

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Dopady na psychiku a pocity viny při neplodnosti

Bc. Linda Macholdová

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Markéta Rokytová

Praha 2021

Prague College of Psychosocial Studies



**Impacts on the psyche and feelings of guilt
caused by infertility**

Bc. Linda Macholdová

Supervisor: PhDr. Markéta Rokytová

Prague 2021

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze

Podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Markétě Rokytové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady týkající se praktických informací i za pomoc při nalezení dalších témat, které se nyní v práci objevují.

Abstrakt

Problémy s otěhotněním či přímo neplodnost jsou v dnešní době obecně známé pojmy a v dnešní společnosti se s tímto problémem potýká stále více lidí.

I tak je neplodnost jistým tabu, o kterém se nijak nemluví a není možné si ani představit, jak moc náročná musí být cesta pro toho, kdo se s tímto problémem potýká.

Tato ryze teoretická bakalářská práce má za cíl objasnit definici neplodnosti, její možné příčiny, rizikové faktory u žen i mužů, popisuje základní lékařské vyšetření, asistovanou reprodukci a dopady na psychiku, kterých se týkají také pocity viny. Též se zabývá možnou formou pomoci, kterou poskytuje například psychologická pomoc.

Práce shrnuje stejné názory a popisuje rozdílnosti v pohledech autorů publikací na téma problematiky neplodnosti, popisuje možné dopady na psychiku v jednotlivých fázích, kterými musí partneři projít na cestě k otěhotnění.

V závěru práce je diskuze, která obsahuje shrnutí obsahu práce a přidané názory autorky této bakalářské práce.

Klíčová slova: neplodnost, těhotenství, rodičovství, dítě, psychika

Abstract:

Pregnancy issues or infertility are well-known concepts today, and more and more people in today's society face this problem.

Even then infertility is a taboo that is not talked about, and it is impossible to imagine how difficult the journey must be for those who are struggling with this problem.

This purely theoretical bachelor's thesis aims to clarify the definition of infertility, its possible causes, risk factors in women and men, describes the basic medical examination, assisted reproduction and the effects on the psyche, which are also affected by feelings of guilt. It also deals with a possible form of help, such as psychological help.

The work summarizes the same views and describes the differences in the views of the authors of publications on the issue of infertility, describes the possible effects on the psyche in various stages partners must go through on the path to pregnancy.

There is a discussion at the end of the thesis that contains a summary of the content of the thesis and the added opinions of the author of this bachelor's thesis.

Key words: infertility, pregnancy, parenthood, child, psyche

Obsah

ČÁST PRVNÍ

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 9 |
| 1 Neplodnost | 10 |
| 1.1 Definice neplodnosti..... | 10 |
| 1.2 Kategorizace typů neplodnosti | 11 |
| 2 Možné příčiny neplodnosti | 12 |
| 2.1 Fyziologické příčiny neplodnosti u mužů | 12 |
| 2.2 Fyziologické příčiny neplodnosti u žen | 13 |
| 3 Idiopatická neplodnost | 15 |
| 3.1 Rizikové faktory během života ovlivňující plodnost..... | 17 |
| 4 Diagnostika a terapie neplodnosti | 18 |
| 4.1 Diagnostické metody při vyšetření ženy: | 18 |
| 4.2 Diagnostické metody při vyšetření muže | 18 |
| 4.3 Terapie poruch plodnosti s fyziologickou příčinou | 19 |
| 5 Asistovaná reprodukce | 20 |
| 5.1 Počátky asistované reprodukce | 20 |
| 5.2 Druhy asistované reprodukce..... | 20 |
| 5.2.1 IUI – Intrauterinní inseminace | 21 |
| 5.2.2 IVF – In vitro fertilizace..... | 21 |
| 5.2.3 Dárcovství spermií | 21 |
| 5.2.4 Dárcovství vajíček..... | 21 |
| 6 Neplodnost a její dopady na psychiku | 22 |
| 6.1 Zjištění: Chtěli bychom dítě | 22 |
| 6.2 Dopady na psychiku při návštěvě lékaře a prvních vyšetřeních | 24 |
| 6.3 Dopady při diagnóze stanovené na základě vyšetření | 26 |
| 6.4 Dopady při idiopatické neplodnosti – vyšetření jsou v pořádku, otěhotnění nepřichází..... | 28 |
| 6.5 Dopady během procesu léčby – asistovaná reprodukce | 30 |
| 6.5.1 Etické otázky související s asistovanou reprodukcí | 32 |
| 7 Neplodnost jako životní krize a její možné zvládnání | 34 |
| 7.1 Dopady neplodnosti na partnerský vztah..... | 34 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 7.2 | Coping styles – strategie vyrovnávání se se stresem..... | 36 |
| 7.3 | Psychologická pomoc..... | 38 |
| 8 | Závěr a diskuse..... | 41 |

Úvod

Ve svém okolí se čím dál častěji setkávám s tím, že je těhotenství společností očekáváno, ale téma problému s početím či přímo téma neplodnosti je poměrně veliké tabu. Nemluví se ale o negativních stránkách boje o početí vysněného potomka, připuštění si této překážky, uvědomění si tohoto faktu a v neposlední řadě vyrovnávání se se změnami, které sebou tento problém přináší. Dopady na psychiku při neplodnosti mohou být obrovské a zasahují jak do osobního života jedince a jeho partnera, tak do jeho profesního života.

Právě z tohoto důvodu vnímám jako důležité v této práci sepsat kromě základních charakteristik, příčin a základního popisu léčby také faktory, které mohou tuto již tak trnitou cestu za vysněným dítětem ještě více negativně ovlivnit.

V této práci je tohoto cíle dosaženo popsáním jednotlivých fází, kterými pár prochází. První část obsahuje základní charakteristiky a možné příčiny, což je důležitý úvod do problematiky neplodnosti. Druhá část se věnuje dopadům na psychiku, které jsou hlavním tématem této práce.

ČÁST PRVNÍ

1 Neplodnost

Zejména u mladších lidí je ve veliké míře v povědomí pocit, že je při pohlavním styku vysoká pravděpodobnost početí. Je to často podtrhováno vyzdvihováním nechtěných těhotenství u mladých dívek a s tím neustále se zvyšující důslednou ochranou před početím. Během soužití partnerů, kteří ještě nechtějí mít dítě, je proto časté úsilí o to, aby partnerka neotěhotněla, ovšem pár často nepočítá s opačnou variantou – že by mohli mít v budoucnu s otěhotněním problémy (Konečná, 2003).

Dopady na psychiku při neplodnosti mohou být obrovské a zasahují jak do osobního života jedince a jeho partnera, tak do jeho profesního života.

Neplodnost dopadá na miliony lidí v celém světě a má veliký vliv na jedince, pár, jejich rodiny, přátele i profesní život. Statistiky WHO (2019) odhadují, že se s neplodností potýká 48 milionů párů a 186 milionů jedinců.

1.1 Definice neplodnosti

Dle World Health Organization je neplodnost onemocněním ženského či mužského reprodukčního systému, kdy k otěhotnění nedochází po více jak roce pravidelného pohlavního styku (1 - 2x týdně) bez jakékoli formy ochrany (kondom, hormonální antikoncepce, pesar apod.). Též Řežábek (2008) definuje neplodnost v případě, že žena neotěhotní při pravidelném pohlavním styku 2 - 3x týdně po dobu jednoho roku. Autorka Ulčová-Gallová (2008) naopak udává časový horizont delší, konkrétně 24 měsíců.

Gerard Kite (2017) citující ze statistik WHO uvádí, že je příčina z 40% u muže, z 40% u ženy, z 10% je to kombinace obojího a z 10% není příčina odhalena. Neplodnost se dělí na primární, sekundární a idiopatickou, neboli také nevysvětlitelnou sterilitu, což je neplodnost bez fyziologické příčiny.

1.2 Kategorizace typů neplodnosti

Jak uvádí Canadian medical (2019), WHO dělí typy neplodnosti do následujících kategorií:

a) primární neplodnost

Tímto typem neplodnosti se rozumí naprostá absence početí potomka i přes nechráněný pohlavní styk po dobu jednoho roku. Pravidelným nechráněným pohlavním stykem se rozumí sex bez jakékoliv formy ochrany 1-2x týdně.

b) sekundární neplodnost

K sekundární neplodnosti dochází ve chvíli, kdy má pár již jednoho či více potomků, ovšem další dítě se počít nedaří a to i během pravidelného nechráněného sexu po dobu jednoho roku.

c) neobjasněná neplodnost (idiopatická)

Neobjasněná či jinak idiopatická neplodnost spočívá v nemožnosti počít potomka a to bez jakékoli fyziologické příčiny. Důvody mohou být např. snížená sexuální aktivita, stres, nekvalitní styl života či dopady problémů s početím na psychiku jedince či páru.

d) opakované samovolné potraty/kojenecká úmrtnost

Tento bod spadá do kategorizace neplodnosti pouze z části. S neplodností je spojena též neschopnost donosit dítě, kdy dochází k opakovaným potratům bez zdravotní příčiny. Do této části spadá také kojenecká úmrtnost, kterou se rozumí úmrtí dítěte před dosažením pátého roku života (uvádí i přes to, že v pátém roce života již dítě není v kojeneckém věku).

Příčiny neplodnosti či úmrtí dítěte mohou být různé, ale všechny typy neplodnosti mají bohužel společný minimálně jeden důsledek – dopad na jedince i pár jako takový, a to v různých úrovních jejich života.

2 Možné příčiny neplodnosti

Příčiny neplodnosti mohou být různé a někdy pro pár vede zdlouhavá cesta ke zjištění konkrétního problému.

Ve chvíli, kdy se jedinci či páru stále nedaří otěhotnět, vede první krok k lékaři, kde se podrobí vyšetření. Během léčby se pár či jedinec dostává do kontaktu s odborníky z oborů jako je gynekologie, andrologie (věda zabývající se problémy reprodukční soustavy u muže), sexuologie, psychologie, fyzioterapii, endokrinologie či imunologie, kdy se na problém otěhotnět snaží nahlížet ze všech možných úhlů. První krok zpravidla začíná u gynekologa. Následující podkapitoly popisují první možné příčiny, které mohou stát v cestě za potomkem. Jsou to překážky, které člověku klade vlastní tělo.

2.1 Fyziologické příčiny neplodnosti u mužů

Prague Fertility Centre (2019) ve svém článku uvádí, že hlavním faktorem pro mužskou neplodnost bývá nízký počet spermií, jejich tvar a pohyblivost, případně jejich přítomnost v ejakulátu. Vývoj zdravých spermií řídí tři hormony:

1. FSH – folikostimulující hormon – napomáhá k vytváření spermií, působí na Sertoliho buňky (buňka vyskytující se v semenotvorných kanálcích ve varlatech, díky těmto buňkám získají spermie pohyblivost),
2. LH – luteinizační hormon – podporuje vytváření mužského hormonu, testosteronu,
3. testosteron – mužský pohlavní hormon, ovlivňuje Sertoliho buňky.

