

# Psychika neplodné ženy a změny ve smyslu života

Aneta Novotná

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd  
akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Aneta Novotná**  
Osobní číslo: **H14118**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Psychika neplodné ženy a změny ve smyslu života**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti dané problematiky.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace kvalitativního výzkumu.  
Zpracování a zhodnocení získaných dat a jejich interpretace.  
Prezentace výsledku a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BAYER, Steven R. Boston IVF Handbook of Infertility, 2007. ISBN 1841848107.**

**MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Vyd. 1.**

**Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.**

**NOVOTNY, Pamela Patrick. Co dělat při neplodnosti. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-494-5.**

**PONĚŠICKÝ, Jan. Fenomén ženství a mužství: psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy.**

**3., dopl. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-106-2.**

**ŘEŽÁBEK, Karel. Léčba neplodnosti. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024721033.**

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

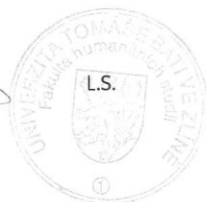
**9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 28.2.2017

.....  
Kovářová Aneta

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

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

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

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

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

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

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

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou neplodnosti, vychází ze současných definicí této nemoci. Práce si klade otázky, jaké jsou nejčastější příčiny neplodnosti u muže a ženy, jak jsou v této souvislosti stanovovány odpovídající diagnózy. Bakalářská práce se sice více soustředí na ženskou stránku uvedeného problému, vzhledem k tomu, že se neplodnost dotýká celého páru, jsou zde zohledněny i andrologické faktory neplodnosti a jejich diagnostika. Práce se věnuje i metodám léčby neplodnosti, a to jak metodám asistované reprodukce, tak alternativním způsobům jako je např. homeopatie či metoda Ludmily Mojžíšové. V souvislosti s uvedeným hlavním tématem jsem zařadila i téma, které se zabývá problematikou nedobrovolné bezdětnosti a jejího vlivu na psychiku ženy. Závěrem je konstatováno, že stav neplodnosti staví ženu do nelehké životní situace, na což reaguje poslední kapitola práce, která pojednává o možnostech zvládnání stresových situací v běžných podmínkách života, tedy o copingu.

Klíčová slova: ženská neplodnost, příčiny neplodnosti, nedobrovolná bezdětnost, psychika neplodné ženy, léčba neplodnosti

## **ABSTRACT**

This Bachelor thesis deals with infertility and how infertility is defined nowadays. The most common causes of infertility of men and women, and assessment of diagnosis. As infertility is defined as a disease of couple there is a section on the andrology factor of infertility and diagnosis of men. The next chapter is dedicated to methods on how to treat infertility, namely assisted reproduction, and alternative therapies such as homeopathy, or a method by Ludmila Mojžíšová. With infertility is associated childlessness, and its influence of psyché, is what chapter is dedicated to, followed by a chapter on how to handle and cope with this stressful situation in a women's life.

Keywords: women's infertility, causes of infertility, childlessness, psyché of infertile women, treatment of infertility

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc. za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám za jejich ochotu a sdělení informací v citlivé oblasti jejich života. Poděkování také patří mé rodině za podporu během celého studia.

Motto:

“If you want a happy ending, that depends, of course, on where you stop your story.”

