rozhodně však z našeho výzkumu nevyplývá, že by tato okolnost byla hlavním důvodem touhy po dítěti.

Názory zastánců mikroekonomické teorie, mezi které se řadí např. Becker (1960) a Leibenstein (1974), 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 uváděly větší finanční náročnost a menší pohodlnost života s dětmi.

Všechny respondentky v našem výzkumu prožívaly v období nedobrovolné bezdětnosti mnoho **negativních emocí** jako je 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. Negativní emoce u žen s potížemi s plodností zaznamenali také např. Johansson a Berg (2005), Karel (2013), Kirca a Pasinlioglu (2013) a Konečná (2003).

Ve výzkumu Johanssona a Berga (2005) vyjadřovala většina žen zármutek nad bezdětností, nemožností reprodukce a nemožností prožít sebe sama v roli matky; ve výzkumu Kirca a Pasinlioglu (2013) ženy zmiňovaly 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.

Karel (2013) uvádí, že s postupujícím věkem žen se přidává také obava, že už mít dítě nestihnou, tedy jsou jejich negativní emoce ještě intenzivnější, což potvrzují rovněž Drosdzol a Skrzypulec (2009). Zvyšující se obavy se stoupajícím věkem zmiňovaly respondentky také v našem výzkumu.

Respondentky v našem výzkumu přiznávaly, že v tomto období byly jejich emoce jen těžko ovladatelné a ony často reagovaly přehnaně. Terčem negativních emocí byl mnohdy jejich 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 vadily právě zmiňované „citové výlevy“ jejich partnerek.

V souvislosti s emočním stavem žen s obtížemi s plodností je vhodné uvést, že v našem výzkumu mnoho respondentek sdělovalo, že je pro ně obtížné setkávat se s **těhotnými ženami a malými dětmi**. Respondentky často těhotným ženám nebo ženám s malými dětmi záviděly, cítily vůči nim vztek, což ve svém výzkumu zaznamenal také Karel (2013). Miller (2009) zjistil, že nedobrovolně bezdětní partneři mají tendenci vyhýbat se přátelům, kteří děti mají, což může postupně vést až k sociální izolaci. Konečná (2003) rovněž zaznamenala tuto tendenci nedobrovolně bezdětných žen, ale zároveň zjistila, že někteří nedobrovolně bezdětní naopak kontakt s dětmi vyhledávají.

Karel (2013) dává negativní pocity žen s potížemi s plodností do souvislosti s **léčbou metodami asistované reprodukce**, ale podle našeho názoru nelze jednoznačně určit, které pocity jsou spojeny s neplodností samotnou a které s její léčbou. Je však nutné si uvědomit, že léčba neplodnosti metodami asistované reprodukce bývá pro ženy další psychickou zátěží.

Také Miller (2009) poukazuje na negativní působení léčby neplodnosti na psychiku žen. Mluví zejména o poruchách spánku, změnách nálad, podrážděnosti a depresi, které dává do souvislosti s užívanou medikací. Abbey, Andrews a Haltman, (1994), Cwikel, Gidron, Sheiner (2004), Johansson, Berg (2005), Miller (2009) nebo Wirtberg et al. (2006) rovněž uvádějí, že

léčba metodami asistované reprodukce je spojena s negativními emocemi, což sdělovaly také naše respondentky - ty jmenovaly zejména vliv podávaných hormonů na svůj emoční stav a střídající se naděje a zklamání, které doprovázely léčbu a její neúspěchy. Střídání naděje a zklamání u žen léčících se metodami asistované reprodukce uvádí ve své disertační práci rovněž Slepíčková (2011b) a zaznamenává je ve své diplomové práci také Pomahačová (2006).

Respondentky Karla (2013) často považovaly centra asistované reprodukce za organizace, které vydělávají na neštěstí druhých. Tento pocit jsme zaznamenali také u některých našich respondentek, které nebyly spokojeny s **přístupem zdravotníků** a domnívaly se, že jim jde spíše o zisk než o lidi a chyběl jim osobnější přístup ze strany zdravotnického personálu. Přístup zdravotníků bývá dle Soutera et al. (1998) jednou z oblastí, na kterou si pacienti v souvislosti s péčí v CAR často stěžují; nespokojeni s tímto byly např. respondentky ve výzkumu Culleyho et al. (2006). Respondenti v dalších studiích (Culley et al., 2006; IBRS, 2012; Kerr, Brown, Balen, 1999; Read et al., 2014; Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010b) měli pocit, že se jim v centrech nedostává dostatečné psychické podpory.

Jako další stresory spojené s léčbou neplodnosti uváděly respondentky v našem výzkumu **časovou náročnost** léčby, na kterou upozorňují rovněž Culley et al. (2006), Miller (2009) a Souter et al. (1998); **finanční náročnost**, kterou zmiňují Miller (2009), Takabayashi a Shimada (2010); a **fyzickou náročnost**, kterou uvádí také Konečná (2003). Některé respondentky v našem výzkumu byly rovněž nespokojené s prostředím CAR – nespokojenost se zázemím v CAR zaznamenal také výzkum realizovaný v České republice společností IBRS (2012).

V souladu s našimi výsledky také další práce uvádějí význam **sociálních vztahů** během období nedobrovolné bezdětnosti (Kirca, Pasinlioglu, 2013; Kirkman, 2003; Konečná, 2003). Pro respondentky v našem výzkumu byla důležitá podpora rodiny a přátel, oceňovaly, mohly-li s okolím své potíže **sdílet**. High a Steuber (2014) a Jordan a Reverson (1999) zjistili, že ženy se často (častěji než muži) vyrovnávají s nedobrovolnou bezdětností tak, že sdílejí své pocity a zkušenosti s jinými lidmi. Berghuis a Stanton (2002) rovněž upozorňují na pozitivní efekt sdílení - pouhé sdílení obav vede k poklesu stresu a ke snížení depresivních symptomů.

Respondentky v našem výzkumu však mluvily nejen o podpoře svého sociálního okolí, ale zmiňovaly také postoje a reakce, které jim **náročnou situaci ztěžovaly**. Na nevhodné chování ze strany okolí nedobrovolně bezdětných upozorňují také Karel (2013) a Konečná (2003), kteří za jeden ze stresorů považují explicitně vyjádřené očekávání potomka či údiv okolí, že partneři ještě žádného nemají. Konečná (2003) dále uvádí, že okolí dává mnohdy partnerům najevo, že si za nedobrovolnou bezdětnost mohou sami, u mužů zpochybňuje 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. Toto odpovídá výpovědím našich respondentek, které vnímaly jako zatěžující nevhodné poznámky okolí, nepříjemné otázky, chlácholení nebo nevyžádané rady.

Stejně jako Konečná (2003) se také my na základě svých zjištění domníváme, že nedobrovolně bezdětné ženy trpí nejen faktem, že nemohou mít děti, ale mnohdy také nevhodnými reakcemi sociálního okolí, se kterými se setkávají.

Ve svém výzkumu jsme se rovněž zabývali pohledem nedobrovolně bezdětných žen na **život bez vlastních dětí**. Nejsou-li partneři na cestě za dítětem úspěšní, hledají jiné způsoby naplnění svého života. Někteří nedobrovolně bezdětní se začnou více věnovat svému partnerskému vztahu, jiní pečují o děti někoho jiného, začnou budovat kariéru, pořídí si zvíře (Konečná, 2003) nebo se rozhodnou pro náhradní rodinnou péči (Hašková, 2009; Matějček, Dytrych, 1997; Slepíčková, 2011a; Slepíčková, Fučík, 2009). Podobné aktivity uváděly také respondentky v našem výzkumu – jako alternativy volily často další studium, profesní život, cestování, péči o zvíře nebo rozvoj svých osobních zájmů. Některé se rovněž zamýšlely nad náhradní rodinnou péčí.

Slepíčková (2011a) rozděluje respondentky ve svém výzkumu do dvou skupin, podle toho, zda považují mateřství za jedinou smysluplnou náplň 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, i kdyby jejich partnerství mělo zůstat bezdětné.

Důležitým tématem našeho výzkumu byl **partnerský vztah** nedobrovolně bezdětných párů, který bývá neplodností a její léčbou zasažen (např. Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, 2011; Chandra et al., 1991; Konečná, 2003; Kubcová, Kubcová, 2005; Sobotková, 2007; Wirtberg et al., 2006).

Zásadním tématem v problematice neplodnosti je vzájemná **podpora partnerů** (Gibson, Myers, 2002; Kirkman, 2003; Martins et al., 2014; Sobotková, 2007); také ve výpovědích našich respondentek se toto téma objevovalo - respondentky mluvily o podpoře, kterou jim partneři poskytovali, ne vždy však považovaly jejich podporu za dostatečnou, ale uznávaly, že se je jejich partner podpořit snaží. Podle Sobotkové (2007) si muži často uvědomují, že žena je nedobrovolnou bezdětností zasažena více, protože právě ona musí podstupovat většinu nepříjemných vyšetření, ať již je příčina neplodnosti jakákoliv, proto se ji většinou snaží podporovat a situaci jí co nejvíce usnadnit.

Některé respondentky v našem výzkumu měly pocit, že nedobrovolnou bezdětností se **trápí ony více, než jejich partner**. Také Slepíčková (2011a) uvádí, že varianta života bez dětí bývá 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. Mnohé studie (Dyer, Lombard, Van der Spuy, 2009; Hadley, Hanley, 2011; Mehdi Akhondi et al., 2013; Onat, Beji, 2012) však ukazují, že také pro muže je neplodnost zdrojem stresu, deprese či pocitů méněcennosti. Domněnky žen, že jejich partner není problémem zasažen stejně jako ony, mohou souviset s tendencí mužů neprojevat své emoce navenek, ale spíše je potlačovat (Keylor, Apfel, 2010; Mehdi Akhondi et al., 2013; Wischmann, Thorn, 2013).

Respondentky v našem výzkumu uváděly, že v souvislosti s neplodností a její léčbou došlo ke snížení **spokojenosti v jejich partnerství**. O negativním působení neplodnosti a její léčby na partnerský vztah mluví rovněž Chandra et al. (1991), Sobotková (2007) a Wirtberg et al. (2006).

Respondentky v našem výzkumu uváděly potíže se **sexualitou**. Zmiňovaly, že sexu v této době ubývalo a přestával být vnímán jako radostný cíl, ale jako prostředek k početí dítěte. Potíže v sexualitě zmiňují také další autoři, např. Elstein (1975), Karel (2013), Kirca a Pasinlioglu (2013) nebo Pastor (2010). Podle Pastora (2010), stejně jako podle našich výsledků, měly ženy tendenci směřovat většinu sexuálních aktivit do svého plodného období a mimo toto období se koitu spíše vyhýbaly, aby „šetřily partnerovo sperma“. Ženy odmítaly rovněž mimokoitální sexuální aktivity, které považovaly za „ztrátu času“ a po sexu často zaujímaly nejrůznější polohy, které podle jejich názoru měly zvýšit pravděpodobnost početí (Pastor, 2010). Respondentky Karla (2013) mluvily o mechanické podobě sexuálního styku, jehož jediným účelem je reprodukce.

Z výše uvedeného je patrné, že nedobrovolná bezdětnost negativně působí na partnerskou spokojenost, která může vést až k rozpadu partnerského vztahu, což uváděly některé naše respondentky. Nižší stabilitu partnerského vztahu u párů s poruchami plodnosti uvádí také Fledderjohann (2017) nebo Konečná (2003). Naopak Droszol a Skrzypulec (2009) zjistili, že partnerský vztah neplodného páru bývá obvykle stabilnější. Je tedy otázkou, zda by vztahy, jejichž konec připisují ženy nedobrovolné bezdětnosti, vydržely, kdyby partneři děti měli.

Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia (2011), Karel (2013), Konečná (2003), Kubcová a Kubcová (2005) a Schmidt (2009) se domnívají, že nedobrovolná bezdětnost může mít na partnerský vztah také **pozitivní vliv**, což se shoduje s tvrzením některých našich respondentek,



kteře uváděly, že je tato zkušenost s partnerem sblížila, některé zaznamenaly zlepšení ve vzájemné komunikaci.

Konečná (2003) i Kubcová a Kubcová (2005) zjistily, že pokud se podaří partnerům období nedobrovolné bezdětnosti překonat, vede tato zkušenost ke **sblížení partnerů** a k upevnění a prohloubení jejich vztahu, což vyplývá také z našeho výzkumu. Schmidt (2009) předpokládá, že toto období vede ke zlepšení vztahu v případě, když spolu partneři otevřeně komunikují.