Na otázku, jaký je jejich počet, tvar, pohyblivost, či zda se spermie v ejakulátu vůbec nachází, může odpovědět mikroskopická metoda na vyšetření ejakulátu - spermioqram. Po 3 – 5 denní době pohlavní abstinence se hodnotí vzorek ejakulátu, ve kterém se zjišťují hodnoty zmíněné výše (počet, tvar, pohyblivost spermií, jejich počet v 1 ml). Pro získání přesných výsledků je nutné vyšetření opakovat nejméně 1x s odstupem minimálně jednoho měsíce.

Ulčová-Gallová a Lošan (2013) uvádějí, že zdravý dospělý muž vytváří denně až 10 miliónů spermií/ml, tato hranice se ale z hlediska nutného počtu pro plodnost během let postupně snižovala a dnes se pokládá za dostatečnou produkce spermií (po sexuální abstinenci zhruba 3 dny) do 20 miliónů/ml.

Také ve své knize zmiňují hlavní faktory mající negativní vliv na kvalitu ejakulátu, například vysoké teploty působící na varlata v horké koupeli, sedavá zaměstnání, drogy, alkohol či marihuana, Doherty (2006) k tomuto výčtu přidává také užívání léků, které mohou mít za následek snížení ejakulace a erekce. Jsou to například antidepresiva či antipsychotika.

K dalším příčinám kromě výše zmíněných uvádí Řežábek (2002) erektilní dysfunkci, u které může být příčinou nedostatečné krevní zásobením topořivých těles v penisu, cukrovka či psychické faktory.

Autoři Ulčová-Gallová & Lošan (2013) udávají také jako další možnou příčinu hormonální hladinu v nerovnováze, kdy je potřeba vyšetření hormonů štítné žlázy. V tomto případě se jedná pouze zhruba o 2% mužů.

2.2 Fyziologické příčiny neplodnosti u žen

Jako první příčinou uvádí Doherty (2006) hormonální poruchy a poruchy funkce vaječnicků. Právě vyvážená hladina pohlavních hormonů je v organismu ženy velmi důležitá pro ovulaci, oplodnění a těhotenství.

Díky změnám hladin pěti hormonů, které rostou a klesají v průběhu menstruačního cyklu, je možná ovulace a uvolnění vajíčka v těle ženy. Narušení rovnováhy hladin těchto hormonů může způsobit poruchu ovulace či dokonce její úplnou zástavu. Vinterová (2015) ve své diplomové práci popisuje 5 konkrétních hormonů, které umožňují ovulaci. Jedná se o těchto 5 hormonů:

1. Folikulostimulační hormon (FSH) – produkován hypofýzou, stimuluje růst folikulů ve vaječniku.
2. Luteinizační hormon (LH) – produkován též hypofýzou, zodpovídá za uvolnění zralého vajíčka z folikulu.
3. Gonadotropin releasing hormon (GnRH) – vytváří se v mozku, tento hormon podporuje uvolňování FSH a LH do krevního oběhu.
4. Estrogen – produkují vaječnky a v kombinaci s progesteronem se tento hormon podílí na přípravě děložní výstelky.
5. Progesteron – tento hormon se vytváří po skončení ovulaci, má za úkol připravovat děložní výstelku k přijetí embrya.

Ulčová-Gallová (2006) ve své knize uvádí až 40 % případů neplodných žen, které se potýkají s hormonální poruchou spočívající v nedostatečné činnosti vaječníků.

Další možnou příčinou může být endometrióza. Jedná se o výskyt děložní sliznice mimo děložní dutinu, kdy se tato ložiska vyskytují u menstruuujících žen nejčastěji na pobřišnici a na vaječnicích. Často zde mohou vznikat cysty (dutinky vyplněné krví) či pevné srůsty.

Děložní příčina je zde poslední popisovanou možnou příčinou neplodnosti u žen. Jedná se o vrozené vady dělohy, které způsobují opakované potraty či úplnou sterilitu (neplodnost).

3 Idiopatická neplodnost

Následující text pojednává o možných příčinách, které mohou být základem idiopatické neplodnosti. Diagnóza idiopatická neplodnost, či jinak nevysvětlitelná sterilita, je stanovena po vyloučení všech ostatních možných příčin neplodnosti. Páry s diagnózou nevysvětlitelné sterility mají 40 – 60% naději na otěhotnění do 4 let (Eurofertil, 2020).

Jako první možný faktor, který může mít vliv na problémy otěhotnět, autoři Galhardo, Pinto – Gouveia a Cunha (2011) uvádí, že u párů, které mají problém otěhotnět, se také vyskytuje zřetelně větší množství psychických problémů. Jedinci trpí depresemi (15 – 54% dotazovaných) a úzkostmi (8 – 28%), což může být sekundární důsledek neplodnosti. Ženy, které se snaží otěhotnět, mají často míru klinické deprese podobné ženám, které mají srdeční onemocnění nebo například rakovinu (Deka, 2010).

S těmito názory se ztotožňuje i Krausz (2011), který zavádí pojem „idiopatická neplodnost“, což, jak již bylo zmíněno v práci výše, je problém s otěhotněním bez fyziologické příčiny.

Deka (2010) objasňuje druhou možnou příčinu, která může mít za následek problém párů s početím. Nejedná se o emoční stránku ženy, ale o chování mezi partnery. Paradoxem je, že čím více se pár snaží otěhotnět, tím více rostou možnosti sexuální dysfunkce, neshody v sexu, kdy se z příjemných chvil stává pouze jakási povinnost. Páry mají snížené sebevědomí, ženy se cítí prázdně a cítí obrovský tlak. Tlak mohou vnímat jedinec sám od sebe, od druhého partnera či okolí, které nedočkavě očekává oznámení těhotenství. Ženy v tomto směru vykazují vyšší hodnoty trápení než jejich muži, ovšem oba zažívají obrovské pocity defektivy a nekompetence.

Pokud se máme zaměřit pouze na muže a jejich prožívání problému s početím, Fischer (2011) uvádí, že ve chvíli, kdy se partnerce nedaří otěhotnět, jsou zklamaní, ale ne zničení tak jako jejich partnerka, která si klade za vinu, že nemůže počít dítě a že zklamala.

Ovšem muži i ženy se shodují v jedné věci – i přes negativní dopady na psychiku páru nebo chování jedinců mezi sebou, je touha po dítěti u mužů i žen

spojena s přáním vytvářet nový život, vytvořit rodinu a prožívat větší a větší lásku (Fischer, 2011).

Všichni zmiňovaní autoři (Jung 2014, Krausz 2011, Deka 2010, Fischer 2011, Galhardo, Pinto – Gouveia a Cunha 2011) se shodují na tom, že idiopatická neplodnost je velkým problémem, který se může odrážet nejen v intimním životě páru. Shodují se, že ve chvíli, kdy se v psychice, ať muže či ženy, nachází určitá překážka, je velmi těžké ji jen tak přejít.

Deka (2010) udává větší váhu příčinnosti chování mezi partnery, ovšem například autoři Galhardo (2011), Pinto – Gouveia (2011) a Cunha (2011) stojí za názorem, že mnohem větší příčinou je psychický stav ženy.

Na základě názorů autorů zmíněných výše zde shrnuji možné příčiny idiopatické neplodnosti.

- 1) psychické problémy jako např. deprese, úzkost
- 2) chování mezi partnery – ze sexu se stává povinnost, nikoliv potěšení
- 3) pocity viny – nedokážu dát partnerovi dítě, zklamal/a jsem sám / sama sebe, nezvládnou tu nejzákladnější část v lidském životě - reprodukci
- 4) očekávání těhotenství ze strany okolí

Ve chvíli, kdy se pár začne pokoušet o dítě, málokoho napadne, že se tento problém může týkat zrovna jich. Nepřipouští si, že by se něco takového mohlo stát a pomalu, ale jistě mohou spadnout do pastí v podobě kolotoče snahy o početí každý měsíc.

V momentě, kdy se již o početí snaží a každý měsíc se opakovaně dostavuje menstruace, je časté, že nad tím člověk – zcela přirozeně – začne přemýšlet. Již jen myšlenka, že by mohlo být něco v nepořádku, může být sama o sobě obrovským stresovým faktorem. Žena se čím dál častěji zaměřuje na svůj cyklus a jak již bylo zmíněno výše, z pohlavního styku se stává více povinnost.

Žena též přichází do kontaktu s lidmi ve stejném věku, kteří už děti například mají a může slýchat známé spojení slov „biologické hodiny tikají“, což se začleňuje do kategorie myšlenek, které psychickému stavu ženy nepřilepšují.

Dnešní společnost automaticky předpokládá, že pokud partneři již delší dobu tvoří pár, dříve či později budou mít potomka. Proto je pro pár velmi těžké dostávat se do nepříjemných situací například v komunikaci s rodinou či přáteli, kde se na téma těhotenství zcela otevřeně naráží.

Právě proto mohou mít všechny zmíněné faktory velký vliv na plodnost ženy či muže, protože mohou způsobovat stres, úzkost, strach a napětí.

3.1 Rizikové faktory během života ovlivňující plodnost

Věk – obzvláště věk ženy patří mezi jeden z nejdůležitějších faktorů. Tělo se dostává do ideálního stavu připravenosti na početí dítěte okolo 25. roku života ženy, po třicátém roku života šance na početí klesá. Důvody žen k otěhotnění v pozdějším věku života mohou být různé. V dnešní společnosti je čím dál častější, že je pro ženu důležitá kariéra, vzdělání či cestování a proto přichází touha po dítěti později. S tím mohou (ale také nemusí) souviset problémy s otěhotněním, kdy už tělo ženy není na tak dobré reprodukční úrovni a schopnost otěhotnění klesá.

Znesnadnit početí mohou také například kouření, alkohol, drogy, které mají negativní dopad na celkový organismus ženy či muže. Jako poslední bod bych zde zmínila psychosociální faktory. Tyto faktory se týkají mužů i žen a mají nemalé dopady na psychiku jedince či celého páru.

Ve chvíli, kdy se žena snaží otěhotnět, dochází k postupnému narůstání úzkosti a obav, zda je vše v pořádku. Ve spoustě případů si často ani neuvědomí, kolikrát nad tím přemýšlí a jak uvažuje nad tím, kdy měla naposledy menstruaci, kdy by měl proběhnout ideálně pohlavní styk a další.

Změna v chování ženy vede často k problémům mezi partnery, z potěšení týkající se pohlavního styku se stává rutina a nutná potřeba k docílení otěhotnění.

Na základě toho mohou vznikat konfliktní situace, napětí, úzkost, stres a další faktory, které mohou zapříčinit vynechání ovulace, menstruace a další zdravotní komplikace. S tímto je velmi úzce spojen stres. Ženy v chronickém stresu nemají menstruaci ani ovulaci (Matějů, Weiss, Urbánek, 2005a) a u mužů může být stres příčinou poruchy erekce či dalších zdravotních problémů.

Ve své rigorózní práci uvádí autorka Mgr. Anna Komorová (2017) studii, kterou realizovali Ebbesen et al.:

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.

4 Diagnostika a terapie neplodnosti

Každý pár, který se déle než rok snaží o početí potomka, je podroben lékařskému vyšetření. Diagnostika probíhá u obou partnerů, ke každému se přistupuje individuálně. Při zjišťování příčin se klade důraz na celkový zdravotní stav, dědičné dispozice, životní styl, užívané léky, operativní zákroky, u ženy se lékař ptá na pravidelnost cyklu.