Orson Welles

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



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 NEPLODNOST</b> .....	<b>14</b>
1.1    DEFINICE, DĚLENÍ, PREVALENCE .....	14
1.2    PŘÍČINY NEPLODNOSTI U MUŽE .....	15
1.3    PŘÍČINY NEPLODNOSTI U ŽENY .....	15
1.3.1    Věk .....	16
1.3.2    Ovariální faktor .....	16
1.3.3    Cervikální faktor .....	17
1.3.4    Tubární faktor.....	17
1.3.5    Děložní faktor.....	18
1.3.6    Peritoneální faktor .....	18
1.3.7    Imunologický faktor .....	18
1.3.8    Psychogenní faktor.....	18
1.3.9    Další faktory ovlivňující plodnost.....	19
1.4    STANOVENÍ DIAGNÓZY .....	20
1.4.1    Stanovení diagnózy u žen.....	20
1.4.2    Stanovení diagnózy u muže .....	22
<b>2 LÉČBA NEPLODNOSTI</b> .....	<b>24</b>
2.1    LÉČBA ANOVULAČNÍ NEPLODNOSTI .....	24
2.2    ZÁKLADNÍ METODY AR .....	25
2.2.1    Intrauterinní inseminace IUI .....	25
2.2.2    IVF a ET.....	25
2.3    ALTERNATIVNÍ METODY.....	26
2.3.1    Metoda Ludmily Mojžíšové .....	26
2.3.2    Čínská medicína .....	26
2.3.3    Hormonální jógová terapie.....	26
2.3.4    Homeopatie .....	27
<b>3 ABSENCE RODIČOVSTVÍ</b> .....	<b>28</b>
3.1    VLIV NA PSYCHIKU.....	29
3.1.1    Současný trend- #misCOURAGE.....	31
<b>4 ZVLÁDÁNÍ STRESOVÝCH SITUACÍ</b> .....	<b>32</b>
4.1    COPINGOVÉ STRATEGIE .....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>5 FORMULACE PROBLÉMU</b> .....	<b>36</b>
5.1    ZDROJE INFORMACÍ K IDENTIFIKACI PROBLÉMU .....	36
5.2    FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU .....	36
<b>6 CÍLE</b> .....	<b>37</b>

6.1	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A ORGANIZACE PRŮZKUMU .....	37
6.2	METODA SBĚRU DAT .....	38
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>41</b>
<b>8</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>65</b>
8.1	ANAMNÉZA .....	65
8.2	MOTIVY K MATEŘSTVÍ .....	66
8.3	ZJIŠTĚNÍ NEPLODNOSTI PACIENTKOU.....	67
8.4	ZMĚNY VE SMYSLU ŽIVOTA A MOMENT REZIGNACE .....	69
	<b>DISKUZE .....</b>	<b>72</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>86</b>

## ÚVOD

Bakalářskou práci na toto téma jsem si zvolila proto, že člověk v dnešní době bere právo na to mít dítě, stát se rodičem a mít komu dát svou lásku jako jedno ze základních práv, které má. Většina z nás bere možnost mít dítě jako jednou z největších životních jistot. Bohužel ne pro všechny z nás je toto samozřejmostí. Nikdo si to nechce připustit, že by se právě jeho neplodnost měla dotýkat. Koneckonců proč? Narodili jsme se svým rodičům, tudíž předpokládáme, že naše reprodukční schopnosti jsou v pořádku.

S právem na to mít dítě podvědomě počítá každá žena a zjištění, že cesta k mateřství nebude tak růžová a jednoduchá, jak jsme si představovali, musí otrást s každou ženou, která se s neplodností potýká.

První kapitola práce se věnuje definici neplodnosti dle WHO. Neplodnost je nemoc, ale není nemocí v pravém slova smyslu, je to absence počtu dětí, které pár touží mít. Neplodnost může rozdělit na primární a sekundární. V další bude věnována pozornost jejímu výskytu.

Následující kapitoly popisují nejčastější příčiny, jak mužské tak i ženské faktory. V kapitole jsou popsány jednotlivé faktory, avšak v praxi se obvykle vyskytuje více příčin současně.

Další část je věnována metodám léčby neplodnosti, a to jak metodám asistované reprodukční medicíny, tak i metodám alternativním, jako je homeopatie či metody Ludmily Mojžíšové.

Předposlední kapitola je věnována absenci rodičovství, mateřství. Jaké mají ženy motivy k mateřství a jaký dopad může mít nenaplnění této touhy, a to především na ženskou psychiku a sociální vztahy ženy.

Neplodnost je bezpochyby velmi stresující a náročná životní situace, se kterou se některé ženy bohužel musejí potýkat. Z toho důvodu je poslední kapitola teoretické části zaměřena na zvládání stresových situací, tzv. copingu.

Práce je koncipována tak, aby byla vyzdvížena psychika žena, která zjistí, že je z nějaké příčiny neplodná. Psychika ženy se může tímto zjištěním změnit.

Cílem práce je rozšířit poznání sebereflexe neplodné ženy, zejména jejich psychických reakcí na stav neplodnosti včetně možných změn smyslu života, jako důsledku uvědomovaného stavu neplodnosti.