V našem výzkumu jsme se rovněž zaměřily na postoj žen s potížemi s plodností k **psychologické pomoci**. Ačkoliv psychickou náročnost v období řešení nedobrovolné bezdětnosti uvádělo všech jedenáct respondentek, pouze šest z nich vyhledalo odbornou pomoc - čtyři respondentky využívaly pomoc farmakologickou i psychologickou, jedna docházela pouze na psychoterapii, jedna užívala jen psychofarmaka. Respondentky, které pomoc odborníka nevyhledaly, uváděly mezi důvody nedůvěru v účinnost psychoterapie; nedostatek času; nepovažovaly svou situaci za tolik vážnou nebo uváděly, že v době, kdy neplodnost řešily, nebývala psychologická péče běžná.

Někteří autoři (Dancet et al., 2011; Hammarberg, Astbury, Bakera, 2001; Konečná, 2003) se domnívají, že mnoho lidí považuje vyhledání psychologické pomoci za stigmatizující. Konečná (2003) uvádí, že se lidé často potýkají s předsudky, kvůli kterým nevyhledají odbornou **psychologickou pomoc** ani v případě, kdy již sami nevědí, jak dál. Není výjimkou, že lidé považují kontaktování odborné pomoci za projev neschopnosti řešit si sami vlastní problémy.

## 10.2. Porovnání výsledků druhé části výzkumu s výsledky jiných studií

Cílem druhé části výzkumu bylo blíže se seznámit s pohledem sester pracujících v centrech asistované reprodukce na problematiku neplodnosti a její psychosociální aspekty. Pozornost byla věnována především pohledu sester na přístup zdravotníků k pacientkám v CAR a na péči o jejich psychické potřeby. Vzhledem k tomu, že se tato kapitola týká výsledků druhé části výzkumu, pod pojmem „respondentky“ máme na mysli sestry pracující v CAR.

V této kapitole budeme porovnávat naše výsledky s odbornou literaturou a výsledky jiných studií.

Všechny respondentky v našem výzkumu se domnívaly, že **psychický stav může v určité míře působit na plodnost, tedy ji může také snižovat**. Odborníci zabývající se

psychogenní neplodností však v této otázce nedocházejí k jasnému konsensu. Psychoanalyticky orientovaní autoři např. tvrdí, že příčinou neplodnosti může být ambivalence rodičů k narození dítěte (Desjardins-Simon, Debras, 2015), kterou zmiňovaly také naše respondentky, jiní však tento názor odmítají (Wischmann, 2011). Respondentky v našem výzkumu rovněž často uváděly jako jeden z důvodů neúspěšnosti početí prožívaný stres, který ovlivňuje hladinu hormonů v těle žen, což potvrzují např. An et al. (2013), Ebbesen et al. (2009), Matějů, Weiss, Urbánek (2005a) a Smeenk et al. (2005), ale jiní autoři (např. Boivin, Griffiths, Venetis, 2011; Matthiesena et al., 2011) vliv stresu na plodnost zpochybňují.

Dále naše respondentky zmiňovaly případy, kdy ženy otěhotněly po objednání do CAR nebo po adopci dítěte, což dávaly do souvislosti s menší pozorností zaměřenou na daný problém. Podobné případy zmiňuje také Born (1989), avšak studie na toto téma realizované nejsou v souladu - některé souvislost mezi adoptí a následným početím vyvracejí (např. Lamb, Leurgans, 1979), dle jiných určitá spojitost možná je (např. Kraus, 2008). Gibson a Myers (2002) ve svém výzkumu zjistili, že možnost vychovávat děti v pěstounské péči má pozitivní vliv na snížení stresu nedobrovolně bezdětných žen, avšak souvislosti s následným otěhotněním se tato studie nevěnovala. Snížení stresových hormonů po adopci dítěte však může být dle našeho názoru vysvětlením následného otěhotnění.

Některé respondentky v našem výzkumu se domnívaly, že psychický stav může rovněž ovlivnit úspěšnost léčby metodami asistované reprodukce. Tento názor potvrzuje studie, která se zabývala pacienty s depresí – v tomto výzkumu byla léčba neplodnosti v CAR signifikantně úspěšnější u pacientů, kteří absolvovali psychoterapii a užívali antidepresiva, oproti těm, kteří toto nepodstoupili (Ramezanzadeh et al., 2011). Vyšší pravděpodobnost otěhotnění u psychiatrických pacientů po absolvování psychologických konzultací potvrdili také Hosaka et al. (2002) - ženy, které prošly psychologickou intervencí, prožívaly menší psychický dyskomfort a častěji se jim podařilo otěhotnět. Sahraian, Poorsamar, Jahromi Kargar (2014) potvrzují pozitivní vliv psychologických intervencí na pravděpodobnost početí také u nepsychiatrické populace.

Jiné studie však souvislost mezi psychologickou intervencí a zvýšenou pravděpodobností početí nepotvrzují (Boivin, 2003; Kupka et al., 2003; Wischmann, 2008).

V přístupu k pacientům zdůrazňovaly naše respondentky význam individuálního, podporujícího přístupu a respektu k potřebám každého pacienta. Tento pohled odpovídá „**na pacienta orientovanému přístupu**“, tak jak jej popisuje Aarts et al. (2011) a který je považován za jeden z nejdůležitějších aspektů zdravotnické péče (Corrigan et al., 2001).

Z výpovědí našich respondentek usuzujeme, že nazírají na **problematiku neplodnosti komplexně, v jejích psychosociálních souvislostech** a předpokládají určitý vztah mezi psychickým stavem žen a jejich plodností. Ať již je souvislost mezi psychickým stavem a pravděpodobností početí jakákoliv, dle našeho názoru je toto nastavení dobrým předpokladem k adekvátní péči o psychické potřeby pacientek v CAR.

Respondentky v našem výzkumu si uvědomovaly **náročnost neplodnosti i její léčby** – jejich pohled odpovídal prožitkům pacientek v CAR, které se účastnily našeho výzkumu i výsledkům dalších výzkumů týkajících se prožitků pacientů spojených s léčbou neplodnosti - **negativní emoce** spojené s léčbou jako jsou strach, lítost, frustrace, beznaděj, vztek naštvání a pocity méněcennosti, o kterých mluvily naše respondentky, zmiňují také Abbey, Andrews, Haltman, (1994), Cwikel, Gidron, Sheiner (2004), Johansson, Berg (2005), Miller (2009) nebo Wirtberg et al. (2006).

V souladu s našimi výsledky také další práce uvádějí význam **sociálních vztahů** během léčby neplodnosti (např. Kirca, Pasinlioglu, 2013; Kirkman, 2003; Konečná, 2003; Wirtberg et al., 2006) a zmiňují problémy, které se mohou vyskytnout ve **vztazích partnerských** (např. Chandra et al., 1991; Sobotková, 2007; Wirtberg et al., 2006). Neplodnost a její léčba mohou dle sester kvalitu těchto vztahů ovlivňovat, na druhou stranu dle některých výzkumů povaha těchto vztahů může hrát roli ve vnímání poskytované péče - s léčbou bývají spokojenější partneři, kteří mají pocit, že léčba jejich vztah posílila (Schmidt et al., 2003b) a ti, kteří si dokážou vzájemně poskytnout podporu (Wilkes et al., 2009). Na spokojenost s léčbou má rovněž vliv podpora širší rodiny (Wilkes et al., 2009) a spokojenost pacientů v sociálních vztazích (Aarts et al., 2012).

Partneři s potížemi s plodností však dle některých výzkumů (např. Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, 2011; Konečná, 2003; Kubcová, Kubcová, 2005) vnímají také pozitivní působení neplodnosti a její léčby na partnerský vztah, což naše respondentky (sestry v CAR) nezaznamenaly.

Drosdzol a Skrzypulec (2009) uvádějí souvislost mezi vyšším věkem partnerů a větším psychickým dyskomfortem. Také naše respondentky reflektovaly větší psychickou náročnost neplodnosti a její léčby pro starší pacientky.

Výzkumy zabývající se reflexí psychického stavu pacientek ze strany zdravotníků se nám nepodařilo dohledat a vzhledem ke specifičnosti daného tématu se domníváme, že nebývají realizovány. S tímto tématem však částečně souvisí problematika pohledu zdravotníků na péči o psychické potřeby pacientů v CAR, čemuž jsme se rovněž v našem výzkumu věnovali.

Takabayashi a Shimada (2010) uvádějí, že zdravotníci v jejich výzkumu v porovnání s pacienty nepovažovali informovanost za důležitý aspekt léčby v CAR a dostatečný význam nepřikládali ani otázce financování. V našem výzkumu zmínily sestry **finanční náročnost léčby**, jako jeden z aspektů, který je pro pacienty během léčby náročný, ale vzhledem k tomu, že jsme jejich hodnocení neporovnávali s hodnocením pacientů, nemůžeme tvrdit, zda je pro ně tato problematika stejně významná. Význam dostatečné **informovanosti** pacientů respondentky v našem výzkumu uváděly, ale nedostatek informací nepovažovaly za jeden z limitů péče v CAR.

Také Aarts et al. (2011) uvádějí aspekty péče v CAR, které jsou pro pacienty dle zdravotníků nejvíce náročné. Mezi limity péče uváděli zdravotníci špatnou dostupnost léčby, omezenou komunikaci se zdravotnickým personálem a nedostatečnou participaci pacienta na své léčbě. Dále se kriticky vyjadřovali k poskytování informací. Sestry v našem výzkumu zmiňovaly, že pro pacientky bývá náročná špatná **dostupnost léčby** a to zejména dostupnost časová (vysoká frekvence návštěv v CAR a ordinační hodiny centra, které se obvykle překrývají s pracovní dobou pacientek). Dále naše respondentky uváděly oblasti, které v této studii (Aarts et al., 2011) hodnotili kritičtěji pacienti než zdravotníci – **kontinuitu poskytované péče a přístup k pacientům** (nedostatek respektu, podpory,...). Dle Empela et al. (2011) mají zdravotníci tendenci podceňovat význam přístupu zdravotníků k pacientům a psychosociálních aspektů obecně a to i přesto, že si uvědomují jejich vliv na průběh léčby.

Výsledky získané v našem výzkumu se do jisté míry liší od studií již realizovaných. Domníváme se však, že hlavní příčinou tohoto nesouladu je odlišná metodologie a jiné zaměření výzkumu. Prezentované studie byly kvantitativního charakteru a zdravotníci měli hodnotit předem dané oblasti péče v CAR. Jejich hodnocení pak bylo porovnáváno s hodnocením pacientů, kteří se vyjadřovali ke stejným oblastem – zajímavé pak byly oblasti, kde se jejich hodnocení signifikantně rozcházelo. V našem výzkumu sestrám oblasti nabízeny nebyly, ale ony samy jmenovaly ty, které vnímaly jako problematické. Nevíme však, jakou míru významu dané oblasti připisují a do jaké míry ji vnímají jako problematickou; v případě, že by se náš výzkum orientoval tímto směrem, je možné, že by se s výsledky prezentovaných studií shodoval více.

Dále srovnáme limity péče o psychické potřeby pacientů v CAR, které jmenovaly naše respondentky s oblastmi, se kterými byli nespokojeni pacienti v CAR v jiných studiích.

Za značný problém považovaly respondentky v našem výzkumu **střídání ošetřujících lékařů u jednoho pacienta** – dle jejich názoru by měl být každému páru přidělen jeden lékař, který by jejich případ vedl a případně je posílal na vyšetření k dalším odborníkům.

Nespokojenost se střídáním lékařů jmenovali pacienti také v jiných studiích (např. IBRS, 2012; Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010b). Van Empel et al. (2010b) zmiňují také jeden z důvodů nespokojenosti s tímto stavem – podávané informace od jednotlivých lékařů se mnohdy liší, což vede ke zmatenosti pacienta – totéž uváděly také sestry v našem výzkumu.

Další oblastí nespokojenosti byla **časová náročnost léčby** – pacienti v některých výzkumech uváděli, že museli na lékaře dlouho čekat v čekárnách (IBRS, 2012; Souter et al., 1998), byli nespokojeni s častým opakováním jednotlivých vyšetření a dlouhými prodlevami mezi realizací jednotlivých zákroků (Culley et al., 2006; Souter et al., 1998). Časovou náročnost léčby uváděly také sestry v našem výzkumu, konkrétně jmenovaly dlouhé čekací doby v čekárnách, vysokou frekvenci návštěv v CAR a dlouhodobost léčby jako takové – dlouhé období mezi započatím léčby a její úspěšností.

Častou oblastí nespokojenosti byla **nedostatečná informovanost** ze strany zdravotníků o příčinách neplodnosti, vedlejších účincích užívané medikace či o alternativních možnostech léčby (Culley et al., 2006; Kerr, Brown, Balen, 1999; Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010b). Respondentky v našem výzkumu si uvědomovaly význam dostatečné informovanosti pacientů, nedostatek informací však nepovažovaly za jeden z limitů péče v CAR.