4.1 Diagnostické metody při vyšetření ženy:

Při lékařském vyšetření se měří hladina hormonů, provádí se ultrazvukové vyšetření, vyšetření průchodnosti vejcovodů či genetické vyšetření, které má za úkol vyloučit či naopak odhalit riziko genetických vad. Lékař se dále zaměřuje na ovariální rezervu (AMH – antimüleriánský hormon). Jak na svém webu uvádí Centrum asistované reprodukce Brno (2021), AMH je dobrým ukazatelem funkce vaječnicku a pomáhá při rozhodování o nejvhodnější léčbě. Hladina tohoto hormonu souvisí s počtem vajíček, která se ve vaječnicku nachází. Dále se lékař zaměřuje na vyšetření ovulace, což lze zjistit z analýzy krve či pomocí ultrazvuku. Také se pozoruje průchodnost děložní dutiny (cílem je zjištění podmínek pro uhníždění embrya) pomocí hysteroskopie.

Sonografie (ultrazvuk) patří mezi základní vyšetřovací metody, která slouží k zobrazení vnitřních orgánů. Sonda se přikládá k břichu či se vyšetření provádí vaginálně.

4.2 Diagnostické metody při vyšetření muže

Lékařské vyšetření u muže začíná vyšetřením spermatu pomocí spermioqramu. Spermioqram je mikroskopická metoda zjišťující počet, pohyblivost, tvar a celkovou přítomnost spermií v ejakulátu.

Následuje, stejně jako u ženy, genetické vyšetření zjišťující případné riziko vrozených vad, vyšetření hladin hormonů a urologické vyšetření.

4.3 Terapie poruch plodnosti s fyziologickou příčinou

Chirurgická léčba – slouží k odstranění některých příčin neplodnosti jako jsou například ložiska endometriózy či se provádí operace vejcovodů

- tato forma léčby je prováděna nejčastěji laparoskopicky

Hormonální léčba – cílem hormonální léčby je například nastolení rovnováhy hladin pěti hormonů, které jsou zmíněny v předchozí kapitole

- cílem je vyvolání ovulace

Imunologická léčba – má za úkol omezit či úplně odstranit obranyschopnost těla, která tvoří protilátky proti spermiím, vajíčku či plodu. „Imunoterapie je definována jako přímá modelace přirozené obranyschopnosti organismu vedoucí k vyloučení tvorby protilátek proti spermiím, vajíčku, plodu apod. nebo k úplnému omezení jejich produkce“ (Ulčová-Gallová&Lošan, 2013, str.58).

Fyzioterapie – může dopomoci při odstranění zdravotních problémů např. s kostrčí, což by mohlo mít podíl na problémech s otěhotněním

Kromě výše zmíněných typů léčby lze zařadit do možností kladně ovlivňující plodnost také psychoterapii, které se práce více věnuje v samostatné kapitole.

Psychoterapie může pomoci překonat hormonální nerovnováhu, která může být psychologického původu, či může pomoci k otevření určitých témat, která byla doposud skryta, protože při pohledu z vnějšku „vlastně jinak všechno dobře funguje“. Někdy může pomoci pouhé pojmenování problému, myšlenky či obav. Je důležité si uvědomit, že psychika je mocná a některé psychosomatické bloky plynou z našeho nevědomí, ve kterém se může ukrývat mnoho strachů, obav, pocitů nespravedlnosti, viny a další. Právě tyto bloky mohou člověka chránit před dalším neúspěchem. Příkladem může být migréna ženy či nečekaná chřipka muže před opakovaným vyšetřením týkajícím se diagnostikování příčin neplodnosti. Psychoterapie tak může pomoci k zvědomení, pojmenování a případnému odstranění různých myšlenek a obav, které mohou samy o sobě stát v cestě k otěhotnění. Na psychoterapii lze chodit jak v páru, ale také mohou na terapii docházet jedinci každý zvlášť.

5 Asistovaná reprodukce

Pod pojmem asistovaná reprodukce si dnes většina lidí představí konkrétní zákrok jako je například umělé oplodnění, což je metoda vztahující se pouze na techniky, které vedou k oplodnění vajíčka spermií a jeho následné zavedení do dělohy. Pod tento pojem ale spadají všechny lékařské techniky a metody jako například chirurgické, hormonální, farmakologické (Karel, 2013).

5.1 Počátky asistované reprodukce

První výzkumy s lidskými embryi se začaly provádět v 60. letech a to konkrétně dvěma skupinami výzkumníků. Jedna pocházela z Cambridge a vedl jí Robert G. Edwards a Patrick Steptoe, druhá pocházela z Melbourne a byla vedli jí výzkumníci Lapat, Trounson a Wood (Karel, 2013). Obě na sobě nezávislé skupiny prováděly své experimenty nejdříve na zvířatech a až poté následovala aplikace na lidské oocyty (ženská pohlavní buňka). V červenci roku 1978 se v Anglii narodila Louise Brownová, která byla historicky prvním dítětem narozeného tzv. „ze zkumavky“ – z umělého oplodnění. Za tímto úspěchem stála právě skupina z Cambridge (Karel, 2013).

Tento průlom odstartoval možnost splnění snu mít vlastního potomka pro mnoho rodičů a po celém světě se narodily z umělého oplodnění tisíce dětí.

Karel (2013) ve své disertační práci uvádí, že se v České republice za období 2007-2009 provedlo přes 61 tisíc cyklů umělého oplodnění, což může odpovídat narození 6-15 tisíc dětí.

5.2 Druhy asistované reprodukce

V této kapitole jsou stručně popsány techniky asistované reprodukce. Jelikož již existuje vysoký počet technik odvíjející se od úrovně náročnosti týkající se od nitroděložní aplikace až k mimotělní, jsou zde zmíněny dvě nejvíce rozšířené techniky. Je to technika IUI a IVF. S těmito metodami souvisí dárcovství spermií a vajíček, které jsou popsány v posledních podkapitolách.

5.2.1 IUI – Intrauterinní inseminace

Intrauterinní inseminace, zkratkou IUI, je metodou asistované reprodukce, při které je zavedeno sperma partnera skrze úzkou cévku do dělohy ženy. Principem této metody je zkrácení cesty spermií k vajíčku. Tento postup je zvolen v jednoduchých případech, kdy má partner normální či snížený počet pohyblivých spermií a žena má pravidelnou ovulaci a nemá problém s průchodností vejcovodů. Fakta týkající se zdravotního stavu ženy i muže je nutno ověřit dřívějším lékařským vyšetřením.

5.2.2 IVF – In vitro fertilizace

Jak uvádí v článku o asistované reprodukci Prague Fertility Centre, in vitro fertilizace je metoda mimotělního oplodnění, kdy je tzv. „ve zkumavce“, tedy mimo tělo ženy, oplodněno vajíčko partnerky spermií partnera. Následně je zárodek přenesen do dělohy. Tato metoda je dosud nejefektivnějším způsobem léčby neplodnosti, kdy je u žen příčinou poškození vejcovodů, porucha ovulace a u mužů je příčinou nedostatečný počet spermií či jejich snížená pohyblivost (Prague Fertility Centre, 2019).

5.2.3 Dárcovství spermií

Pod pojem dárcovství spermií se ukrývá získávání, uskladnění a pozdější použití spermatu darovaného anonymním dárcem. Právě tyto darované spermie se využijí ve chvíli, kdy má partner ženy nepohyblivé spermie.

Při vyšetření se zjišťuje pohyblivost, počet a tvar spermií, dárci je též vyšetřen na pohlavně přenosné nemoci a genetické odchylky, aby se vyloučily faktory, které by mohly negativně ovlivnit početí dítěte (Doherty&Clark, 2006, str. 52).

5.2.4 Dárcovství vajíček

Dárkyně jsou v České republice anonymní zdravé ženy ve věku od 20 do 33 let, musí mít ukončené středoškolské vzdělání, dobrý zdravotní stav a být ideálně po porodu. Ženy podstupují sérii vyšetření, která jsou na stejném principu jako vyšetření dárců spermatu.

Darovaná vajíčka mohou být oplozena spermatem partnera neplodné ženy či spermatem dárci nejpozději do 16 hodin, následně se kontroluje jeho vývoj a poté se embryo následně zavede do dělohy.

ČÁST DRUHÁ

6 Neplodnost a její dopady na psychiku

Problematika neplodnosti je pro páry je velmi citlivým tématem a každý z partnerů, kterých se tento problém týká, se s tím vyrovnává po svém. Ve chvíli, kdy nabydou podezření, že by mohlo být něco v nepořádku, se roztáčí pomyslný kolotoč myšlenek a pocitů, které ovlivňují psychiku daného jedince, což také může souviset s úspěšností zvolené léčby.

Tuto kapitolu jsem rozčlenila do podkapitol, jelikož je dle mého názoru důležité zaměřit se na dopady na psychiku jedince po jednotlivých krocích v každé fázi na jeho cestě za vysněným potomkem. Na konci každé podkapitoly je shrnutí obsahující možné negativní prožívání a dopady na psychiku jedince či páru. Tato shrnutí se váží na příběhy žen, které popisují a doprovází svými názory autoři, z jejichž publikací je v této části práce čerpáno.

6.1 Zjištění: Chtěli bychom dítě

V této kapitole se práce zaměřuje na pohled ženy. Je to z toho důvodu, že byt jsou na rozhodnutí mít dítě partneři dva, v této chvíli je žena o krok napřed.

Symetrie mezi partnery zde není proto, že žena vnímá své tělo a čas, který má ještě na to, aby případně otěhotněla bez komplikací. „Žena je zde aktivním činitelem v realizaci plodného projektu“ (Desjardins-Simon & Debras, 2015, str. 34).

Slepičková (2014) ve své knize uvádí časté 2 fáze, které ženy popisují. Jsou to fáze týkající se času na kariéru a času na rodinu. Následující popis se týká fáze času na kariéru. Ženy popisují, že mateřství vnímají jako novou kapitolu seberealizace a že měly mnoho faktorů, které ovlivňovaly jejich rozhodnutí, kdy ještě dítě nechtěly a kdy už naopak ano. Je to například potřeba nejdříve ukončit vzdělání a nabýt nové profesní zkušenosti, které by poté pomohly k zajištění dítěte po návratu z mateřské dovolené. Další potřebou kromě vzdělání a profese je cestování, užít si vlastní volnost před rodinným životem.

Právě poté přichází fáze času na rodinu. V souvislosti s tím Slepičková (2014) popisuje zlom, který se odehrál u většiny, v knize zmíněných, žen.

Jedná se o pomyslnou dělicí linii, která má za následek zvýšení potřeby ženy mít rodinu a potomka. Najednou svou seberealizaci spatřují v rodičovství. Právě proto cíleně vysadí jakoukoli ochranu a s rozhodnutím, že teď již potomka chtějí, začíná jejich cesta k otěhotnění. Problém může být ale ten, že otěhotnění člověk nedokáže ovládat pouhou vůlí. Též je potřeba zmínit, že na otěhotnění jsou potřeba dva lidé. Tudíž ve chvíli, kdy se pár rozhodne pro potomka a objeví se komplikace, zažívá trápení společně. Slepíčková (2014) popisuje pocity ženy, která se rozhodla, že dítě chce, což pro ni bylo samo o sobě ohromným překvapením. Za svůj dosavadní život se jí děti nijak nelíbily, nepřipadaly jí roztomilé a nijak po nich netoužila.

Ve chvíli, kdy přijde již zmíněný zlom, který žena nemůže nijak ovlivnit, přichází také pocity zmatení, překvapení či výčitek. Výčitky a pocity viny mohou být například kvůli zjištění touhy po tom mít potomka a neměly jej dříve. Ve chvíli, kdy je žena po třicátém roce života si uvědomuje, že každý krok k tomu, aby otěhotněla může být těžší a komplikovanější.

Pro ženu je často těžké přijmout tento fakt a neustále se vrací do první fáze života, ve které si vyčítá různá rozhodnutí a svou volbu, jakým směrem bude její život dále ubíhat (Slepíčková, 2014).

Negativní dopady zde jsou zde následující:

Je paradoxem, že se zde dotýkáme negativních dopadů ve spojení s touhou počít dítě. Právě proto se zde popsané body váží na překvapení a zmatek, který se může v ženě odehrávat, jelikož mohla mít doposud úplně jinou představu o tom, jakým směrem se její život bude ubírat.

1. konkrétní výčitky – týkající se minulosti – žena si vyčítá různé kroky a volby ve svém životě předtím, než zjistila, že dítě přece jen chce
2. pocity viny – týkající se přítomnosti - kvůli tomu, že již není v ideálním reprodukčním věku, což má za následek komplikace při otěhotnění a celý proces je pomalejší

6.2 Dopady na psychiku při návštěvě lékaře a prvních vyšetřeních

Jak již bylo zmíněno, první myšlenky o tom, že něco nemusí být v pořádku, se mohou pomalu ale jistě vkrádat během několika měsíců snažení se o potomka. Ve chvíli, kdy se z pár měsíců stává rok, je na čase, aby žena navštívila svého gynekologa.

V těchto prvních krocích nebývá vyšetření nijak fyzicky náročné. Nemělo by být ani psychicky, ale prožívání těchto událostí v souvislosti s návštěvou lékaře je závislé na tom, co a jaké chování personálu a lékaře pár zažívá.

Veliký podíl na tom, jak se bude pár u lékaře cítit, má sám lékař. Komunikace mezi lékařem a párem je v těchto momentech klíčová. Je důležité, aby měl lékař dostatek času, soukromí a prostoru na to, aby zmíněným vysvětlil, co mají očekávat, z jakých důvodů se vyšetření provádí, a případně odpověděl na další možné dotazy. Tyto kroky jsou předpokladem k tomu, aby se pár cítil u lékaře bezpečně, v důvěrném prostředí a mohl si dovolit zmínit možné obavy i pocity, které právě prožívají, což by mohlo pomoci k odbourání obav, strachu z výsledků vyšetření a negativních pocitů hned v počátku.

Význam má i prostředí, které ovlivňuje prožívání během vyšetření. Prostor (daná klinika, kterou pár navštíví) by měl poskytovat důvěrné prostředí, intimitu a soukromí. Lidé by se na klinice měli cítit přijati, pochopeni, nijak nehodnoceni a vyšetření či procedury nutné k vyšetření by měly být prováděny v soukromí.

Konečná (2009) popisuje výpověď ženy a jejího partnera, kteří byli na klinice asistované reprodukce na základním vyšetření. Žena zmiňuje negativní zážitky při vyšetření kvality spermatu jejího partnera pomocí spermogramu. Zmiňuje, že klinika, kterou navštívili, měla zcela otevřenou čekárnu, ve které se nacházeli všichni lidé, kteří kliniku aktuálně navštívili. Do oné čekárny vyšla žena patřící ke zdravotnímu personálu a partnerovi podala před zraky všech přítomných prázdný kelímek, který měl naplnit z důvodu vyšetření na spermogramu. Muž se musel zvednout, před všemi lidmi odejít do oné místnosti, která by správně měla poskytovat určitou formu klidu, komfortu a soukromí, a následně bylo nutno zpět předat již plný kelímek zdravotní sestře. Tento cíl se neseťkal s úspěchem právě kvůli následně popsánému prostředí, kde se měl tento proces odehrát. Místnost určená k odběru neposkytovala žádný komfort, byla malá a nacházela se tam v blízké vzdálenosti toaleta, tudíž ve chvíli,

kdy se tam muž otočil, se toaleta spláchla. Tato zkušenost je důsledkem toho, že měl partner zmiňované ženy pocity studu, rozpaky, zklamání či cítil zlost.

Tento výše zmíněný příběh je odrazem skutečnosti, která takto správně vypadat nemá. Konečná (2009) popisuje, že ve chvíli, kdy je místo důstojné, poskytuje soukromí a bezpečí, pro většinu mužů vyšetření na spermiogramu nepředstavuje žádný větší problém.

Pro ženy podstupujících souhrn úvodních lékařských vyšetření nebývá nijak psychicky náročný. Je ale důležité, aby byla vyšetření a jich důvody vždy popsána a případně, že má žena jakékoli komplikace, například bolestivost během vyšetření, je nutné, aby s pacientkou lékař či zdravotnický personál vše konzultoval a mluvil o tom, co se právě děje.

Faktory, které mají pozitivní dopad na psychiku jedince či páru během prvních vyšetření, které autoři Slepíčková, Konečná, Desjardins-Simon a Debras zmiňují jsou následující:

1. poskytnutí soukromí,
2. důstojnost,
3. respekt k páru, který na kliniku přichází,
4. dostatek informací ze strany zdravotnického personálu a lékaře,
5. příjemné, klidné a intimní prostředí.

Dopady na psychiku v souvislosti s první návštěvou a zdravotním vyšetřením v případě, že nejsou splněny zmíněné body, jsou zde následující:

1. pocity studu vyvolané procedurou před vyšetřením, či přímo konkrétním vyšetřením - například bez dostatečného soukromí,
2. zklamání – z toho, že nebylo možné dokončit vyšetření (z jakéhokoliv důvodu),
3. zlost – například na zdravotnický personál kvůli tomu, jakým stylem komunikují či naopak vůbec nekomunikují,
4. strach, obavy – z možné diagnózy na základě provedeného vyšetření.

6.3 Dopady při diagnóze stanovené na základě vyšetření

Ve chvíli, kdy je známá příčina, již samotný fakt, že s ženou či mužem není něco v pořádku, je ohromně stresující. Právě stres vidí Konečná (2009) jako klíčový. Může být spojen s nemožností otěhotnět, ale také s léčbou samotnou, kterou následně partner či partnerka musí podstoupit. Miller (2009) rozvíjí tyto dopady týkající se stresu ve spojení s vyhlídkami páru do budoucna. Pár si je vědom finančních limitů, které je na této cestě dřív či později zastaví, a také faktu, že budou muset podstoupit léčbu a brát medikaci, která může mít určité vedlejší účinky, se kterými se bude muset jedinec (nejčastěji žena) potýkat. V této fázi může pár zažívat zklamání, depresi, lítost, pocity méněcennosti či křivdu (Komorová, 2017).

Gerad (2018) vnáší výpověď ženy o jejím prožívání potvrzené diagnózy týkající se neplodnosti. Žena udává, že si připadá nežensky, kvůli tomu, že nemůže otěhotnět. Též zmiňuje pocity, že jako žena selhala, cítí vinu za to, že mohla udělat něco špatně a proto k otěhotnění nedochází. Uvádí, že se stává paranoidní vůči jakémukoli rozhodnutí, které ji čeká.

Konečná (2009) ve své publikaci uvádí, že muži snášejí diagnózu, která může být příčinou neplodnosti, špatně, je-li diagnóza stanovena na jejich straně. Možná horší reakce ze strany mužů je možná proto, že byť je reakce na jejich straně, léčbu musí podstoupit žena. Reakce mužů může být, podobně jako u jiných traumat, například popření, napadání výsledků vyšetření, podceňování celkového lékařského procesu. Autorka zmiňuje, že muži často udávají jako důvod těchto reakcí vnímání tohoto problému jakožto jejich nedostatečnou mužnost, která narušuje jejich sebeúctu a sexuální schopnost. Reakce žen bývá obdobná, ať je již diagnóza jakákoli.

Rozdíly v reakcích na diagnózu neplodnosti mezi muži a ženami shrnují autoři Newton a Houle (1993). Muži zprvu reagují popíráním výsledků, napadají proces vyšetření či například kvalifikaci lékaře, též mají tendence odkládat léčbu. Naopak ženy chtějí léčbu započít co nejdříve a jejich starosti se týkají dalších možných komplikací, o kterých přemýšlí, že by mohly nastat. Komorová (2017) k tomu přidává fakt, že mají muži často tendence potlačovat své emoce, izolovat se od blízkých a mají tendence k rizikovému chování jako například zvýšené konzumaci alkoholu.

I přes výše zmíněné rozdíly v prožívání mezi muži a ženami je jisté, že má diagnóza neplodnosti ohromný dopad a vliv na následné prožívání a chování jedince i celkového páru. Autoři zmíněných publikací se shodli na faktu, že je důležité

nepodceňovat jakékoli reakce v této situaci, jelikož se s tímto problémem každý jedinec vyrovnává po svém. Též autory spojuje fakt, že ve svých publikacích zmiňují u žen i mužů pocity studu, které se týkají myšlenek, že selhávají v nejzákladnější nutnosti v životě – v reprodukci.

Dopady na psychiku při zjištění diagnózy jsou zde následující:

1. obrovská míra stresu,
2. pocity zklamání,
3. deprese,
4. lítost,
5. křivda, pocity nespravedlnosti – „proč zrovna já“,
6. narušení sebeúcty,
7. zlost,
8. pocit, že jedinec selhal,
9. pocity viny za některá svá rozhodnutí, která ale v danou chvíli (v minulosti) byla považována za správná.

6.4 Dopady při idiopatické neplodnosti – vyšetření jsou v pořádku, otěhotnění nepřichází

Ve chvíli, kdy vyšetření ženy i muže vyloučí jakékoli fyziologické překážky je někdy pro pár složitější a náročnější tento fakt přijmout. Konečná (2009) popisuje, že tato situace je pro pár horší z důvodu toho, že příčinu stále neznají. Právě kvůli nejistým vyhlídkám, ve kterých pár neví přesný důvod, kvůli kterému se jim nedaří otěhotnět, ztrácí naději a začínají se propadat do naprosté beznaděje.

U neplodných párů se střídají období positivity a naděje s obdobím, kdy dochází ke zklamání. Zklamání často také provází zlost a zoufalství. Jestliže tyto stavy trvají delší dobu, může dojít k rozvoji deprese (Leifer, 2004). Kite (2018) vnímá idiopatickou neplodnost jako pouhou nálepku, která slouží jako varovný signál, který oznamuje, že něco není v pořádku.