Oblastí nespokojenosti pacientů bývá také **přístup zdravotníků** (Souter et al., 1998). Toto téma zmiňovaly také naše respondentky, ale mnoho z nich rovněž přístup zdravotníků k pacientům ve svém zařízení oceňovalo – uváděly, že se snaží k pacientům přistupovat individuálně, pozitivně a profesionálně, jsou trpěliví, poskytují pacientům podporu, dostatečně je informují a snaží se o navození přátelské atmosféry; tyto údaje jsou v souladu s výsledky studií, které uvádějí, že pacienti bývají s péčí v CAR převážně spokojeni (Culley et al., 2006; IBRS, 2012; Schmidt et al., 2003b; Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010b).

V některých studiích (Culley et al., 2006; IBRS, 2012; Kerr, Brown, Balen, 1999; Read et al., 2014; Souter et al., 1998; van Empel et al., 2010b) pacienti považovali za nedostatečnou **péči o své psychické potřeby** – ocenili by více psychické podpory, ať již ze strany zdravotníků či formou psychologických konzultací. Také respondentky v našem výzkumu považovaly za vhodnou **užší spolupráci s psychologem**, čímž by dle jejich názoru došlo k výraznému zlepšení péče o psychický stav pacientek v CAR. Za významnou pomoc ze strany zdravotníků považovaly poskytnutí prostoru pro sdílení, které je však dle jejich názorů omezeno **nedostatečnou časovou dotací** na jednotlivé pacientky a často také **nedostatkem soukromí**, který sestry během konzultace s pacientkou pociťují.

Respondentky v našem výzkumu uváděly, že dostatečná péče o psychické potřeby pacientů v CAR není někdy uskutečněna z důvodů na straně pacienta. Sestry zmiňovaly, že

pacienti mnohdy pohlízejí na **psychologickou péči jako na stigmatizující**, což dle jejich názoru může vést k jejímu odmítnutí, ačkoliv by pro ně byla užitečná. K podobným poznatkům došly také další výzkumy - např. pacienti ve výzkumu Danceta et al. (2011) vnímali pozitivně, byl-li psycholog součástí týmu zdravotníků v centrech asistované reprodukce, ale emocionální podporu očekávali primárně ze strany lékařů a sester. Také ve výzkumu Hammarberga, Astburyho a Bakera (2001) většina respondentů uváděla, že možnost psychologických konzultací je důležitou součástí léčby, ale využilo ji pouze 15% z nich. Zdá se, že odbornou pomoc považuje mnoho jedinců za stigmatizující a vnímá ji jako poslední řešení svých psychických potíží a většině stačí vědomí, že tato možnost existuje a bude-li potřeba, mohou ji využít. Je však otázkou, zda pacienti budou schopni rozpoznat okamžik, kdy na své psychické potřeze sami nestačí a zda v této chvíli skutečně odbornou pomoc vyhledají.

Respondentky v našem výzkumu reflektovaly, že nespokojenost pacientek s péčí v CAR je často spojena s **neúspěchy v léčbě**. To potvrzují také další výzkumy, dle kterých jsou obecně s léčbou v CAR spokojenější partneři, kteří se stali rodiči (Hammarberg, Astbury, Baker, 2001; Schmidt et al., 2003b).

Shodně s našimi respondentkami řadí pacienti dle některých výzkumů mezi důležité oblasti péče v centrech asistované reprodukce **informovanost** pacientů ze strany zdravotníků (např. Dancet et al., 2011; Dancet et al., 2012; Jafarzadeh-Kenarsari et al., 2015; Schmidt et al., 2003a; Souter et al., 1998); **profesionalitu** zdravotníků (Dancet et al., 2012); **přístup zdravotníků** - respektující, empatický, podporující apod. (Dancet et al., 2012; Schmidt et al., 2003a; Souter et al., 1998); **soukromí** během léčby (Dancet et al., 2012); poskytování **emocionální podpory** (Dancet et al., 2011; Schmidt et al., 2003a; van Empel et al., 2011); **koordinaci léčby** a její **návaznost** - kratší čekací doby, péče jednoho lékaře, možnost navštěvovat v rámci jednoho zařízení také prenatální poradnu (Dancet et al., 2011; Dancet et al., 2012) a **dostupnost léčby** - zejména dostupnost časovou, protože pro pacientky bývá náročná frekvence návštěv v CAR a ordinační hodiny centra, které se obvykle překrývají s jejich pracovní dobou (Dancet et al., 2011; Dancet et al., 2012). Dále byla zmiňována potřeba **participace** na rozhodnutích týkajících se léčby a větší spolupráce zdravotníků nejen se ženou, ale také s jejím partnerem (Dancet et al., 2012), což naše respondentky neuváděly.

Z výše uvedeného vyplývá, že respondentky v našem výzkumu považují za významné, případně za problematické, podobné aspekty péče v CAR jako pacienti participující ve výzkumech jiných autorů.

V naší studii jsme se dále zabývali **přípravou zdravotníků na péči o psychické potřeby** pacientů v CAR. Respondentky převážně zmiňovaly, že nejvíce se v této oblasti

naučily během své praxe a postupným získáváním zkušeností. Většina z nich uváděla, že v této oblasti jim pregraduální vzdělávání nebylo příliš užitečné. Nedostatečné vzdělávání zdravotníků v péči o psychický stav pacientů zmiňuje také Křivohlavý (2002) a dokládají to rovněž studijní plány lékařských fakult (Masarykova univerzita, 2017a; Masarykova univerzita, 2017b; Masarykova univerzita, 2017c; Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, 2006-2017a; Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, 2006-2017b), středních zdravotnických škol (Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk, 2017a; Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk, 2017b; Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, Palachova 35, p.o., 2017b; Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, Palachova 35, p.o., 2017c) i vyšších odborných zdravotnických škol (SZŠ a VOŠZ Plzeň, 2013; Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, Palachova 35, p.o., 2017a) – předmětů zabývajících se psychickým stavem pacientů je v porovnání s předměty týkající se péče o jejich fyzický stav nedostatek a je jim vyhrazena minimální časová dotace.

Také Włoszczak-Szubzda a Jarosz (2013) se domnívají, že vzdělávání sester v oblasti komunikačních dovedností je nedostatečné. Dle jejich názoru právě nízká úroveň komunikačních schopností vede k nespokojenosti pacientů s poskytovanou péčí a to i přes její vysokou odbornou kvalitu.

Některé respondentky uváděly, že v péči o psychické potřeby pacientů a v jejich přístupu k nim, hrají stěžejní roli jejich **osobnostní charakteristiky**. Williams, Dean a Williams (2009) skutečně potvrzují, že sestry jsou v porovnání s běžnou ženskou populací více pečující, svědomitější, odolnější, emočně stabilnější, ochotnější a extravertnější, což může práci s pacienty usnadňovat. Také Eley et al. (2012) uvádějí, že sestry i studenti tohoto oboru jsou empatičtí, altruističtí a pečující. Význam osobnostních charakteristik sester potvrzuje rovněž studie, kterou realizovali Li et al. (2013). Dle těchto autorů jsou ve své práci s pacienty úspěšnější sestry, které jsou otevřené ke změnám, odolné, perfekcionistické a sociálně smělejší a zároveň méně dominantní a v kontaktu méně ostražitě (Li et al., 2013). Z výše uvedených studií je tedy patrné, že určité osobnostní charakteristiky mohou práci v profesi sestry usnadňovat – jedná se zejména o tendenci pečovat o druhé a o sociální obratnost.

Vzhledem k náročnosti dané profese, jsme se respondentek dotazovali, kde **čerpají energii** a co jim **pomáhá zvládnout pracovní stres**. Většina z nich uváděla pozitivní aspekty své práce (pozitivní zpětná vazba, úspěchy patientek, kolektiv kolegů) či mimopracovní aktivity. Žádná z dotázaných neuvédla, že by jí byla poskytována formální podpora, např. ve formě supervize, ačkoliv dvě respondentky uvedly, že takovou možnost mají. Domníváme se,

že vhodná péče o pacienty je do značné míry ovlivněna psychickým stavem zdravotníků, a tedy péče o psychický stav zdravotníků je nejen vhodným způsobem prevence syndromu vyhoření, který je v této profesi rozšířený (např. Kebza, Šolcová, 2003; Medhaffar et al., 2015; Ogundipe et al., 2014), ale také cesta k lepšímu přístupu k pacientům.

### 10.3. Možné limity výzkumu

Vzhledem k tématům obou částí výzkumu a jejich cílům se domníváme, že jsme správně zvolili **kvalitativní přístup**. Základní metodou obou částí výzkumu byl **polostrukurovaný rozhovor**, který byl v druhé části doplněn metodou slovních asociací.

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

Další nevýhodou rozhovoru může být, že odpovědi jsou značně závislé na ochotě respondentů odpovídat a sdělovat vlastní zkušenosti. V první části výzkumu jsme se motivovanost respondentek snažili zajistit způsobem jejich výběru, který byl založen čistě na dobrovolnosti a jejich vlastním zájmu se výzkumu účastnit. V případě účasti jsme předpokládali zainteresovanost v tématu výzkumu, což podle Janouška (1986) samo o sobě motivaci značně zvyšuje. Ochotu odpovídat jsme se snažili zvýšit navázáním přátelského kontaktu před započítím rozhovoru. V druhé části výzkumu byl kontakt s jednotlivými respondentkami ve většině případů zprostředkován skrz nadřízeného, kterému byl doručen náš email (např. vrchní sestru) a který rozhodl, zda se dané centrum výzkumu účastní či nikoliv. I v tomto případě měly jednotlivé sestry možnost účast odmítnout, ale uvědomujeme si, že za daných okolností je to složitější, a tedy jejich motivace k zapojení se do rozhovoru mohla být relativně nízká.

Pro obě části výzkumu jsme zvolili polostrukurovaný rozhovor, který považujeme za vhodnou metodu, která byla v souladu s cíli našeho výzkumu. Avšak také polostrukurovaný rozhovor má své nevýhody. Je možné, že předem připravené otázky **nasměrují pozornost respondentek určitým směrem** a ony tak mohou sdělovat méně významné okolnosti dané problematiky, zatímco to stěžejní nesdělí, 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. Toto omezení vnímáme velmi výrazně zejména v druhé části výzkumu, kdy se rozhovor týká psychosociálních aspektů neplodnosti a její léčby. Pokládané otázky mohly směřovat sestry k určitému nastavení, ve kterém význam psychosociálních aspektů zdůrazňovaly. Výhodnější by proto mohlo být nezaměřovat se v rozhovoru na tyto aspekty a zjistit, zda je sestry spontánně zmíní samy.

Dalším problémem, kterým jsme se zabývali při **sestavování otázek do rozhovoru v rámci první části výzkumu**, bylo, zda máme oběma skupinám 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 obou těchto skupin nacházely v různých situacích, a tedy by bylo vhodné pokládat jim také jiné otázky. Ale 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 díky principům zvoleného polostrukturovaného rozhovoru.

V druhé části výzkumu jsme se respondentek doptávali na péči o psychické potřeby pacientek v centrech asistované reprodukce. Vzhledem k jazykovým možnostem českého jazyka, bylo nutné předem určit, zda budeme otázky týkající se péče o pacienty formulovat v rodě mužském, ženském, či uvedeme obě možnosti. Vzhledem k tomu, že většinu vyšetření a zákroků v CAR podstupuje žena a také první část našeho výzkumu se týkala žen, považovali jsme za vhodnější formulovat otázky v rodě ženském. Toto rozhodnutí nám potvrdily samotné respondentky, které spontánně mluvily o pacientkách – o ženách a roli mužů jakožto pacientů v CAR vnímaly spíše jako podřadnou.

Součástí každého rozhovoru, který probíhá tváří v tvář je nepochybně pozorování. Uvědomujeme si význam této metody, avšak 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 respondentky pozorovali a jejich projevy řadili do určitých kategorií.

V druhé části výzkumu jsme základní metodu rozhovoru doplnili metodou **slovních asociací**. Tato metoda byla použita s cílem naladění respondentek na téma rozhovoru a zjištění významu, který připisují předkládaným slovním spojením. Tato metoda byla v našem výzkumu použita netradičně – jejím cílem nebylo zjistit osobnostní charakteristiky respondentek, ale šlo

o zjištění významů, které jsou připisovány předkládaným podnětům. Jako podněty nebyla použita jednotlivá slova, jak bývá obvyklé (Šípek, 2000), ale použili jsme slovní spojení, která úzce souvisela s tématem následujícího rozhovoru. Respondentky v našem výzkumu nebyly omezeny formou odpovědí na podnětová slovní spojení, ale mohly reagovat zcela spontánně. Vzhledem k této nestrukturovanosti byly získané odpovědi různorodé, ale s ohledem na jeden z našich cílů – navození žádoucí atmosféry, jsme považovali za vhodnější zachování volné formy. Získané odpovědi jsme analyzovali pouze podle obsahu a nikoliv dle reakčního času či jejich všeobecného charakteru (mimoslovní doprovod, zvuková podobnost apod.), jak postupoval např. Jung (Šípek, 2000). Uvědomujeme si, že analyzováním odpovědí také dle těchto kritérií bychom mohli získat další cenné informace, ale vzhledem k jejich nejednotné formě jsme toto nepovažovali za vhodné.