Pár též vidí rozdílnost pohledu mezi nimi jako neplodným párem a společností, která zcela automaticky očekává příchod potomka. Čím dál více se partneři setkávají s jinými páry, které nemají problém s otěhotněním, tím více je to negativně zasáhne. Tato konfrontace se štěstím z potomka u jiných párů partnery, kteří mají problém s plodností, emocionálně vysiluje a následně se začínají od společnosti izolovat (Leifer, 2004). S izolací souhlasí také Konečná (2009), která udává další výpovědi žen, které měly problém s otěhotněním. Ve jejich výpovědích se často opakuje neschopnost potkávat ve svém okolí ženy, které měly kočárky či byly těhotné, což bylo pro ženy a jejich partnery velmi zraňující kvůli aktuálnosti situace.

Kromě pocitu osamělosti, cílené izolace od společnosti a známých, kteří potomka mají přidávají autoři Desjardins-Simon&Debras (2015) také jistou naprogramovanost mezi partnery. Z touhy mít potomka se stává pro mnohé aktuálně jediným životním cílem. Desjardins-Simon&Debras (2015) uvádějí výpověď páru, kteří popisovali nulovou vášeň v sexu a naprosto cílené plánování, kdy pohlavní styk proběhne v návaznosti na ovulaci ženy. Z původního potěšení, zábavy, příjemných a intimních chvil s partnerem se proto stal pouze tlak na to, aby došlo úspěšně k otěhotnění. Tento tlak se dostává do konfliktu s významem a charakteristikou slova „počít“ ve francouzštině.

Jak udávají autoři Desjardins–Simon & Debras (2015):

Právě francouzské slovo „concevoir“ neznamená pouze počít, nýbrž obsahuje též „porozumět“ a „mít představu“. Z toho vyplývá, že k početí dítěte dochází v rámci sexuální hry, ve vzájemné touze ženy a muže navzdory překážkám, klopýtnutím či nedorozuměním.

Možné dopady při idiopatické neplodnosti:

1. nejistota – pár neví, z jakého důvodu nemohou počít potomka, když jsou všechna vyšetření v pořádku,
2. zklamání, zoufalství,
3. osamělost, izolace,
4. cílené vyvíjení tlaku na časování pohlavního styku, což může způsobovat stres a napětí mezi partnery.

6.5 Dopady během procesu léčby – asistovaná reprodukce

Jak již bylo nastíněno, na cestě za miminkem skrze asistovanou reprodukci existuje mnoho vrcholů a pádů, které partnery čeká. Baudišová (2020) ve své knize *Bezdětná* zmiňuje svou zkušenost s naivní nadějí, která ji a jejího partnera provázela během prvního cyklu IVF. Vnáší, že se domnívali, že stačí podstoupit jeden cyklus IVF a otěhotnění se úspěšně zadaří. S tímto se ztotožňuje také Konečná (2009), která popisuje příběhy již zmiňovaných žen, které podstoupily IVF a prvotní naději týkající se pouhého jednoho cyklu měly též. Autorky se též shodují na faktu, že po neúspěšném cyklu přichází obrovská míra zklamání, ale také opětovný a okamžitý nárůst naděje, že druhý cyklus bude již úspěšný. Konečná (2009) popisuje výpovědi žen, které měly naději opakovaně po několik cyklů. Ve chvíli, kdy ani čtvrtý cyklus neskončil úspěchem docházelo u žen ke zhroucení, pocitům slabosti a vytvoření strachu z dalšího cyklu, který by mohl dopadnout opět neúspěšně.

Ženy též zmiňují bezmoc týkající se neschopnosti udržet ve svém těle živá embryo a fakt, že nemohou ovlivnit jejich uhnízdění například ani tím, že omezí pohyb či bude žena extrémně opatrná při každém kroku.

Pocity zklamání se netýkají pouze žen, nýbrž i mužů. Ti ale mohou cítit nejistotu a bezmoc, jelikož se veškerý proces odehrává v těle partnerky.

Kite (2018) uvádí:

Lidé mající problémy s neplodností se často cítí jako na běžícím pasu: nejdřív selhání ve snaze zplodit dítě normálně, poté testování a diagnostika a léčba medikamenty k podpoře ovulace. Nato přichází na řadu intrauterinní inseminace (IUI), která by měla podat přírodě pomocnou ruku, a když zklame i ta, následuje IVF (oplození in vitro). Právě tento kolotoč může velmi narušovat psychiku jedince i stabilitu celého páru.

Newton a Houle (1993) uvádějí, že ve chvíli, kdy je diagnóza na straně partnera bývají muži větší oporou a podporou pro své partnerky během následné léčby skrze asistovanou reprodukci, než když je diagnóza na straně ženy.

Velikým tématem může být samotné dárcovství. Pro obě pohlaví bývá těžko přijatelný fakt, že by dítě nebylo po biologické stránce jejich. Tím se dostávají do konfliktu celkové touhy mít potomka a touhy mít vlastního, biologického potomka. Konečná (2009) zmiňuje, že u párů často zvítězila touha mít potomka i přes to, že bude od dárce spermií či dárkyně vajíčka.

Autorka udává další též velmi náročnou situaci, do které se partneři často dostávají, kdy se uchytilo více embryí a páru je doporučena jejich redukce. Ženy i muži popisují ohromné výčitky z toho, že cíleně zmařili životy kvůli tomu, aby se děti nenarodilo více, ale pouze jedno či dvě najednou. Jednají však v zájmu dítěte, které má být donošeno a snižují tak riziko předčasného porodu či jiných komplikací

Jako červená nit se v tomto kolotoči táhne neustálý tlak a stres kvůli hranicím finančních možností, které má každý pár jinde. Výše zmínění autoři se shodli na faktu, že páry jsou si vědomi tohoto limitu a to o to více zvyšuje tlak a stres na otěhotnění.

Součástí cesty k otěhotnění skrze asistovanou reprodukci jsou také dopady na tělo spojené s medikací a samotnými zákroky. Baudišová (2020) shrnuje výčet možných negativních dopadů na tělo ženy podstupující IVF. Zmiňuje bolest prsou, břicha, obrovské výkyvy nálad, mdloby, nevolnost, třes, křeče, častý je též veliký úbytek energie. Tyto dopady na tělo ženy mohou být úzce spojeny s psychikou, jelikož stav těla se na psychice odráží ve velké míře. Baudišová (2020) též uvádí, že výkyvy nálad a sklony k depresím mohou být zatěžující také pro partnerský vztah.

Dopady během asistované reprodukce jsou zde následující:

1. obrovské zklamání – vyvolané planou nadějí, že bude stačit pouze jeden cyklus,
2. pocit bezmoci – nedokáží ovládnout, zda se embryo v těle ženy udrží či ne,
3. zhroucení se – po opakovaném neúspěšném cyklu,
4. ambivalentní pocity - rozpolcenost a pocity slabosti – protože dítě nemusí být (biologicky) rodičů,
5. pocity viny – kvůli redukci uchycených vajíček,
6. pocity viny u muže – když je chyba na jeho straně, ale veškerým procesem léčby musí projít žena,
7. sklony k depresím, výkyvy nálad.

6.5.1 Etické otázky související s asistovanou reprodukcí

Právě zde je důležité, aby bylo poukázáno na problematiku neplodnosti při asistované reprodukci z etického hlediska. Otázek na toto téma se vynořuje hned několik, se kterými se pár může potýkat. Odborník PhDr. Markéta Rokytová na základě osobní konzultace (22. Července, 2021) vnáší, že skoro každá žena navštěvující terapii přemýšlí, zda asistovanou reprodukci vůbec podstupovat. Úvaha je prostá – počít dítě je pro většinu lidí zcela automatická a přirozená věc a ve chvíli, kdy se počít dítě nedaří, je něco někde špatně. Má tudíž cenu jít proti přírodě?

PhDr. Rokytová uvádí, že ženy často pochybují, zda jim příroda nesignalizuje, že to „takto má být“, že mají zůstat bezdětné. Tyto otázky jsou v mnohých případech první, které ženy, muže či celý pár napadají.

Další etická dilemata mohou být spojena se zacházením s nepoužitými embryi. Co se s nimi stane? Který z nabízených etických postupů (IUI, IVF) je etický a který je již za pomyslnou hranou? Každý pár má hranici svých morálních hodnot jinde a například v terapii mohou zjišťovat, co je pro partnery přijatelné a co již nikoliv.

V případě, že na tuto problematiku pohlédneme z obecnějšího hlediska, často kladenou morální otázkou v souvislosti s asistovanou reprodukcí je například její dostupnost. Jedná se o otázky kdo tuto léčbu může podstoupit, kdo nikoliv a také za jakých podmínek.

Pro někoho je asistovaná reprodukce naprosto nedosažitelným snem, i když má mít každý jedinec právo na reprodukci. Proč? Stát poskytuje bezplatnou léčbu skrze asistovanou reprodukci ženám do 39 let a to v omezeném počtu cyklů.

Jedná se o 3 cykly, což v mnohých případech nestačí. Právě proto je asistovaná reprodukce pro některé páry nedosažitelná, jelikož jsou omezeny svými finančními možnostmi. Některé páry se ale i přes to snaží financovat umělé oplodnění z vlastních zdrojů, často s přispíváním rodiny či blízkých přátel, ve snaze dosáhnout vysněného potomka i přes velké finanční výdaje. Pro mnohé je to ale také neustálý tlak, při kterém si partneři uvědomují hranici, kdy financovat umělé oplodnění ještě mohou a kdy již naopak jejich snahu musí ukončit z důvodu vyčerpání financí. S tím souvisí možné pocity zklamání, viny, že se počít dítě nezadařilo a že selhali.

Páté umělé oplodnění postupuje 15% párů a 1% párů pokračuje až do desátého pokusu (Desjardins-Simon & Debrans, 2015).

Bezplatná léčba státem je podmíněna také kritérii jako je například stabilní partnerský (heterosexuální) vztah, či zmíněný věk ženy (Slepičková, 2011). Celkově může žena podstoupit asistovanou reprodukci do 49 let, ale již na své náklady.

Nabízí se zde morální a etická otázka týkající se možnosti podstoupit asistovanou reprodukci když je žena v lesbickém páru nebo když není v žádném vztahu. Ještě se naše společnost a zákony dané státem nenachází v bodě, kdy by tato možnost byla možná. Stát se snaží podobně pohlížet i na novorozence, kdy vidí důležitost v úplné rodině s oběma - heterosexuálními - rodiči, kteří by dítěti dali pevné základy z úhlů obou pohlaví a též uspokojili všechny potřeby dítěte.

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, obrovským problémem, který není v dnešní společnosti nijak vyzdvihován je proces transportu a redukce embryí.

Valc (2017) poukazuje na tento problém konstatováním, že se během asistované reprodukce nijak nerespektuje integrita a důstojnost lidského embrya. Embryo není během asistované reprodukce považováno za cíl daných postupů, ale slouží pouze jako prostředek k docílení rodinného života, či se využije pro rozvoj vědy v případě, že není využito. Na Valce navazuje PhDr. Rokytová při osobní konzultaci (22. července 2021) a dodává, že je na embrya pohlíženo v každé kultuře a zemi rozdílně.

V České republice ale současný právní stav pohlíží na embryo (jakožto začínající lidský život) na pouhý biologický materiál (Valc, 2017). Valc (2017) se zaměřuje na nejčastější metody umělého oplodnění, kdy je prvním krokem hormonální stimulace, jejímž cílem je získat dostatek biologického materiálu pro uchycení vajíček v případě, že by uchycení bylo problematické.

Hormonální stimulace vede ke zrání většího počtu vajíček, které jsou následně mimo tělo ženy oplodněny a následné embryo (maximálně dvě, v ojedinělých případech) je zavedeno do dělohy ženy. Tento proces je nazýván Single embryotransfer. Pokud je zralých vajíček málo, hrozí snížený počet následných embryí. Bývalo běžnou praxí, že z těchto důvodů následuje cílená redukce embryí, jejíž cílem je jejich usmrcení za účelem ochrany matky. PhDr. Markéta Rokytová se při osobní konzultaci (22. července 2021) s touto problematikou ztotožňuje, souhlasí, že je to v tomto ohledu obrovský problém, který v dnešní době není naštěstí nijak častý, a uvádí, že právě tento fakt může dopadat na psychiku muže a ženy v obrovské míře. Pro pár je velmi těžké přijmout fakt, že bylo v těle matky usmrceno více zdravých, vyvíjejících se embryí za účelem vývoje a vzniku jednoho potomka. S tím

těž mohly souviset ohromné pocity viny za to, že tuto proceduru pár podstoupil a s tímto krokem souhlasil.

7 Neplodnost jako životní krize a její možné zvládnání

Během boje o dosažení úspěšného otěhotnění a donošení miminka se v životě jedince i celého páru odehrává celá řada pozitivních i negativních změn.

Člověk pohlíží jinak sám na sebe, na svého partnera, na jeho blízké okolí, zcela přirozeně se mění hodnoty a životní priority. Neplodnost má negativní dopad na osobní i profesní život jedince, proto je považována za životní krizi (Vymětal a kol., 2007). Jak ve své rigorózní práci uvádí Komorová (2017), Doherty & Clark (2006) uvádějí možnosti, které by mohly dopomoci párům, které mají potíže s otěhotněním zvládnout situaci lépe:

1. je podstatné, aby měl pár dostatek informací o svých zdravotních potížích a možných léčebných metodách, což jim může dopomoci k lepší orientaci a nalezení dalších možností,
2. dle autorek je důležité, aby pár neobětoval veškeré své zájmy a volný čas řešením problému s otěhotněním – je dobré zaměřit se na pozitivní činnosti, aktivity s přítelem a koníčky, které odvedou často i nechtěné myšlenky týkající se neplodnosti (právě tyto myšlenky mohou vést k psychickým potížím),
3. ve společnosti nabývá na intenzitě automatické dotazování se na těhotenství – proto autorky doporučují nachystat si odpovědi na otázky týkající se miminka, které pro mnohé mohou být velmi zraňující.

7.1 Dopady neplodnosti na partnerský vztah

Tato kapitola je přenesena před strategie zvládnání stresu, jelikož vnímám, že je důležité obeznámit čtenáře s možnými dopady neplodnosti na celkový partnerský vztah, a to z důvodu, že na copingových strategiích se v mnoha situacích partneři podílí spolu a těž mohou společně vyhledat psychologickou pomoc.

Neplodnost, ať již diagnostikovaná či idiopatická, má zásadní dopad na identitu jedince. Pod pojem identita se skrývají naše vnitřní otázky „Kdo jsem?“ „Co znamenám pro svět a pro druhé lidi okolo mne?“ (Bergerová, 2014). Jestliže je narušen a pozměněn tento základní pohled jedince na sebe sama, je přirozené, že se

bude tento fakt odrážet i v partnerském vztahu, kde bude změna jedince viditelná. Pro partnery je v takovou chvíli důležitá komunikace.

Kite (2017) uvádí, že ve chvíli, kdy má žena problém s otěhotněním, obrací se na svého gynekologa často bez vědomí partnera. Během vyšetření a prohlídek často mluví i o emocionálních problémech a vytváří si tak intenzivní osobní vztah s lékařem, což vede ke zhoršené komunikaci s partnerem ženy, protože lékař najednou z části nahrazuje pozici partnera a žena se lékaři svěřuje s věcmi, které by měla probírat právě se svým mužem. Žena se s lékařem a zdravotnickým personálem dělí o veškeré své naděje, vytvoří si z těchto lidí nový systém podpory a přestává se soustředit na svého partnera a jejich vztah, který by měl být klíčovým ohniskem jejich touhy mít dítě a veškerá komunikace se tak mezi partnery vytrácí (Kite, 2017). Dopadem špatné komunikace může být zvýšení tenze mezi partnery, napjatá atmosféra a časté konflikty (Kite, 2017).

Rozdílnou zkušenost týkající se pohledu na průběh vyšetření či návštěvy lékaře, kde figuruje pouze žena, PhDr. Rokytová (při osobní konzultaci 22. července 2021), která na základě své zkušenosti vnáší názor, že partneři se často účastní vyšetření společně, snaží se podporovat navzájem a společnými silami jdou cestou k vyřešení svého problému.

S názorem PhDr. Rokytové souhlasí také Mgr. Kubcová, která na tuto problematiku nahlíží z celkového pohledu páru, který je na cestě za těhotenstvím. Výzkum Mgr. Kubcové je zmíněn v bakalářské práci Tomáškové (2008, str.33): *Z výzkumu vyplývá, že dopad neplodnosti na partnerský vztah hodnotí respondenti spíše příznivě. 100% žen a 84% mužů uvedlo, že situace s řešením problému neplodnosti měla pro jejich partnerský vztah nějaký přínos. Mezi tyto přínosy bylo zahrnuto např. posílení přátele v partnerovi, vzájemné porozumění, ohleduplnost, starostlivost a odhalení podstaty v partnerství.*

Tento fakt rozporuje odborník na problematiku neplodnosti PhDr. Rokytová (při mailové komunikaci 25. července 2021) a udává, že na základě svých zkušeností z terapií vnímá dvě možné budoucí cesty vývoje partnerského vztahu. Pokud má vztah pevné základy, posílí ho to. Pokud naopak pevné základy nemá, vztah nevydrží a často následuje rozchod.

Velmi častou změnou v životě partnerů je jejich celkový životní styl. Bergerová (2014) uvádí, že má dopad neplodnosti na životní styl partnerů souvislost s faktem, že se partneři chtějí ve veliké míře podílet na léčbě neplodnosti. Najednou je

zajímá akupunktura, alternativní terapie, meditace, radikální změna jídelníčku, více cvičení a další možnosti, které by mohly maximalizovat šance na úspěšné otěhotnění.

S těmito cílenými kroky k úspěšnému dosažení otěhotnění je, jak již bylo v této práci zmíněno, přesně naplánovaný sex. Partneři si často neuvědomují zásadní změnu, která se v jejich pohlavním životě udála a soustředí se pouze na to, aby sex úspěšně zvládli v plodných dnech ženy. Snižuje se přirozená chuť na sex, pocity vzrušení a atraktivita partnerů mezi sebou. Muži mohou mít pocit, že je žena posedlá touhou mít dítě a při sexu se chová pouze mechanicky a naprogramovaně, což je může frustrovat, mohou cítit zlost či lítost. (Bergerová, 2014)

Častým důsledkem přesně plánovaného sexu bývají poruchy erekce či problémy s ejakulací, což může být stresovým faktorem pro oba partnery a možnou příčinou konfliktů.

Bergerová (2014) též uvádí také opačné, pozitivní aspekty, které se v partnerském vztahu mohou v určité fázi cesty za vysněným potomkem objevovat. Zmiňuje, že se partneři navzájem podporují a snaží se otevřeně komunikovat o svých problémech a jejich vztah vnímají jako pevnější. Tyto fáze přicházejí ale zpravidla poté, co pár zvládne první náročné kroky, které často vyžadují následující strategie.

7.2 Coping styles – strategie vyrovnávání se se stresem

Problém počít dítě či přímo diagnostikovaná neplodnost je ohromně stresující událost, která zasahuje a narušuje klidný život jedince a jeho partnera. V životě páru se čím dál častěji objevují konfliktní situace, jedinec se může dostávat do časté tenze kvůli neustálému tlaku, sexuální život páru je přizpůsoben cyklu ženy a k tomu se v neposlední řadě přidává komunikace s okolím, pro které je zcela automatické vyptávat se na otěhotnění a miminko. Všechny zmíněné situace mohou být spojeny s velkým stresem. Je proto důležitá strategie, díky které se dá proti stresu bojovat a tak ho zmírnit. Strategie zvládání stresu mohou být aktivní či naopak pasivní.

1. aktivní strategie zvládání stresu – komunikace mezi partnery o svých obavách, sdílení tohoto problému se svým okolím, hledání jiných možných cest,
2. pasivní strategie zvládání stresu – uzavření se do sebe, izolace, podřízení se pouze tématu neplodnosti a cílený pohlavní styk v plodných dnech ženy.

Doherty & Clark (2006) volí první strategii (aktivní) jako lepší a užitečnější, jelikož odbourává stres, dodává partnerům možnost lepší adaptace a možnost vymýšlení dalších možných řešení. S autorkami souhlasí a tento názor rozvíjejí také autoři výzkumu, které ve své rigorózní práci zmiňuje Komorová (2017). Autoři zkoumali, v jaké míře dochází k ovlivňování emočního prožívání mezi partnery na základě strategie zvládnání stresu:

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 (Komorová, 2017, str. 81).

Baudišová (2020) přináší rady, které jsou jakýmsi pomocným návodem, na zmírnění negativních dopadů na psychiku během kolotoče, ve kterém se neplodný pár nachází. Autorka čerpá z vlastních zkušeností a nápadů, které nasbírala během svého vlastního úsilí otěhotnět.

Možnosti jsou následující:

1. nezapomenout starat se o vztah – trávit čas se svým partnerem jinak než cíleně plánovat cokoli týkající se potomka,
2. dělat věci, co člověka baví,
3. zkusit se otevřít nejbližším lidem, kterým pár věří,
4. najít někoho, kdo prošel tím stejným problémem a sdílet s ním své trápení,
5. psát si deník – může dopomoci ke srovnání myšlenek, vypsání se z emocí a trápení,
6. dovolit si vzít pauzu od kolotoče ovulací, vyšetření, testů a dalších.

7.3 Psychologická pomoc

Právě z důvodu, že je neplodnost považována za životní krizi a je pro partnery nesmírně náročná, je zcela přirozená potřeba případné psychologické pomoci. Psychologická pomoc může poskytnout například možnost uklidnění, přijetí, respekt, emoční oporu či může být nápomocna při hledání dalších možností řešení a kontaktů. Právě například praktické informace jak zvládnout stres nabízí psychologické poradenství. Jak již bylo zmíněno, stres, pocity úzkosti a deprese mohou mít negativní vliv na početí miminka.

Též psychoterapie je dle Matějů et al. (2005) vhodnou formou pomoci při zvládnutí stresu a také možností, kde by mohl pár najít další možné cesty k řešení jejich problému, či se naopak s neplodností vyrovnat a s pomocí psychoterapeuta se s tímto faktem smířit.