Limitem našeho výzkumu, především jeho druhé části, může být také skutečnost, že sestry pracující v centrech asistované reprodukce znaly smysl výzkumu a věděly, že výzkumnice je profesně psycholog, což mohlo ovlivnit jejich odpovědi ve smyslu akcentujícím význam psychologie v jejich profesi. Nedomníváme se, že by sestry cíleně zkreslovaly své názory, ale je možné, že se snažily odpovídat s cílem zavděčit se výzkumnici, a tak mohly v rozhovoru přikládat větší význam psychosociálním aspektům neplodnosti, zdůrazňovat péči o psychický stav pacientek v CAR a význam proškolení zdravotníků v oblasti psychologie.

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**, která byla použita v první části výzkumu, znemožňuje dostat se z určitého referenčního rámce. Získaný soubor tak může být značně limitován sociálními a kulturními aspekty a tedy zobecnování získaných poznatků na celou cílovou skupinu je sporné. Toto omezení vnímáme také v našem výzkumném souboru, např. co se týče vzdělání, většina respondentek byla vysokoškolsky vzdělaných.

Metoda **samovýběru** (také použitá v první části výzkumu) 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 (Mioviský, 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.

Limity vnímáme rovněž při použití metody **záměrného výběru prostřednictvím institucí**. V první části výzkumu byla účast nabízena pacientkám bez ohledu na jejich vzdělání

či socioekonomický status, 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.

Záměrný výběr prostřednictvím institucí byl problematický také u druhé části výzkumu. Vzhledem k tomu, že v každém centru byl dostupný pouze všeobecný email nebo email na vrchní sestru, nemohla o své účasti rozhodnout každá sestra sama za sebe, ale záleželo na vrchní sestře nebo jiné osobě, která spravuje společný email, jak se rozhodne zareagovat. Domníváme se, že by bylo vhodné doplnit výběr prostřednictvím institucí další metodou výběru, např. samovýběrem.

Nyní se zaměříme na omezení týkající se **výzkumného souboru v první části výzkumu**. Vzhledem k tomu, že nedobrovolná bezdětnost se týká mužů i žen, bylo by ideální, kdybychom realizovali rozhovory jak s muži, tak se ženami. Kvůli předpokládané menší ochotě mužů zúčastnit se výzkumu na takovéto téma a také nižší možnosti ze strany výzkumnice tyto muže kontaktovat (na rozdíl 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 pouze na ženy, což získané výsledky ochuzuje o mužský pohled na zkoumaný fenomén. Nemyslíme si, že by se měl opomíjet mužský pohled na problematiku nedobrovolné bezdětnosti, 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. Vzhledem k citlivosti tématu a nedostatku prostředků výzkumnice, které by mohly respondentky finančně motivovat k účasti, se nám nedařilo získat dostatečné množství respondentek, a tedy jsme museli snížit požadavky na homogenitu výzkumného souboru ve prospěch jeho větší velikosti. 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.

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, které však na rozdíl od ní v současnosti dítě mají. 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, která byla v době rozhovoru těhotná. Vzhledem k tomu, že byla v pokročilém stadiu 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 léčbu metodami asistované reprodukce. Cílem tohoto kritéria bylo vybrat ty respondentky, které nedobrovolná bezdětnost natolik trápí, že se rozhodly podstoupit nejefektivnější metody v dané době dostupné, aby otěhotněly. Z tohoto hlediska jsme nepovažovali za nevhodné zařadit do výzkumu starší respondentky, které v době řešení nedobrovolné bezdětnosti neměly možnost metody asistované reprodukce využít, ale využily všechny možnosti, které byly dostupné a zpětně situaci hodnotí tak, že by asistovanou reprodukci podstoupily. Poté, co jsme výzkum zrealizovali, si však uvědomujeme, že léčba hraje důležitou roli také v prožívání nedobrovolné bezdětnosti, v sexuálním životě a v mnoha dalších oblastech života nedobrovolně bezdětných žen, tedy by bylo vhodnější, aby zkušenost s asistovanou reprodukcí měly všechny respondentky.

**Cílovou skupinou v druhé části výzkumu** byly sestry pracující v centrech asistované reprodukce. Ačkoliv si uvědomujeme, že péče o psychické potřeby pacientek v CAR se týká nejen sester, ale i lékařů, s ohledem na zachování větší homogenity výzkumného souboru jsme se rozhodli, že se budeme věnovat pouze jedné z těchto skupin, protože stejně jako je odlišná role sester a lékařů v CAR, je také odlišný jejich kontakt s pacientkami - proto jsme nepovažovali za vhodné zahrnout do výzkumného souboru obě tyto skupiny, ale vybrali jsme pouze jednu z nich. Pozornost výzkumných studií by však měla být zaměřena na sestry i lékaře.

Dalším limitem výzkumného souboru v druhé části výzkumu může být jeho genderová nevyváženost – ve výzkumném souboru byly pouze ženy. Na rozdíl od první části výzkumu však nebylo pohlaví jedním z kritérií výběru, ale v centrech, která se rozhodla do našeho výzkumu zapojit, nepracovali na této pozici žádní muži. Dle informací na internetových stránkách jiných CAR (např. EUROPE IVF International s.r.o., 2014; Sanatorium Art České

Budějovice, 2014; Sanatorium Helios, 2017; UNICA, spol. s r. o., 2017), kde byly na této pozici uvedeny vždy pouze ženy, usuzujeme, že muži na této pozici většinou nepracují, a tedy jsme nepokládali genderovou nevyváženost souboru za zásadně limitující.

Centra asistované reprodukce můžeme rozdělit na státní a soukromá. Vzhledem k tomu, že v České republice existují vedle sebe oba tyto systémy a financování léčby ze strany pacientů je většinou totožné (soukromá centra mívají smlouvy se zdravotními pojišťovnami), považovali jsme za přirozené zařadit do výzkumu oba tyto typy. Přesto je možné, že se péče o psychické potřeby pacientek mezi soukromými a státními centry liší. Nepodařilo se nám najít žádnou studii, která by se zabývala rozdíly mezi těmito typy center v České republice, avšak některé zahraniční studie upozorňují na odlišnosti mezi státními a soukromými zdravotnickými zařízeními ve způsobech práce, nabízených službách, dosažených výsledcích (Castilla et al., 2009) i vztazích se zdravotníky a jejich přístupu k pacientům (Ozawa, Walker, 2011; Russell, 2005).

V našem výzkumu jsme rovněž zaznamenali odlišnosti v charakteristikách sester mezi oběma typy center a jisté rozdíly byly rovněž patrné během analýzy rozhovorů. Vzhledem k výše zmíněným odlišnostem jsme se rozhodli rozdělit také respondentky v této části výzkumu do dvou skupin – do skupiny S byly zařazeny respondentky z center soukromých, do skupiny V z center státních. Tyto dvě skupiny jsme posléze porovnali, avšak vzhledem k malému počtu respondentek ve výběru nemůžeme tvrdit, zda jsou zaznamenané odlišnosti v odpovědích mezi skupinami dány faktem, že některá centra jsou soukromá nebo státní – je spíše pravděpodobné, že zjištěné rozdíly jsou dány individuálními charakteristikami respondentek. Výše zmíněné postřehy jsou tedy spíše hypotézami, které by bylo nutné ověřit kvantitativně.

**V obou částech výzkumu byl počet respondentek** ve výzkumném souboru spíše malý, což považujeme za jedno z největších omezení.

V první části výzkumu jsme zkoušeli více cest, jak se k této cílové skupině dostat (centra asistované reprodukce, internet, okruh známých), ale 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 nedobrovolně bezdětné ženy kontaktovat a považovali jsme za naprosto neetické je do účasti ve výzkumu nutit nebo je přemlouvat. Výsledkem je malý výzkumný soubor.

V druhé části výzkumu jsme považovali za neefektivnější oslovit sestry prostřednictvím center, ve kterých jsou zaměstnané. Oslovili jsme 11 CAR na území Prahy (všechna centra, která jsme našli na seznamu CAR uvedených na internetových stránkách [Ženská-neplodnost.cz](http://Zenska-neplodnost.cz)

(2017b)), spolupráci se nám podařilo navázat s 5 z nich. Pět center nám na email s žádostí o zapojení se do výzkumu neodpovědělo, v jednom centru nás kontaktovala vrchní sestra s omluvou, že během pracovní doby nemají na účast ve výzkumu čas, na nabídku setkání se v jakémkoliv jiném čase mimo pracovní dobu již nereagovala.

Uvědomujeme si, že výzkumný soubor v této části výzkumu by bylo možné rozšířit oslovením mimopražských center asistované reprodukce, avšak vzhledem k omezeným možnostem výzkumnice toto nebylo reálné; v dalších studiích zaměřených na dané téma tento postup doporučujeme. Kromě většího výzkumného souboru by bylo benefitem také zjištění, zda se liší péče o psychické potřeby pacientek v CAR a pohled sester na ně mezi jednotlivými městy v České republice. Působení sester v našem výzkumném souboru pouze v pražských centrech je dalším limitem – zjištěné zkušenosti a názory mohou být charakteristické pouze pro Prahu, která je oproti jiným městům v České republice dle našeho názoru specifická např. větším množstvím klientů z ciziny, kteří navštěvují zejména soukromá centra.

Účast sester v našem výzkumu byla založená na dobrovolnosti, a ačkoliv cíl studie nebyl respondentkám předem sdělen, je pravděpodobné, že vzhledem k profesnímu zaměření výzkumnice mohlo být zřejmé, o co se bude jednat. Je tedy možné, že zdravotníci v centrech, ve kterých je péče o psychické potřeby pacientek na nižší úrovni a kteří nevnímají toto jako důležitou součást služeb poskytovaných v CAR, byli méně motivováni se do výzkumu zapojit, což se mohlo odrazit v našich výsledcích.

Vzhledem k tomu, že se náš **výzkum skládal ze dvou částí**, které se do jisté míry doplňují, rozhodli jsme se, že získané **výsledky mezi sebou porovnáme**. Ačkoliv jsme se o porovnání pokusili, jako zásadní omezení v tomto vnímáme skutečnost, že otázky, které jsme pokládali ženám s potížemi s plodností a sestrám pracujícím v CAR se lišily, protože se lišil také cíl jednotlivých částí výzkumu – naším primárním cílem nebylo zjistit, zda se sestry a pacientky v pohledu na péči o psychické potřeby pacientek v CAR shodují. Některé rozdíly v odpovědích a objevování se určitých témat tedy mohou být dány odlišným zaměřením rozhovorů spíše než odlišnými pohledy na danou problematiku.

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. Dále v kapitole o pregraduálním vzdělávání zdravotníků jsme ve svém hodnocení vzdělávání v oblasti péče o psychické potřeby pacientů vycházeli ze studijních plánů středních zdravotnických škol, vyšších odborných zdravotnických škol a lékařských fakult a zaměřovali

jsme se na uvedené předměty a jejich časovou dotaci. Uvědomujeme si však, že tímto přístupem není možné zjistit skutečnou užitečnost, kterou absolvované předměty pro studenty mají.

#### 10.4. Další směřování výzkumných aktivit

Základní metodou byl podle našeho názoru vhodně zvolen polostrukturovaný rozhovor, bylo by však rovněž možné použít rozhovor nestrukturovaný, který by nám poskytl větší volnost k objevování dosud neprozkoumaných témat. Rozhovor by bylo vhodné doplnit o strukturované pozorování neverbálních projevů respondentek.

V obou částech výzkumu by bylo vhodné **zvýšit počet respondentek** ve výzkumném souboru a v první části výzkumu zajistit větší homogenitu. Té by se docílilo především orientací pouze na jednu z námi zkoumaných skupin nedobrovolně bezdětných žen - tedy by se zkoumali buď ženy aktuálně nedobrovolně bezdětné, nebo ženy, které nedobrovolnou bezdětnost řešily v minulosti, ale nyní již dítě mají. Rovněž doporučujeme zahrnout do výzkumu pouze ty ženy, které nedobrovolnou bezdětnost řešily pomocí metod asistované reprodukce. Vzhledem k tomu, že neplodnost je považována za nemoc páru, bylo by vhodné doplnit pohled žen na tuto problematiku také o pohled mužů.

V druhé části výzkumu by bylo vhodné doplnit metodu výběru výzkumného souboru prostřednictvím institucí o další metodu, např. metodu samovýběru. Tím by dostaly šanci zapojit se do výzkumu také sestry, jejichž nadřízený, kterému byla účast nabídnuta, participaci odmítl. Dále by bylo vhodné doplnit pohled sester na danou problematiku o pohled lékařů, abychom zjistili názory zdravotníků obecně. Přínosné by rovněž bylo zapojit do výzkumu nejen pražská centra, ale centra po celé České republice.

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. Za přínosné považujeme věnovat pozornost těmto tématům:

- Vztah nedobrovolně bezdětných partnerů z pohledu mužů i žen
- Diskuzní fóra, na kterých se setkávají ženy řešící nedobrovolnou bezdětnost
- Blogy, na které píšou ženy procházející léčbou metodami asistované reprodukce
- Alternativní metody léčby neplodnosti
- Biologicky vlastní dítě a soudržnost partnerství
- Otevřená partnerská komunikace a partnerská spokojenost
- Sociální percepce bezdětných žen

- Subjektivní hodnocení života nedobrovolně bezdětnými seniory
- Pohled lékařů na problematiku neplodnosti v jejích psychosociálních souvislostech a na péči o psychické potřeby pacientek v CAR
- Srovnání státních a soukromých center asistované reprodukce v kontextu péče o psychické potřeby pacientů
- Srovnání pohledu zdravotníků a pacientů na péči o psychické potřeby v centrech asistované reprodukce
- Vzdělávání zdravotníků v oblasti péče o psychické potřeby pacientů

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 a péče o jejich psychické potřeby přímo v CAR.

## **10.5. Etické otázky**

Během realizace empirické části výzkumu jsme se snažili zajistit respondentkám takové podmínky, aby se při rozhovoru cítily co nejkomfortněji, byly co nejméně zatěžovány a aby u nich nedošlo k žádné psychické újmě či jinému poškození.

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. Respondentky byly rovněž seznámeny s možností na položenou otázku neodpovědět, případně rozhovor kdykoliv definitivně ukončit.

Respondentky v první části výzkumu byly ujištěny, že nahrávky rozhovorů ani jejich přepisy se nedostanou do rukou nikomu jinému než výzkumnici, se kterou rozhovor vedly. Z tohoto důvodu také nejsou součástí přílohy rigorózní práce. Toto opatření bylo zavedeno vzhledem k intimitě zkoumaného tématu a častým dotazům respondentek, zda se rozhovory skutečně k nikomu nedostanou. Některé z nich měly obavu, že by mohly být na základě určitých informací identifikovány, a tedy jsme příslibem nezveřejnění přepisů i nahrávek chtěli dosáhnout většího pocitu bezpečí a tím i větší sdílnosti. Ve druhé části výzkumu nebylo téma natolik intimní, a proto jsme toto opatření nepovažovali za nutné.



Vzhledem k tomu, že se jednalo o rozhovor, nemohla být zajištěna úplná anonymita respondentek, ale bylo přislíbeno, že jejich identita nebude známa nikomu dalšímu než výzkumníci, se kterou rozhovor vedly. S cílem zachování anonymity respondentek jsme změnilí ve výzkumné zprávě jejich jména a neuváděli jsme ani místo jejich bydliště, v případě druhé části výzkumu ani název jejich pracoviště.

Během rozhovoru jsme se snažili respondentkám zajistit emoční bezpečí, což bylo důležité s ohledem k citlivosti tématu zejména v první části výzkumu. V této části 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 v první části výzkumu jsme se ujišťovali, zda jsme nevedli 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.

## 10.6. Aplikace poznatků v praxi

Zjištění vyplývající z **první části našeho výzkumu** mohou být využita všemi odborníky, kteří pracují s nedobrovolně bezdětnými jedinci či páry. Mohou být užitečná např. pro **zdravotníky**, které nedobrovolně bezdětní partneři vyhledávají a kteří jsou odborníky v somatické péči, ale v psychických a sociálních aspektech této problematiky se často příliš neorientují. Zjištěné poznatky upozorňují na psychickou náročnost neplodnosti i její léčby metodami asistované reprodukce a mohou pomoci zdravotníkům porozumět pocitům a potřebám pacientů. Výzkum rovněž poukazuje na možné problematické oblasti péče o psychické potřeby pacientek v CAR – zjištění těchto informací je dle našeho názoru prvním krokem ke zlepšení. Tato práce nabízí pohled na neplodnost v jejích psychosociálních souvislostech, díky čemuž se může zvýšit zájem zdravotníků o psychickou a sociální stránku potíží pacientů – předpokládáme, že to může v praxi vést k „lidštvějšímu“ přístupu k pacientům a častějšímu doporučení odborné psychologické péče.

Prostřednictvím výzkumu se mohou zdravotníci seznámit také s pohledem pacientek na **alternativní metody léčby** - např. akupunkturu, čínskou medicínu apod. Na základě výpovědí našich respondentek (žen s potížemi s plodností) se domníváme, že by se zdravotníci neměli tomuto tématu vyhýbat, ale otevřeně s pacientkami o této možnosti komunikovat.

Výsledky mohou být užitečné rovněž **psychologům a psychoterapeutům**, kteří pracují s jedinci či páry, které nedobrovolnou bezdětnost řeší. Domníváme se, že kromě lepšího porozumění párům v této životní situaci a lepší orientaci v problematice nedobrovolné bezdětnosti, nabízí výzkum témata, která mohou být v terapii použita k nabídnutí jiného pohledu na partnerský vztah (co může přinést prožívání neplodnosti pozitivního), k normalizaci prožívaných emocí či rozšíření možností naplnění života, který může být smysluplný i bez dětí.

Vzhledem k významu komunikace o problému by mohli psychologové a psychoterapeuti rovněž působit jako facilitátoři v rozhovoru mezi partnery, případně jim nabídnout trénink komunikace, aby se naučili spolu mluvit otevřeně.

Poznatky získané z oblasti partnerského vztahu nedobrovolně bezdětných partnerů apelují na pojmání této **problematiky jako párové**, a tedy na aktivnější zapojení mužů do léčby neplodnosti v CAR, ale také na jejich zapojení do terapie, která by ideálně měla být realizována s oběma partnery.

Výzkum může být přínosem i pro **nedobrovolně bezdětné partnery**, kteří si tak mohou potvrdit, že jejich prožitky jsou s ohledem na situaci normální, lépe porozumí co se s nimi a s jejich partnerem děje, zjistí, jak může léčba neplodnosti působit na jejich psychický stav a jak mohou být ovlivněny jejich sociální vztahy. Zjištění možných rizik může sloužit jako jejich prevence - např. si partneři mohou dát pozor, aby vyhýbání se přátelům s dětmi nevedlo k sociální izolaci; mohou začít s léčbou dříve, aby se vyhnuli zvýšené psychické náročnosti v pozdějším věku; a zároveň je může zjištění rizik motivovat k modifikaci svého chování tak, aby náročná situace vedla k pozitivním dopadům, které jsou ve výzkumu také uváděny; zmíněné pozitivní vlivy náročné situace mohou partnerům dodat naději. Domníváme se, že zdůrazňování psychické náročnosti neplodnosti a její léčby v našem výzkumu pomůže některým partnerům v rozhodnutí vyhledat psychologickou pomoc.

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 pacienty 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 párů, které nedobrovolnou bezdětnost řeší.

V **druhé části výzkumu** jsme se zaměřili na hodnocení péče o psychické potřeby pacientek v centrech asistované reprodukce ze strany zdravotníků, což nebývá běžné – většina výzkumů se zabývá pohledem pacientů. Přínosem této části výzkumu je zjištění pohledu sester

na přístup zdravotníků k pacientkám v CAR, na péči o jejich psychické potřeby a na psychosociální aspekty neplodnosti – tyto názory a postoje sester dle našeho názoru ovlivňují poskytovanou péči v CAR a spolupráci s psychology.

Z výzkumu vyplývá, že sestry si uvědomují význam psychosociálních aspektů neplodnosti a následné péče o psychické potřeby pacientů v CAR, ale zároveň zmiňují překážky, které jim poskytování adekvátní péče a vhodného přístupu ztěžují. Zjištěné poznatky by tedy mohly být využity k **podpoře systémových změn ve zdravotnictví**, které by spočívaly zejména v dostatku času na jednotlivé pacienty, lepším zázemí, dostatku soukromí, lepším personální obsazení (aby se lékaři nemuseli u pacientů střídat), **komplexním přístupem** k pacientům, užší spolupráci s psychology, ale také v lepší péči o samotné zdravotníky – domníváme se, že péče o psychický stav zdravotníků vede k jejich lepší psychické pohodě, která se projeví v přístupu k pacientům.

Uvědomujeme si, že zmíněné okolnosti jsou závislé na financování zdravotnictví, avšak jejich význam by se neměl podceňovat a neměly by být odsouvány na vedlejší kolej.

Komplexní přístup k pacientům vyžaduje, aby zdravotníci pacientům poskytovali nejen léčbu somatickou, ale aby věnovali pozornost také jejich psychickému stavu. Zdravotníci by si tedy v rámci **pregraduálního i následného vzdělávání** měli osvojovat kompetence, které by jim pomáhaly řešit náročné situace a poskytovat pacientům psychickou podporu. Domníváme se, že by měli být **seznámeni s psychickými potřebami pacientek** v CAR a s **tématy**, která v rámci léčby často řeší. Za vhodné považujeme osvojení **komunikačních dovedností**, absolvování **sebezkušenostních výcviků či kurzů** a odborně vedenou **supervizi**.

## ZÁVĚR

Tématem předkládané rigorózní práce jsou psychosociální aspekty neplodnosti a její léčby metodami asistované reprodukce.

**V teoretické části** jsme se zabývali motivací k rodičovství, diagnózou neplodnosti a možnostmi její léčby, psychosociálními aspekty léčby metodami asistované reprodukce a prožíváním neplodnosti a jejím sociálním kontextem. Pozornost byla dále věnována vztahu nedobrovolně bezdětných partnerů, způsobům vyrovnávání se s nedobrovolnou bezdětností a významu psychologické pomoci. Díky prostudování literatury a seznámení se s výzkumy, které byly na dané téma již uskutečněny, jsme mohli lépe proniknout do problematiky a získat tak potřebné poznatky k realizaci empirické části, zejména k sestavování výzkumných otázek.

Empirická část je rozdělena do dvou částí. **Cílem první části** bylo zjistit, jak ženy prožívají nedobrovolnou bezdětnost, jaké faktory působí na jejich psychický stav, co jim pomáhá situaci zvládat a co je pro ně naopak stresující. Dále jsme zjišťovali, jaký význam připisují rodičovství, jaký je jejich pohled na roli nedobrovolně bezdětnosti v partnerském vztahu a zda zaznamenávají nějaké změny, ke kterým ve vztahu v této souvislosti došlo.

**Z první části výzkumu vyplynulo**, že nedobrovolně bezdětné ženy považovaly dítě za důležitou a „přirozenou“ součást života, rodičovství vnímaly jako smysl existence, jako své životní poslání a naplnění. Dítě pro ně představovalo zdroj nových podnětů, viděly v něm možnost seberozvoje a seberealizace a očekávaly, že díky němu si budou s partnerem bližší a jejich vztah bude stabilnější. V životě bez dětí spatřovaly jistou pohodlnost a dokázaly si představit alternativy k biologickému rodičovství, které však většinou vnímaly jako méně hodnotné. Jako jednu z alternativ jmenovaly náhradní rodinnou péči.

V období nedobrovolně bezdětnosti prožívaly ženy mnoho negativních emocí jako je smutek, strach, frustrace, lítost, úzkost, deprese, ale i vztek a naštvání. Zmiňovaly vliv hormonů na svou emocionalitu, mluvily o emoční labilitě a přecitlivělosti, což často negativně působilo na jejich partnera. Obtížně snášely setkávání s těhotnými ženami a malými dětmi; situace pro ně byla rovněž obtížnější, čím byly starší. Často zmiňovaly, že se u nich střídaly pocity naděje a zklamání, což dávaly do souvislosti zejména s léčbou metodami asistované reprodukce.

Za psychicky náročnou označovaly ženy nejen neplodnost jako takovou, ale také její léčbu v centrech asistované reprodukce a okolnosti s ní spojené – jako zatěžující vnímaly např. nevhodný přístup ze strany zdravotníků, časovou, fyzickou a finanční náročnost léčby nebo prostředí centra.