Konečná (2009) shrnuje pohledy žen a mužů na případnou návštěvu psychoterapeuta či psychologa. Vnáší rozporuplné myšlenky a pohledy na psychologickou pomoc, kdy je velmi častá obava z reakce jejich blízkých a návštěva psychologa podtrhuje pocity neschopnosti. „K pocitu neschopnosti zplodit dítě si nikdo nechce přidávat ještě neschopnost zvládnout vlastní problémy“ (Konečná, 2009, str. 268). PhDr. Markéta Rokytová považuje při osobní konzultaci (22. července 2021) větu autorky Konečné za naprosto výstižnou. Dle PhDr. Rokytové je tento pocit v terapiích u párů velmi častý, mají pocity neschopnosti a selhání, jelikož nezvládnou základní věc nutnou pro přežití lidstva a k tomu nezvládnou ani vlastní problémy. PhDr. Rokytová také vnáší pohled na důvody, na základě kterých by mohly být pocity takto silné: „Neplodnost je vnímána jako neschopnost, ne jakákoli jiná diagnóza. Je spojena s pocitem viny, že to všichni ostatní umí (počít dítě) a oni ne“.

Následná část je rozdělena na pozitivní a negativní názory týkající se návštěvy psychoterapeuta/psychologa, které Konečná (2009) shrnuje na základě výpovědí žen a mužů:

Pozitivní názor na návštěvu psychologa – jaká pozitiva by návštěva přinesla:

1. hledání bezpečí, uklidnění,
2. určení hranic, zorientování se v situaci,
3. povídání o problému přináší úlevu,
4. ventilace emocí a příběhu páru či jedince,

5. místo, kde si jedinec/pár může utřídit myšlenky (co vše chtějí podstoupit, urovnat si priority).

Negativní názor na návštěvu psychologa – obavy, myšlenky:

1. návštěva psychologa/psychoterapeuta znamená, že to člověk nezvládl a je již úplně zlomený,
2. obavy z reakce okolí „co tomu řekne, když se dozví, že chodíme k psychologovi“,
3. docházení k psychologovi vyvolává úzkost.

Je možné, aby pár navštěvoval terapii párovou, či každý na sezení docházel každý zvlášť na individuální terapii. Individuální terapie je vhodnější, pokud jedinec potřebuje řešit problémy, které se například objevovaly již v minulosti v osobním životě jedince a mohly mít vliv i na neplodnost. Párová terapie je vhodná pro páry, které potřebují řešit způsoby, jakými spolu komunikují, jak řeší konflikty a jaké je obecně jejich soužití. Mohou spolu mluvit o různých konfliktních situacích, které prožili, sdělují své prožívání a názory a učí se jeden druhému naslouchat, respektovat se, přijímat se navzájem a otevřeně spolu komunikovat.

Na základě informace jednoho z odborníků je v této práci uveden také závěr, že případe léčby neplodnosti přichází do terapie také pár jako celek, jelikož mají jedno společné téma - právě onu neplodnost. Chtějí tento problém řešit společně, partneři jsou si navzájem oporou a zajímají se o to, aby měli v léčbě a celém procesu účast (PhDr. Markéta Rokytová, osobní sdělení, 22. července 2021).

V párové terapii je možné dojít k upozornění terapeutem na různé vzorce chování mezi partnery, které by mohly být provedeny jinak a lépe a dojít tam například k lepší komunikaci či odstranění různých vypjatých situací. Příkladem může být vyjadřování emocí, které lze projevovat různými způsoby (Komorová, 2017).

Jak problémy nevyřešené z dávné minulosti jedince či aktuální problémy týkající se celého páru mohou ovlivňovat plodnost. Proto je dobré zvolit určitý druh pomoci, který je pro pár možností, jelikož může odbourat určité obavy, myšlenky i skryté obsahy v mysli, o kterých dotyčný zatím nemusí ani vědět.

Témata často objevující se v terapii

PhDr. Markéta Rokytová při osobní konzultaci (20.října 2020) uvádí témata, která se pravidelně objevují u párů, které již na terapii dochází:

1. pocity permanentního selhávání – „Co je to se mnou?“ „Co dělám špatně?“,
2. šok, který se dostavuje po neúspěchu,
3. velký tlak okolí – obviňování ze strany okolí, že žena / pár upřednostnil kariéru před dítětem, opakující se dotazy na miminko, poznámky na dlouhodobost partnerského vztahu, vyměřený čas, „biologické hodiny“,
4. ambivalence pocitů týkající se sdělování problému lidem z okolí – „máme raději žít ve lži nebo jít cestou otevřené intimity?“ – pár vnímá možný strach z reakce okolí, nepřijetí, nerespekt k (pro pár) citlivému tématu ze strany okolí,
5. ambivalence touhy – žena začíná přemýšlet o otázkách, zda zvládne být matkou, zda chce vůbec miminko a případně s tímto partnerem,
6. dítě, které slouží jako řešení problému – páry často mohou vidět řešení svých problémů v početí potomka, který by přesunul aktuální pozornost z problémů páru na sebe a péči o něj. Pár též vidí těhotenství ve svém okolí u blízkých či se snaží o zvýšení zájmu okolí o sebe tím, že budou mít dítě,
7. odcizení se od vlastního těla - žena či muž vnímá své tělo jako nefungující – jejich tělo je neustále vyšetřováno, vystavováno opakujícím se zákrokům, které bývají často bolestivé či jinak nepříjemné, díky hormonální stimulaci může dojít k nárůstu hmotnosti či jiným změnám, se kterými se žena či muž špatně smíruje,
8. VINA – pár - cítí vinu za to, že začal se snahou o potomka pozdě:
 - žena - vnímá vinu kvůli tomu, že zklamává očekávání, nedodává dítě, nedá svým rodičům a rodičům partnera vnouče
 - muž – je-li příčina neplodnosti na jeho straně, i tak musí všemi procedurami projít žena.

8 Závěr a diskuse

Tato bakalářská práce se v první části zabývá charakteristikou neplodnosti, možnými příčinami, lékařskými vyšetřeními a asistovanou reprodukcí, což považuji za nutný úvod k uvedení čtenáře do této problematiky.

Ve druhé části práce se věnuji ústřednímu tématu, dopadům na psychiku a pocitům viny při neplodnosti. Dle mého názoru je důležité, aby se o neplodnosti v dnešní společnosti diskutovalo více a přestala být tabu, jakým je teď.

Pozitivum zmíněného diskutování o neplodnosti vidím v tom, že by partneři, kterých se tento problém týká, viděli, že nejsou sami, což by mohlo zmírnit jisté dopady této problematiky (jako například izolování se od blízkých).

Na základě analýzy publikací odborníků, věnující se tématu neplodnosti jsem došla k závěru, že dopady na psychiku při neplodnosti jsou obrovské, často mohou být i skryté, a to i pro jedince, kterého se problém týká. Právě z tohoto důvodu je dobrá účast páru například na terapiích, které mohou dopomoci na cestě za vysněným miminkem.

V tématu dopadů se často objevují pocity selhání, zklamání, bezmoc, ambivalentní pocity rozporující touhu po potomkovi či pochyby týkající se partnerství, pocity studu a v neposlední řadě pocity viny.

Pocity viny mohou vznikat z určitých rozhodnutí, které muž či žena (častěji žena) udělali nebo kvůli tomu, že se o miminko nezačali snažit dříve.

Mám rozdílný názor týkající se podmínek asistované reprodukce, konkrétně podmínky, že asistovanou reprodukcí mohou podstoupit pouze heterosexuální páry. Nesouhlasím s názorem, že by lesbické páry nedaly dítěti rozdílné úhly pohledu na svět (jako mají rozdílné pohledy muži a ženy), jak to vidí stát a proto si myslím, že by měla být uzákoněna možnost podstoupit asistovanou reprodukci i nimi.

Dále je dle mého názoru důležitá edukace o problematice neplodnosti, jak již bylo zmíněno, ale také o možnostech terapie a dalších formách pomoci, které by mohly dopomoci k odbourání určitých dopadů.

Edukace by též mohla dopomoci od častého názoru v této společnosti, že navštěvovat terapii či jinou formu pomoci / podpory je něco negativního, za co by se měl člověk stydět.

Tuto bakalářskou práci jsem napsala jako ryze teoretickou z důvodu, že je dle mého názoru důležitý pevný teoretický základ na případné rozvinutí této problematiky a ověření dopadů na psychiku skrze výzkum v následující diplomové práci.

SEZNAM REFERENCÍ:

A) Knihy

Baudišová, M. (2020). *Bezdětná*. Labyrint.

Desjardins-Simon, J., & Debras, S. (2015). *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Portál.

Doherty, C., & Clark, M. (2006). *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Computer Press.

Freundl, G., Gnoth, Ch., Frank-Herrman, P. (2008). *Chceme mít miminko: Nové cesty k vytouženému dítěti*. Jan Vašut s.r.o.

Kite, G. (2018). *Tajemství plodnosti: Holistický přístup k plodnosti*. Práh.

Konečná, H. (2009). *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. Galen.

Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha.

Miller, M. C. (2009). *The psychological impact of infertility*. Harvard Mental Health Letter.

ŘEŽÁBEK, K. (2002). *Léčba neplodnosti*. Grada.

Schmidt, L. (2009). *Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities*. Human Fertility.

Slepičková, L. (2014). *Diagnóza neplodnost: Sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Sociologické nakladatelství

Ulčová-Gallová, Z. (2013). *Neplodnost, útok imunity*. Grada.

Ulčová-Gallová, Z., & Lošan, P. (2013). Neplodnost, útok imunity. *Grada*.

Vymětal J. a kol. (2007). Speciální psychoterapie. *Grada*.

Zvěřina, J. (2003). *Sexuologie (nejen pro lékaře)*. Akademické nakladatelství.

B) Odborná periodika

Deka P. & Sarma S. (2010). *Psychological aspects of infertility*. *Br J Med Prac*, 3(3), 32–34.

Fisher, J. R., & Hammarberg, K. (2011). Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Asian Journal of Andrology*, 121–129. DOI: 10.1038/aja.2011.72

Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). *The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients*. *Human reproduction*. Oxford, DOI: 10.1093/humrep/der209

Hadley, R. & Hanley, T. (2011). Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 56–60. DOI: <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.544294>

Jung, J. H., & Seo, J. T. (2014). Empirical medical therapy in idiopathic male infertility: Promise or panacea? *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, 108–114. DOI: 10.5653/cerm.2014.41.3.108.

Krausz, C. (2011). *Male infertility: Pathogenesis and clinical diagnosis*. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 271–274. DOI: 10.1016/j.beem.2010.08.006.

KUBCOVÁ, Š. (2004) *Neplodnost partnerský vztah neničí*. *Psychologie dnes*. 10(10).

Matějů, I., Weiss, P., Urbánek, V. (2005). Psychologické příčiny neplodnosti. *Československá psychologie*.

Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 1128–1137. DOI: [10.1093/humrep/den067](https://doi.org/10.1093/humrep/den067)

Valc, J. (2017). Asistovaná reprodukce a její vliv na právní status (nad)počatého embrya či dospívajícího dítěte. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky: Journal of Medical Law and Bioethics*, 3(7), 18–38.