Ačkoliv všechny ženy prožívaly intenzivní negativní emoce, mnoho z nich nevyhledalo pomoc odborníka na psychické zdraví, což pravděpodobně souvisí s předsudky, které mají s psychologickou péčí spojené, s nedůvěrou k ní nebo s podceňováním závažnosti svého stavu.

Ženy s potížemi s plodností v našem výzkumu uváděly, že významnou roli hrálo v tomto období také jejich sociální okolí – jejich interakce s blízkými lidmi byla touto zkušeností ovlivněna (např. vyhýbání se přátelům s malými dětmi), na druhou stranu postoj sociálního okolí, jeho podpora či naopak nepochopení, měl vliv na psychický stav žen.

Období nedobrovolné bezdětnosti vnímaly jako náročné pro svůj vztah, často hovořily o potřebě partnerovy podpory a vzájemného sdílení, což jim však partner ne vždy dokázal poskytnout v dostatečné míře. Většina žen reflektovala změnu ve vztahu působením nedobrovolné bezdětnosti, ale jejich zkušenost nebyla jednotná. Některé zaznamenaly zlepšení partnerské komunikace nebo sblížení s partnerem a uvědomily si, že s ním chtějí zůstat i bez dětí; jiné naopak mluvily o vzájemném odcizení, které končilo rozchodem. Častým tématem bylo také zhoršení v oblasti sexuality.

Z odpovědí žen v našem výzkumu docházíme k závěru, že období nedobrovolné bezdětnosti bylo pro partnery složité a problémy s plodností se odrážely v jejich vzájemném vztahu. Tato životní situace jim však poskytla příležitost se navzájem lépe poznat a zjistit, jak partner reaguje v obtížných životních situacích.

Poznatky v první části výzkumu upozorňují především na problematiku neplodnosti v rámci celého vztahu, což bývá během léčby spíše opomíjeno – do center asistované reprodukce docházejí častěji ženy samotné, a to i přesto, že neplodnost je pojmána jako nemoc páru. Dále upozorňují na náročnost období nedobrovolné bezdětnosti a léčby neplodnosti v centrech asistované reprodukce, která psychický stav pacientek často spíše zhoršovala - vliv mělo užívání hormonů; nekritická důvěra v účinnost léčby, jejímž výsledkem bylo často zklamání; časový harmonogram, kterému musely ženy podřídít svůj osobní život (docházení do center asistované reprodukce ve své pracovní době, podřizování sexuálního života léčbě), ale i přístup zdravotníků, se kterým nebyly často spokojeny.

**Cíl druhé části** práce vychází z části první a byl stanoven během její realizace. Impulsem byla zmiňovaná nespokojenost žen s potížemi s plodností s přístupem zdravotnického personálu, s čímž dle našeho názoru úzce souvisí pohled zdravotníků na fenomén neplodnosti a na péči o psychické potřeby pacientek v CAR. Výzkum byl zaměřen na hodnocení péče o psychické potřeby pacientek v centrech asistované reprodukce ze strany zdravotníků, což nebývá běžné – většina výzkumů se zabývá pohledem pacientů.

Druhým cílem bylo tedy prozkoumat pohled sester v centrech asistované reprodukce na psychosociální aspekty neplodnosti a na péči o psychické potřeby pacientek. Zjišťovali jsme, jaký význam sestry tomuto fenoménu přikládají, zda si uvědomují psychickou náročnost metod asistované reprodukce pro své pacientky a zda jsou ochotny pacientkám poskytovat psychologickou pomoc nebo jim pomoc zprostředkovat. Rovněž jsme zjišťovali pohled sester na péči o psychické potřeby pacientek na jejich pracovišti a jejich názor na užitečnost pregraduálního vzdělávání v oblasti péče o psychické potřeby pacientů a přístupu k nim.

**Z druhé části výzkumu** je patrné, že sestry si uvědomovaly význam psychosociálních aspektů neplodnosti a její léčby metodami asistované reprodukce. Většina z nich se domnívala, že příčina neplodnosti nebývá pouze somatického charakteru, ale uváděla, že vliv mohou mít také faktory psychogenní. Některé zmiňovaly, že psychický stav může ovlivnit úspěšnost léčby v CAR.

Sestry reflektovaly psychickou náročnost neplodnosti i její léčby pro pacientky, uvědomovaly si významnou roli sociálního okolí a zaznamenávaly negativní vliv na partnerský vztah. Zmiňovaly význam péče o psychické potřeby pacientek, dle jejich názoru by ji však měl poskytovat psycholog. Spolupráci CAR s psychologem považovaly většinou za nedostatečnou.

Zdravotníci mohou dle názoru sester přispět k lepší psychické pohodě pacientek svým přístupem, který by měl být individuální, milý, přátelský, trpělivý, pozitivní, profesionální a podporující; poskytnutím času a prostoru ke sdílení a dostatečným informováním. Sestry však uváděly, že vzhledem k organizačním a systémovým aspektům často nemohou pacientkám poskytnout takovou péči, jakou by považovaly za vhodnou. Jako hlavní problémy jmenovaly nedostatek času na jednotlivé pacientky, nedostatečné zázemí a špatné personální zajištění, což dle našeho názoru souvisí zejména s nedostatkem financí. Sestry by v oblasti péče o psychické potřeby pacientek považovaly za vhodné tyto změny: užší spolupráci s psychologem, více času na jednotlivé pacientky, zkrácení čekání v čekárnách, péče jednoho lékaře (lékaři by se neměli u jedné pacientky střídát), více soukromí, návaznost další péče a lepší vzdělávání zdravotníků v oblasti psychologie. Pregraduální vzdělávání v oblasti péče o psychické potřeby pacientů považovaly většinou za nedostatečné.

Profesi sester můžeme řadit mezi povolání, která jsou psychicky náročná, a tedy považujeme za důležité, aby také jim byla ze strany zařízení, ve kterém pracují, poskytována psychologická péče např. formou supervizí či konzultací s psychologem – toto však bývá často podceňováno, a zdá se, že ani jednotliví zdravotníci tuto možnost nedoceňují. Supervize či konzultace s psychologem by dle našeho názoru přispěly k lepšímu psychickému stavu zdravotníků a tím následně také k lepšímu přístupu k pacientům.

Z výzkumu vyplývá, že sestry pracující v CAR si uvědomují psychosociální aspekty neplodnosti a jsou schopné vidět tuto problematiku v širším kontextu. Dle názoru mnoha z nich má CAR v péči o psychické potřeby pacientek značné rezervy a bylo by vhodné, aby léčba byla na tuto problematiku zaměřená více. Ačkoliv se dle našich zjištění zdá, že zdravotníci si význam psychického stavu u neplodnosti uvědomují a komplexnímu přístupu se nebrání, péči o psychický stav vnímají především jako práci psychologa, nikoliv zdravotníků. Je nepochybné, že odborná psychologická péče má svou nezastupitelnou roli, ale domníváme se, že v mnoha případech by pacientům pomohl již vhodný přístup zdravotníků, poskytnutí času a prostoru ke sdílení apod.

V předkládané práci jsme rovněž **porovnávali výpovědi** žen se zkušeností s nedobrovolnou bezdětností a sester pracujících v centrech asistované reprodukce. Sestry i ženy s potížemi s plodností uváděly psychickou náročnost léčby neplodnosti a zmiňovaly, že se zvyšujícím se věkem ženy bývá léčba prožívána obtížněji. Obě skupiny respondentek zmiňovaly střídání naděje a zklamání, které léčbu neplodnosti obvykle doprovází. Většina sester se domnívala, že by pacientkám mohlo k početí pomoci, kdyby na potíže s plodností přestaly myslet; ženy s potížemi s plodností však tyto rady považovaly za nepříjemné a nesmyslné. Za zatěžující obě skupiny respondentek shodně považovaly časovou a finanční náročnost léčby. Sestry i ženy léčící se s neplodností sdělovaly, že nedobrovolná bezdětnost i léčba neplodnosti mají velký vliv na partnerský vztah. Obě skupiny respondentek zmiňovaly negativní dopady, ženy s potížemi s plodností však uváděly také dopady pozitivní. Oběma skupinami byl rovněž zmiňován význam sociálního okolí a přístupu zdravotníků. Sestry i ženy s potížemi s plodností vnímaly nedostatky v přístupu zdravotníků k pacientkám – ocenily by osobní a individuální přístup, možnost sdílení emocí a více času, který by zdravotníci pacientkám mohli věnovat. Tématem u obou skupin respondentek byly alternativní metody léčby neplodnosti – mnoho žen s potížemi s plodností některé tyto metody vyzkoušelo; dle sester by měl být postoj CAR k těmto metodám vstřícnější. Sestry považovaly psychologickou pomoc za stěžejní způsob péče o psychický stav pacientek, některé ženy léčící se s neplodností ji však vyhledat nechtěly a to i přes výrazné negativní emoce, které prožívaly – toto opět potvrzuje náš názor, že také zdravotníci by se měli péči o psychický stav pacientů věnovat.

Myšlenku, že péče o psychický stav pacientů v CAR by neměla být doménou pouze psychologů, ale měli by se jí věnovat také zdravotníci, podporují poznatky našeho výzkumu i výzkumů jiných. Všechny ženy s potížemi s plodností v první části našeho výzkumu prožívaly během léčby negativní emoce; psychickou náročnost léčby v CAR potvrzují také výzkumy na toto téma realizované (např. Abbey, Andrews, Haltman, 1994; Cwikel, Gidron, Sheiner, 2004;

Johansson, Berg, 2005; Miller, 2009; Wirtberg et al., 2006) a reflektují jí také respondentky v druhé části našeho výzkumu – sestry v CAR. Přesto však přibližně polovina žen léčících se s neplodností v našem výzkumu odbornou pomoc nevyhledala, a také sestry pracující v CAR uváděly, že pacientky nevyužívají psychologickou pomoc tak, jak by bylo potřeba. Totéž zaznamenaly některé jiné výzkumy – upozorňují na rozdíl mezi proklamovanou potřebou péče o psychické potřeby ze strany pacientů a skutečným využitím psychologické pomoci (Dancet et al., 2011; Hammarberg, Astbury, Bakera, 2001). Např. pacienti ve výzkumu Danceta et al. (2011) vnímali pozitivně, byl-li psycholog součástí týmu zdravotníků v centrech asistované reprodukce, avšak emocionální podporu očekávali primárně ze strany lékařů a sester.

Vzhledem ke zdrženlivému postoji mnoha jedinců k návštěvě psychologa je vhodné, aby se psychickým potřebám pacientů věnovali i zdravotníci, kteří se s pacienty pravidelně setkávají během zákroků a konzultací (Gameiro et al., 2015), často je dobře znají, a tedy mohou poskytnout podporu i těm, kteří z určitých důvodů odmítají psychologa kontaktovat. Toto opatření však vyžaduje jisté změny v systému zdravotnictví – zdravotníci by měli mít např. více času na jednotlivé pacienty. Dále je potřeba zvyšovat kompetence zdravotníků v této oblasti a to v průběhu pregraduálního vzdělávání i během vzdělávání následného. Zdravotníci by si měli osvojovat kompetence, které by jim pomáhaly řešit náročné situace a poskytovat pacientům psychickou podporu. Domníváme se, že by měli být seznámeni s psychickými potřebami pacientů v CAR a s tématy, která v rámci léčby často řeší. Za vhodné považujeme osvojení komunikačních dovedností, absolvování sebezkušnostních výcviků či kurzů a odborně vedenou supervizi – domníváme se, že osobní zážitek s psychologickou péčí, ať již ve formě supervize či kratších sebezkušnostních kurzů by zdravotníkům přinesl zkušenost, kterou by mohli předávat svým pacientům. Tento zážitek by jim mohl pomoci nejen v profesionálním růstu a v péči o psychický stav pacientů, ale jejich doporučení psychologické pomoci by mohlo být podpořeno osobními zkušenostmi, čímž by bylo částečně sníženo stigma psychologické péče a některým pacientům by to mohlo dodat odvalu k jejímu vyhledání. Tímto opatřením by pravděpodobně stoupla i větší ochota zdravotníků se psychickým stavem pacientů zabývat.

Nedobrovolnou bezdětnost řeší v současné společnosti mnoho párů, ale i přesto, že se jedná o emočně náročnou situaci, není partnerům často věnována dostatečná psychologická 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 dané problematiky a zdůraznit významnou roli psychických a sociálních aspektů, které by neměly být opomíjeny. Práce apeluje na rozšíření péče somatické, která je pacientům v centrech asistované reprodukce běžně poskytována, o péči psychologickou a to



nejen formou užší spolupráce s psychology a pojmáním této péče za samozřejmou a normální, ale také zlepšením psychologické pomoci ze strany zdravotníků – zdravotníci mohou pomáhat svým přístupem k pacientům, způsobem komunikace, poskytovanou podporou a ochotou ke sdílení.

Závěrem považujeme za důležité zopakovat myšlenku, kterou jsme již jednou zmínili v teoretické části: Neplodnost není stav, na který se umírá, ale stav, který snižuje spokojenost člověka a subjektivní kvalitu jeho života. K úvaze se proto nabízí, zda zaměření se výhradně na léčbu somatickou a opomíjení psychického stavu pacientů nevede spíše ke snížení životní spokojenosti a kvality života léčených párů. Alper et al. (2002) se domnívají, že hlavním cílem center asistované reprodukce by nemělo být „vyprodukovat dítě za každou cenu“, ale pomoci partnerům vypořádat se s jejich obtížnou životní situací, aby dokázali žít spokojený život.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Aarts, J., Faber, M., van Empel, I., Scheenjes, E., Nelen, W., Kremer, J. (2011). Professionals' perceptions of their patients' experiences with fertility care. *Human Reproduction*, 26(5), 1119-1127.
- Aarts, J., Huppelschoten, A., van Empel, I., Boivin, J., Verhaak, C., Kremer, J., Nelen, W. (2012). How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: A study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*, 27(2), 488-495.
- 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.
- Adler, J. D., Boxley, R. L. (1985). The psychological reactions to infertility: Sex roles and coping styles. *Sex Roles*, 12(3-4), 271-279.
- Akyuz, A., Sever, N., Karasahin, E., Guvenc, G., Cek, S. (2014). A survey on oocyte donation: Turkish fertile and infertile women's opinions. *International Journal of Fertility & Sterility*, 8(3), 289-298.
- Alper, M. M., Brinsden, R. P., Fischer, R., Wikland, M. (2002). Is your IVF programme good?. *Human Reproduction*, 17(1), 8-10.
- An, Y., Sun, Z., Li, L., Zhang, Y., Ji, H. (2013). Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: Psychological and neurohormonal assessment. *Journal of Assisted Reproduction & Genetics*, 30(1), 35-41.
- 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.
- 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.
- Barrett, L., Dunbar, R., Lycett, J. (2007). *Evoluční psychologie člověka*. Praha: Portál.

- Bártová, S., Hnilicová, H. (2000). *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: IDVPZ.
- 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.
- Beran, J. (1997). *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum.
- Berezkei, 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 et al., *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví* (130-146). Praha: MAXDORF.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57(12), 2325-2341.
- Boivin, J., Griffiths, E., Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: Meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*, 342(7795), 481.
- Born, R. R. (1989). Adlerian perspectives on counseling the infertile couple. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 45(4), 447-458.
- Castilla, J. A., Hernandez, E., Cabello, Y., Navarro, J. L., Hernandez, J., Gomez, J. L., Pajuelo, N., Marqueta, J., Coroleu, B. (2009). Assisted reproductive technologies in public and private clinics. *Reproductive Biomedicine Online (Reproductive Healthcare Limited)*, 19(6), 872-878.

- Cohen, G. (2012). Response: Rethinking sperm-donor anonymity: Of changed selves, nonidentity, and one-night stands. *Georgetown Law Journal*, 100(2), 431-447.
- Corrigan, J. M., Donaldson, M. S., Kohn, L. T, Maguire, S. K, Pike, K. C. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, National Academy Press.
- Culley, L. A., Hudson, N., Rapport, F. L., Katbamna, S., Johnson, M. D. (2006). British South Asian communities and infertility services. *Human Fertility*, 9(1), 37-45.
- 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), 145-147. Přístup dne 3. 6. 2017, dostupné z: [http://www.lirtaps.cz/wp-content/uploads/2015/09/PS\\_2011\\_2.pdf](http://www.lirtaps.cz/wp-content/uploads/2015/09/PS_2011_2.pdf)
- Dancet, E., D'Hooghe, T., Sermeus, W., van Empel, I., Strohmer, H., Wyns, C., Santa-Cruz, D., Nardo, L., Kovatchki, D., Vanlangenakker, L., Garcia-Velasco, J., Mulugeta, B., Nelen, W., Kremer, J. (2012). Patients from across Europe have similar views on patient-centred care: An international multilingual qualitative study in infertility care. *Human Reproduction*, 27(6), 1702-1711.
- Dancet, E., Van Empel, I., Rober, P., Nelen, W., Kremer, J., D'Hooghe, T. (2011). Patient-centred infertility care: A qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction*, 26(4), 827-833.
- 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.
- Desjardins-Simon, J., Debras, S. (2015). *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál.
- 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.
- Dyer, S., Lombard, C., Van der Spuy, Z. (2009). Psychological distress among men suffering from couple infertility in South Africa: A quantitative assessment. *Human Reproduction*, 24(11), 2821-2826.
- Ebbesen, S. M. S., Zachariae, R., Mehlsen, M. Y., Thomsen, D., Højgaard, A., Ottosen, L., Petersen, T., Ingerslev, H. J. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: A prospective study. *Human Reproduction*, 24(9), 2173-2182.
- Eley, D., Eley, R., Bertello, M., Rogers-Clark, C. (2012). Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1546-1555.
- 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 guidelines for couples therapy. *American Journal of Family Therapy*, 23(2), 115-128.
- EUROPE IVF International s.r.o. (2014). *O nás*. Přístup dne 20. 11. 2016, dostupné z: <http://www.fertility-ivf.eu/o-nas/>
- Fakultní nemocnice v Motole. (2012). *Náš tým*. Přístup dne 20. 11. 2016, dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/car/specializace/>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Fledderjohann, J. (2017). Difficulties conceiving and relationship stability in Sub-Saharan Africa: The case of Ghana. *European Journal of Population*, 33(1), 129-152.
- Foster, C. (2000). The limits to low fertility: A biosocial approach. *Population & Development Review*, 26(2), 209-234.
- 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.
- Fromm, E. (2006). *Umění milovat*. Vimperk: Český klub.
- 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.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T., Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 30(11), 2476-2485.
- Gaulin, S. J. C., Robinson, C. J. (1991). Trivers-Willard effect in contemporary North American society. *American Journal of Physical Anthropology*, 85(1), 61-69.
- Gennet. (2016). *Kariéra*. Přístup dne 10. 4. 2017, dostupné z: <http://www.gennet.cz/kariera>
- 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.
- Gyncentrum Ostrava. s.r.o. (2015). *O nás. Volná místa*. Přístup dne 10. 4. 2017, dostupné z: <http://www.gyncentrum.com/cs/o-nas/volna-mista.html>
- Hadley, R., Hanley, T. (2011). Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(1), 56-68.
- Hammarberg, K., Astbury, J., Baker, H. (2001). Women's experience of IVF: A follow-up study. *Human Reproduction*, 16(2), 374-383.
- Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(1), 31-41.
- 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.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- High, A. C., Steuber, K. R. (2014). What women want: Supportive communication among women coping with infertility. *Communication Currents*, 9(4), 1-2.
- 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.
- Holter, H., Sandin-Bojö, A., Gejervall, A., Wikland, M., Wilde-Larsson, B., Bergh, C. (2014). Patient-centred quality of care in an IVF programme evaluated by men and women. *Human Reproduction*, 29(12), 2695-2703.
- Hosaka, T., Matsubayashi, H., Sugiyama, Y., Izumi, S., Makino, T. (2002). Effect of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate. *General Hospital Psychiatry*, 24(5), 353-356.
- Hubová, V., Michálková, H. (2012). Historie vzdělávání všeobecných sester. *Sestra. Mladá fronta*, 2(2012). Přístup dne 18. 5. 2017, dostupné z <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/historie-vzdelavani-vseobecnych-sester-463433>
- Chambers, L., Hillsburg, H. (2013). Desperately seeking daddy: A critique of Pratten v British Columbia (attorney general). *Canadian Journal of Law & Society/Revue Canadienne Droit Et Societe (University of Toronto Press)*, 28(2), 229-246.
- 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.
- IBRS. (2012). *Média: Spokojenost klientů center asistované reprodukce*. Přístup dne 9. 5. 2012, dostupné z: <http://www.ibrs.cz/media/spokojenost-klientu-center-asistovane-reprodukce>
- ISCARE I.V.F. a.s. (2015). *Informace o výkonech: Úspěšnost umělého oplodnění*. Přístup dne 5. 11. 2016, dostupné z: <http://www.iscare.cz/ivf/informace-o-vykonech/uspesnost-umeleho-oplozeni>

- Jafarzadeh-Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M., Zargham-Boroujeni, A. (2015). Exploration of infertile couples' support requirements: A qualitative study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 9(1), 81-92.
- Janoušek, J. (1986). Rozhovor a dotazník. In J. Janoušek et al., *Metody sociální psychologie* (103-117). Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Jarošová, R. (2011). Neplodnost: Příčiny a léčba. In L. Šulová, T. Fait, P. Weiss et al., *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví* (284-292). Praha: MAXDORF.
- Johansson, M., Berg, M. (2005). Women's experience of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Journal of Caring Sciences*, 19(1), 58-63.
- Johns, R. (2013). Abolishing anonymity: A rights – based approach to evaluating anonymous sperm donation. *UCLA Women's Law Journal*, 20(2), 111-135.
- 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). Časně těhotenské ztráty. In L. Šulová, T. Fait, P. Weiss et al., *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví* (35-41). Praha: MAXDORF.
- Katz, D., Paltiel, O., Peretz, T., Revel, A., Sharon, N., Maly, B., Michan, N., Sklair-Levy, M., Allweis, T. (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.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kerr, J., Brown, C., Balen, A. H. (1999). The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: Results of a survey performed in 1997. *Human Reproduction*, 14(4), 934-938.



- 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 women and the narrative work of mourning: Barriers to the revision of autobiographical narratives of motherhood. *Narative Inquiry*, 13(1), 243-262.
- Kirkman, M. (2008). Being a „real“ mum: Motherhood through donated eggs and embryos. *Women's Studies International Forum*, 31(4), 241-248.
- Kocourková, J. (2011). Aktuální trendy české populace. In L. Šulová, T. Fait, P. Weiss et al., *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví* (155-175). Praha: MAXDORF.
- Komorová, A. (2014). *Nedobrovolná bezdětnost a její působení na partnerský vztah*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Konečná, H. (2003). *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. Praha: Academia.
- Konečná, H. (2008). *Individuální rizika odkládání rodičovství do vyššího věku*. Přístup dne 5. 2. 2014, dostupné z:  
<http://www.planovanirodiny.cz/rservice.php?akce=tisk&cislocianku=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.
- Kraus, J. (2008). Expectancy of fertility after adoption. *Taylor Francis online*, 15, 19-24. Přístup dne 10. 5. 2017, dostupné z  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03124077608549468>
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Portál.

- Kubcová, Š., Kubcová, J. (2005). *Vliv neplodnosti na kvalitu partnerského vztahu*. Přístup dne 7. 2. 2014, dostupné z: <http://sex.systemic.cz/archive/cze/textbook2005/kubcova.pdf>
- Kupka, M. S., Dorn, C., Richter, O., Schmutzler, A., van der Ven, H., Kulczycki, A. (2003). Stress relief after infertility treatment - spontaneous conception, adoption and psychological counselling. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 110(2), 190-195.
- Lamb, E. J., Leurgans, S. (1979). Does adoption affect subsequent fertility?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 134(2), 138-144.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2nd ed.). Praha: Portál.
- 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.
- Li, Z., Bo, L., Hui, R., Yu-Fu, L., Yan, Z. (2013). The personality profile of excellent nurses in China: The 16PF. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 43(2), 219-224.
- Líbalová, Z. (2008). Psychosomatika v gynekologii. In L. Rob, A. Martan, K. Citterbart et al., *Gynekologie* (289-297). Praha: Galén.
- 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.

Mareš, J. (2009). *Zjišťování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí ve všeobecném praktickém lékařství: Projekt MZDRP 0115H04: Hodnocení kvality ordinací praktických lékařů včetně bezpečí pacientů*. Přístup dne 9. 9. 2016, dostupné z [http://www.akva-pl.cz/akred\\_dokumenty.html](http://www.akva-pl.cz/akred_dokumenty.html)

Martins, M., Peterson, B., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., Costa, M. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83-89.

Masarykova univerzita. (2017a). *Bakalářské a magisterské studium: Medicína, zdraví a ošetrovatelství: Porodní asistentka: Předměty*. Přístup dne 12. 5. 2017, dostupné z: <https://www.muni.cz/bakalarske-a-magisterske-obory/17903-porodni-asistentka#predmety>

Masarykova univerzita. (2017b). *Bakalářské a magisterské studium: Medicína, zdraví a ošetrovatelství: Všeobecná sestra: Předměty*. Přístup dne 13. 5. 2017, dostupné z: <https://www.muni.cz/bakalarske-a-magisterske-obory/3622-vseobecna-sestra#predmety>

Masarykova univerzita. (2017c). *Bakalářské a magisterské studium: Medicína, zdraví a ošetrovatelství: Všeobecné lékařství: Předměty*. Přístup dne 12. 5. 2017, dostupné z: <https://www.muni.cz/bakalarske-a-magisterske-obory/106-vseobecne-lekarstvi#predmety>

Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

Matějček, Z. (1986). *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum.