C) Odborné články na webových stránkách organizací zabývajících se neplodností

Canadian Medical (2019, 12. října). *Neplodnost*. canadian.cz/cs/clanky-a-novinky/neplodnost/

Centrum asistované reprodukce Brno (2021). *Vyšetření a léčba neplodnosti*. <http://www.ivfbrno.cz/vysetreni-a-lecba-neplodnosti/t1083>

Eurofertil (2020). *Idiopatická neplodnost*. <https://www.eurofertil.cz/cs/idiopaticka-neplodnost>

Prague Fertility Centre (2019, 3. září). *Co je to IVF a jak probíhá umělé oplodnění*. <https://www.pragueivf.com/cs/blog/umele-oplodneni>

Prague Fertility Centre (2019, 8. října). *Co to je neplodnost*. https://www.pragueivf.com/cs/blog/co-je-to-neplodnost#Diagnostika_muzske_a_zenske_neplodnosti

World Health Organisation (2020, 19. září). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

D) Vysokoškolské kvalifikační práce

Bergerová, M. (2014). *Psychické prožívání neplodnosti páry a jejich vliv na kvalitu partnerského vztahu*. [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. https://theses.cz/id/ae7e97/diplomova_prace_bergerova.txt

Karel, D. (2013). *Psychologické aspekty asistované reprodukce* [Disertační práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/53265/140026579.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Komorová, A. (2017). *Psychosociální aspekty neplodnosti a její léčby metodami asistované reprodukce* [Rigorózní práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/94498/150038001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Slepíčková, L. (2011). *Nedobrovolná bezdětnost jako medikalizovaný problém*. [Disertační práce, Masarykova Univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. https://is.muni.cz/th/lkstp/autoreferat_Slepickova.pdf

Tomášková, H. (2008). *Dopad neplodnosti na kvalitu života páru*. [Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/16704/130059731.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vinterová, L. (2015). *Psychické prožívání neplodnosti a asistované reprodukce z pohledu neplodného jedince* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/64352/120186486.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Linda Macholdová

Studijní program: Jednooborová psychologie

Název práce: Dopady na psychiku a pocity viny při neplodnosti

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Rokytová

Rok dokončení práce: 2021

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 2492

Ostatní text: 70 379

Celkový počet znaků: 72 871

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF:

Macholdova_BP_dopady_na_psychiku_a_pocity_viny_pri_neplodnosti_pdf

Další soubory: žádné

**Posudek vedoucího/oponentů bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Linda Macholdová
 Obor studia: jednooborová psychologie
 Název práce: Dopady na psychiku a pocity viny při neplodnosti
 Vedoucí/oponent* práce: PhDr. Markéta Rokytová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 44
 Počet stránek příloh:
 Počet titulů v seznamu literatury: 37

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 0** | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|---|---|---|---|

Výběr tématu

Závažnost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | X | | | |
|--|---|--|--|--|

Oborová příslušnost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | X | | | |
|--|---|--|--|--|

Originalita tématu a jeho zpracování

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | X | | |
|--|--|---|--|--|

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | X | | | |
|--|---|--|--|--|

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | X | | | |
|--|---|--|--|--|

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | X | | |
|--|--|---|--|--|

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Využití výzkumných empirických metod

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| X | | | | |
|---|--|--|--|--|

Využití praktických zkušeností

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| X | | | | |
|---|--|--|--|--|

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | X | | | |
|--|---|--|--|--|

Naplnění cílů práce

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | X | | |
|--|--|---|--|--|

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| X | | | | |
|---|--|--|--|--|

Návaznost kapitol a subkapitol

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | X | | | |
|--|---|--|--|--|

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | X | | |
|--|--|---|--|--|

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | X | |
|--|--|--|---|--|

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Etické otázky asistované reprodukce
Zdroje pocitů viny u neplodnosti
Možnosti dalšího rozpracování problematiky neplodnosti
Rozdíly mezi mužským a ženským vnímáním neplodnosti

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma bakalářské práce je velmi aktuální a prací, které se jím zabývají je stále velmi málo. Z tohoto pohledu je zvolené výborně.

Práce je dobrým úvodem do problematiky asistované reprodukce a souvisejících psychických problémů, případnému laickému čtenáři toho hodně objasní.

Práce má část gynekologickou a psychologickou, obě rozsahem srovnatelné. Protože jde o bakalářskou práci v oboru psychologie, více bych akcentovala psychologickou část práce.

Privítala bych větší pozornost věnovanou etické stránce problematiky. A téma viny, uvedené v názvu práce, je zmíněno velmi okrajově.

Na bakalářské práci se částečně podepsal nedostatek času, vzniklý změnou formátu v poslední chvíli, kdy se práce stala pouze teoretickou. Přesto se studentka s daným tématem vypořádala VELMI DOBŘE a nechala si prostor pro další rozpracování tématu o praktické či výzkumné části.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace:

Velmi dobře

Datum, podpis: Praha, 15.9.2021

Rohy Jan

* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Linda Macholdová**

Obor studia: Psychologie

Název práce: **Dopady na psychiku a pocity viny při neplodnosti**

Oponentka práce: PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Rokytová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 42

Počet stránek příloh: 0

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 0** | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|---|---|---|---|

Výběr tématu

Závažnost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | X | | | |
|--|---|--|--|--|

Oborová příslušnost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | X | | | |
|--|---|--|--|--|

Originalita tématu a jeho zpracování

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | X | X | |
|--|--|---|---|--|

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | X | | |
|--|--|---|--|--|

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | X | |
|--|--|--|---|--|

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | X | | |
|--|--|---|--|--|

Metody práce

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Vhodnost a úroveň použitých metod

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | X | |
|--|--|--|---|--|

Využití výzkumných empirických metod

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | X | |
|--|--|--|---|--|

Využití praktických zkušeností

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| X | | | | |
|---|--|--|--|--|

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| X | | | | |
|---|--|--|--|--|

Naplnění cílů práce

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | X | X | |
|--|--|---|---|--|

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| X | | | | |
|---|--|--|--|--|

Návaznost kapitol a subkapitol

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | X | X | | |
|--|---|---|--|--|

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | X | X | |
|--|--|---|---|--|

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| X | | | | |
|---|--|--|--|--|

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Autorka se v práci opírá o definici neplodnosti dle WHO (viz strana 10), která přisuzuje příčiny buď muži, nebo ženě. Jak se autorka dívá na problematiku neplodnosti, kdy není možné nalézt příčinu stavu (některými autory bývá např. označována jako psychogenní či idiopatická)? Zaujalo mě, že mezi možnými teoriemi idiopatické neplodnosti není uvedena situace, kdy může problém ležet v „prostoru“ vztahu páru (nikoli jen v jejich sexualitě) – jak se na toto téma autorka dívá?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se v textu teoretické bakalářské práce zabývá aktuálním tématem neplodnosti, za cíl si klade pojmout problém komplexně - základní problém definovat, nastínit možné příčiny, rizikové faktory neplodnosti, ale i diagnostiku a průběh terapie, při čemž se zde zaměřuje zejména (jak již název práce napovídá) na dopady potíží s plodností na život páru a psychiku.

Velmi oceňuji volbu tématu práce, téma považuji za zajímavé a velmi aktuální,

sama se s ním v praxi mnohdy setkávám, se zájmem jsem si tedy práci přečetla. Jazyk práce je vcelku kultivovaný, text by si nicméně dle mého názoru zasloužil stylistickou revizi (počínaje již názvem práce – neplodnost by měla být spíše na počátku věty, aby čtenář neváhal, o jaké dopady jde..., dále např. „...forma pomoci, kterou poskytuje psychologická pomoc – v anotaci atp....). Místy lze narazit na nevhodný slovosled, špatné skloňování, či chybějící čárky.

Uvítala bych, kdyby byla autorka v některých formulacích opatrnější a předkládala je spíše formou hypotéz než jednoznačných sdělení, zejména pokud nejsou podloženy citacemi relevantní literatury (např. „žena se čím dál častěji zaměřuje na svůj cyklus a jak již bylo zmíněno výše, z pohlavního styku se stává více povinnost“ – str. 16). S uvedeným tvrzením lze souhlasit, nicméně jistě ne za všech okolností, je potřeba doložit zdroj či tvrzení označit jako subjektivní dojem autorky! V textu je obecně méně citací, můžeme si tedy klást otázku po tom, jak byl psán – jde spíše o dojmy autorky nebo nejsou nepřímé citace uvedeny?

Jelikož je práce teoretická, bylo by vhodné celkově lépe pracovat se zdroji, uvádět více citací odborné literatury a teorie komparovat, což autorka dělá pouze velmi výjimečně. Jednotlivé subkapitoly neobsahují shrnutí a analýzu popisovaných problémů, jde spíše mnohdy o stručný popis témat. Uvítala bych, kdyby bylo již v úvodu práce nastíněno, jakým způsobem autorka teoretický výzkum realizovala a metodologii výzkumu byla věnována náležitá pozornost (tj. např. – proč byly zvoleny uvedené zdroje a nikoli zdroje jiné, proč se autorka rozhodla jiné teorie naopak neuvést atp.). Chybějící byt' jen nástin výzkumných metod považuji za největší slabinu práce.

Autorka se též nezabývá kontextem – celý text tak působí trochu tak, jako kdyby uvedené teorie bylo možné aplikovat na celý svět – z pohledu laika bych si však spíše tipla, že se týkají především tzv. euro-americké civilizace (a nebo ne?). Uvítala bych, kdyby autorka hledala relevantní zdroje – např. pro témata hormonů, které ovlivňují ovulaci, citovala příslušnou odbornou literaturu a nikoli diplomovou práci (diplomové práce mohou být relevantním zdrojem, ale nikoli u témat, která jsou zpracována – zpravidla na vyšší úrovni - v odborných publikacích).

Závěrem lze podotknout, že autorka se mnohdy dotýká velmi zajímavých témat (např. uvažování žen o tom, mít či nemít potomky vzhledem k věku a práci atp.), má pro jejich volbu evidentně cit, lze se domnívat, že je schopna hlouběji porozumět procesům, které se odehrávají v lidech toužících po dětech – nicméně je z mé perspektivy pohledu škoda, že témata nejsou zpracována na vyšší odborné úrovni a obsáhleji – tím spíše, že práce je teoretická. Autorka uvádí mnoho zajímavých postřehů odborníků, kteří pracují s lidmi potýkajícími se s neplodností – jelikož však chybí metodologický rámec, který by objasňoval, proč autorka vybrala zrovna tyto odborníky, lze validitu textu považovat možná za sníženou (zde by bylo možná namísto provést důkladnější kvalitativní výzkumnou sondu zkoumající klinickou zkušenost psycho/terapeutů zabývajících se léčbou neplodnosti). Diskuse by si zasloužila pečlivější zpracování. Přes uvedené výhrady práci doporučuji k obhajobě a autorce přeji mnoho štěstí u obhajoby, uvedené výtky nybízím

spíše jako poukaz na aspekty práce, na které je dobré dát si pozor například při tvorbě práce diplomové...

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Hodnocení: velmi dobře - dobře

Datum, podpis: 5. 9. 2021

PhDr. Magdalena Kořová, Ph.D.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' with a horizontal line above it, followed by a cursive 'k'.