Matějček, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Matějček, Z., Dytrych, Z. (1997). *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada.

Matějů, I., Weiss, P. (2004). Psychoterapie při léčbě neplodnosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 100(2), 84-87.

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.

- Matthews, R., Matthews, A. M. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 48(8), 641-649.
- Matthiesen, S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H., Zachariae, R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): A meta-analysis. *Human Reproduction*, 26(10), 2763-2776.
- McMahon, C. A., Gibson, F., Leslie, G., Cohen, J., Tennant, Ch. (2003). Parents of 5-year-old in vitro fertilization 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.
- Medhaffar, K., Feki, I., Feki, R., Baati, I., Masmoudi, J., Jaoua, A. (2015). Professional exhaustion or „burn out“ among doctors in training. *European Psychiatry*, 30(1), 1833.
- 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 patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 163-167.
- Mrázek, M. (2010). Asistovaná reprodukce. In P. Weiss et al., *Sexuologie* (305-325). Praha: Grada.
- 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.
- Oborná, I., Zbořilová, B. (2015). Asistovaná reprodukce. *Practicus: Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*, 14(4), 16-18.
- Ogundipe, O. A., Olagunju, A. T., Lasebikan, V. O., Coker, A. O. (2014). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 1027-1032.
- Onat, G., Beji, N. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality & Disability*, 30(1), 39-52.
- Ozawa, S., Walker, D. G. (2011). Comparison of trust in public vs private health care providers in rural Cambodia. *Health Policy & Planning*, 26(1), 20-29.
- 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 et al., *Sexuologie* (195-253). Praha: Grada.
- Pedro, J., Canavarro, M. C., Boivin, J., Gameiro, S. (2013). Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: Findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. *Human Reproduction*, 28(9), 2462-2472.
- Pennings, G. (2012). How to kill gamete donation: Retrospective legislation and donor anonymity. *Human Reproduction*, 27(10), 2881-2885.

- 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.
- Pomahačová, J. (2006). *Mateřství a bezdětnost v časopisech pro ženy*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- 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.
- Ramezanzadeh, F., Noorbala, A., Abedinia, N., Forooshani, A. R., Naghizadeh, M. M. (2011). Psychiatric intervention improved pregnancy rates in infertile couples. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 18(1), 16-24.
- 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.
- Read, S. C., Carrier, M., Boucher, M., Whitley, R., Bond, S., Zelkowitz, P. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want?. *Patient Education & Counseling*, 94(3), 390-395.
- 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.
- Repromeda. (2017). *Kariéra*. Přístup dne 10. 4. 2017, dostupné z: <https://www.repromeda.cz/kariera/>
- 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.
- Russell, S. (2005). Treatment-seeking behaviour in urban Sri Lanka: Trusting the state, trusting private providers. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1396-1407.
- Řežábek, K. (1999). *Léčba neplodnosti: Aneb co dělat, když chceme dítě*. Praha: Grada.
- Sabatelli, R. M., Meth, R. L., Gavazzi, S. M. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*, 37(7), 338-343.
- Sahraian, K., Poorsamar, L., Jahromi Kargar, Z. (2014). Psychological treatments for infertile couples. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 11, 150.
- 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.
- Sanatorium ART České Budějovice. (2014). *O nás*. Přístup dne 7. 5. 2017, dostupné z: <http://www.sanatoriumart.cz/O-nas/>
- Sanatorium Helios. (2017). *Náš tým: Sesterský tým*. Přístup dne 7. 5. 2017, dostupné z: <http://www.sanatoriumhelios.cz/sestersky-tym/>
- 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. (2009). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities?. *Human Fertility*, 12(1), 14-20.
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Boivin, J., Sangren, H., Tjørnhøj-Thomsen, T., Blaabjerg, J., Hald, F., Andersen, A. N., Rasmussen, P. E. (2003a). Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: Findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18(3), 628-637.

- Schmidt, L., Holstein, B. E., Boivin, J., Tjùrnhùj-Thomsen, T., Blaabjerg, J., Hald, F., Rasmussen, P. E., Nyboe Andersen, A. (2003b). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: Findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18(12), 2638-2646.
- 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.
- Sinel'nikov, V. (2005). *Dohoda s nemocí: Kniha první*. Praha: Zvonící cedry.
- Slepičková, L. (2011a). Cizí geny, naše dítě? Rozhodování o rodičovství v procesu léčby neplodnosti. *Sociální studia*, 4(1) 125-144.
- Slepičková, L. (2011b). *Nedobrovolná bezdětnost jako medikalizovaný problém*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita.
- Slepičková, L., Fučík, P. (2009). Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti. *Sociologický časopis*, 45(2), 267-290.
- Smallová, M. F. (2012). *Naše děti, naše světy: Jak biologie a kultura ovlivňují naše rodičovství*. Praha: DharmaGaia.
- Smeenk, J. M. J., Verhaak, C. M., Vingerhoets, A. J. J. M., Sweep, C. G. J., Merkus, J. M. W. M., Willemsen, S. J., van Minnen, A., Straatman, H., Braat, D. D. M. (2005). Stress and outcome success in IVF: The role of self-reports and endocrine variables. *Human Reproduction*, 20(4), 991-996.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Souter, V. L., Penney, G., Hopton, J. L., Templeton, A. A. (1998). Patient satisfaction with the management of infertility. *Human Fertility*, 3(7), 1831-1836.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135.
- Sternberg, R. J. (2008). *Láska je příběh: 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.
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk. (2017a). *O škole: ŠVP: Zdravotnický asistent - zkrácené studium*. Přístup dne 13. 5. 2017, dostupné z: [http://www.zdravkanbk.cz/files/SVP\\_ZAZS.pdf](http://www.zdravkanbk.cz/files/SVP_ZAZS.pdf)
- Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk. (2017b). *O škole: ŠVP: Zdravotnické lyceum*. Přístup dne 13. 5. 2017, dostupné z: [http://www.zdravkanbk.cz/files/SVP\\_ZL.pdf](http://www.zdravkanbk.cz/files/SVP_ZL.pdf)
- Sullerotová, E. (1998). *Krize rodiny*. Praha: Karolinum.
- Sýkorová, D. (2008). Bezdětnost ve stáří: K sociální integraci seniorů. *Sociologicky časopis*, 44(1), 113-138.
- SZŠ a VOŠZ Plzeň. (2013). *VOŠZ: Studijní obory: Diplomovaná všeobecná sestra: Učební plán*. Přístup dne 13. 5. 2017, dostupné z: [https://www.zdravka-plzen.cz/sites/default/files/VOSZ/rok1516/dvs\\_1.pdf](https://www.zdravka-plzen.cz/sites/default/files/VOSZ/rok1516/dvs_1.pdf)
- Šindlář, M. (2004). Lázeňská léčba ženských chorob ve Františkových Lázních. *Moderní babičtví*, 4(1), 1-3.
- Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV nakladatelství.
- Takabayashi, C., Shimada, K. (2010). Support for infertility treatment in Japan: Differences in perceptions between female clients and staff. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 80-86.
- 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.
- UNICA, spol. s r. o. (2017). *O klinice: Naši lidé*. Přístup dne 7. 5. 2017, dostupné z: <http://www.unica.cz/cs/about-clinic/our-team>

Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta. (2006 – 2017a). *Magisterské studium Všeobecné lékařství v akademickém roce 2016/2017*. Přístup dne 12. 5. 2017, dostupné z: <http://www.lf1.cuni.cz/magisterske-studium-vseobecne-lekarstvi-v-akademickem-roce-20162017#>

Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta. (2006 – 2017b). *Studijní plány pro akademický rok 2016/2017 - bakalářské studium*. Přístup dne 12. 5. 2017, dostupné z: <http://www.lf1.cuni.cz/studijni-plany--bakalarske-studium>

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.

van Empel, I. H., Aarts, J. M., Cohlen, B. J., Huppelschoten, D. A., Laven, J. E., Nelen, W. M., Kremer, J. M. (2010a). Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: A random multicentre validation study. *Human Reproduction*, 25(10), 2516-2526.

van Empel, I. W., Dancet, E. A., Koolman, X. H., Nelen, W. L., Stolk, E. A., Sermeus, W., Kremer, J. A. (2011). Physicians underestimate the importance of patient-centredness to patients: A discrete choice experiment in fertility care. *Human Reproduction*, 26(3), 584-593.

van Empel, I. H., Nelen, W. M., Tepe, E. T., van Laarhoven, E. P., Verhaak, C. M., Kremer, J. M. (2010b). Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Human Reproduction*, 25(1), 142-149.

Ventruba, P. (2008). Poruchy plodnosti. In L. Rob, A. Martan, K. Citterbart et al., *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.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. (2012). *Gynekologicko - porodnická klinika: Centrum asistované reprodukce*. Přístup dne 20. 11. 2016, dostupné z: <http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a-oddeleni/gynekologicko-porodnicka-klinika/specializovana-centra/centrum-asistovane-reprodukce/>

Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, Palachova 35, p.o. (2017a). *ŠVP: Diplomovaná všeobecná sestra – denní forma*. Přístup dne 13. 5. 2017, dostupné z: <http://www.szsvzs.cz/file.php?nid=12268&oid=4595830>

Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, Palachova 35, p.o. (2017b). *ŠVP: Zdravotnický asistent*. Přístup dne 13. 5. 2017, dostupné z: <http://www.szsvzs.cz/file.php?nid=12268&oid=5196388>

Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem, Palachova 35, p.o. (2017c). *ŠVP: Zdravotnické lyceum*. Přístup dne 13. 5. 2017, dostupné z: <http://www.szsvzs.cz/file.php?nid=12268&oid=5196381>

Weinshel, M. (1990). Treating an infertile couple. *Family Systems Medicine*, 8(3), 303-312.

Wilkes, S., Hall, N., Crosland, A., Murdoch, A., Rubin, G. (2009). Patient experience of infertility management in primary care: An in-depth interview study. *Family Practice*, 26(4), 309-316.

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.

Williams, G., Dean, P., Williams, E. (2009). Do nurses really care? Confirming the stereotype with a case control study. *British Journal of Nursing*, 18(3), 162-165.

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. (2008). Implications of psychosocial support in infertility: A critical appraisal. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 83-90.

Wischmann, T. (2011). Psychogenní neplodnost: Mýty a fakta. *Psychosom: Časopis pro somatickou a psychoterapeutickou medicínu*, 9(1), 36-52. Přístup dne 3. 6. 2017, dostupné z: [http://www.lirtaps.cz/wp-content/uploads/2015/09/PS\\_2011\\_1.pdf](http://www.lirtaps.cz/wp-content/uploads/2015/09/PS_2011_1.pdf)

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.

Włoszczak-Szubzda, A., Jarosz, M. J. (2013). Professional communication competences of nurses: A review of current practice and educational problems. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(1), 183-188.

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.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., De Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., Van der Poel, S. (2009). The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology, 2009. *Human Reproduction*, 24(11), 2683-2687.

Žáková, J., Lousová, E., Crha, I., Ventruba, P., Pohanka, M., Nentwichová, P., Pochopová, H. (2010). PICSI – selekce zralých spermií pro oplození lidských oocytů metodou ICSI. *Praktická gynekologie*, 14(4), 180-182.

Žáková, J., Ventruba, P., Crha, I., Bulínová, E., Lousová, E. (2006). Možnost využití darovaných gamet nebo embryí při léčbě neplodnosti. *Praktická gynekologie*, 10(3), 105-107.

Ženská-neplodnost.cz. (2017a). *Laik: O neplodnosti*. Přístup dne 20. 5. 2017, dostupné z: <http://www.zenska-neplodnost.cz/o-neplodnosti>

Ženská-neplodnost.cz. (2017b). *Laik: Reprodukční centra: Praha*. Přístup dne 10. 4. 2017, dostupné z: <http://www.zenska-neplodnost.cz/praha>

Zvěřina, J. (2010). Sexuální dysfunkce. In P. Weiss et al., *Sexuologie* (339-363). Praha: Grada.

# **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Seznam otázek pro rozhovor v první části výzkumu

Příloha č. 2: Informovaný souhlas pro první část výzkumu

Příloha č. 3: Seznam otázek pro rozhovor v druhé části výzkumu

Příloha č. 4: Ukázka rozhovoru s respondentkou Sylvou

Příloha č. 5: Informovaný souhlas pro druhou část výzkumu