Důvod pro zvolení daného tématu bakalářské práce je kvůli tomu, že s neplodností se může potýkat kterákoliv z nás. Pro mě je toto téma velmi zajímavé a pokaždé, když jsem se setkala se ženou, která trpí neplodností, cítila jsem se velmi nejistá, a i když jsem jim velmi chtěla pomoci, nevěděla jsem jak. Předpokládala jsem, že pokud mi ženy dají tu možnost a sdělí mi své pocity, jak se během této životní situace cítily a jak se s ní vypořádávaly, pomůže mi to lépe se do nich vcítit a budu lépe schopná reagovat a snad i ženě pomoci v její situaci.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 NEPLODNOST

### 1.1 Definice, dělení, prevalence

Neplodnost, sterilita či infertilita, s těmito pojmy se pravděpodobně obeznámíte, pokud máte potíže s nabytím potomka (Konečná, 2009, s. 14-15).

Mezi těmito pojmy nepanuje úplná jednotota. V anglosaské definici, kde pojmem infertilita označuje neplodnost obecně. Naopak v české terminologii je neplodnost označována jako sterilita. Pojmem infertilita označujeme stav, kdy žena otěhotní, ale není schopna donosit životaschopný plod. Lze tento stav označit jako potrácivost (Řezábek, 2008, s. 10).

Neplodnost je dle mezinárodní zdravotnické organizace definována jako: *Nemoc reprodukčního systému, jedná se o neschopnost dosáhnout klinického těhotenství za dobu 12 měsíců po pravidelném nechráněném sexuálním styku.* Tuto definici vypracovala pracovní skupina ICMART na základě žádosti WHO, k poskytnutí jednotnému celosvětovému výkladu pojmů užívaných v asistované reprodukci (Zegers-Hochschild et al., 2009; Řezábek, 2008, s. 94).

Primární neplodností označíme, pokud žena nebyla nikdy gravidní. Sekundární neplodností označíme jestliže žena, již někdy těhotná byla, a to i v případě že těhotenství skončilo potratem (Řezábek, 2008, s. 10).

Jedná se o nemoc, která bývá zpravidla diagnostikována páru a obvykle je řešitelná. Míra nutného zásahu obvykle spočívá v příčině neplodnosti, někdy je dostačující jednoduchý zásah a jindy je zapotřebí celá řada úkolů prováděných specializovanými týmy (Ulčová-Gallová, 2013, s. 101).

Tato práce se bude zabývat především ženskou neplodností kvůli obsáhlosti dané problematiky. Bude zmíněna mužská i ženská příčina neplodnosti a stanovení diagnózy u muže i ženy, vzhledem k tomu, že neplodnost je nemocí páru.

Neplodnost však není nemocí v pravém slova smyslu, jedná se o soubor či kombinaci poruch nebo kombinací poruch obou partnerů a spojujícím příznakem je absence žádoucího početí (Slepičková, 2014, s. 22).

V České republice trpí neplodností 10-15% páru. Z toho příčiny na straně ženy jsou ve 35-40%, na straně muže 30-35%. Kombinované příčiny způsobují cca 20% a u zbývajících 10% bývá příčina nezjištěna. Někteří autoři uvádí, že se počet neplodných párů zvyšuje,

připisují to odkládání mateřství do pozdějšího věku. Nebo se přiklánějí k vlivu stresu a znečištěného životního prostředí, toxické vlivy v zaměstnání, tabák, marihuana a jiné drogy, nadměrné fyzické zatěžování (Konečná, 2009, s. 16; Pilka a Procházka, 2012, s. 87).

## 1.2 Příčiny neplodnosti u muže

Ačkoliv bývá faktor věku více vyzdvihován u žen, je zcela jisté, že i u muže má věk vliv na jejich fertilitu, přestože není prokázána horní věková hranice plodnosti. Vyšší věk sebou přináší pokles plodnosti a další rizika jako je zvýšený záchyt vrozených vývojových vad, který je spojen s reprodukcí v pokročilém věku. Jako jeden z faktorů úspěšného početí je funkčnost potence. U té se předpokládá, že by měla být dána adekvátní hodnotou celkového testosteronu, ovšem korelace mezi potencí a jeho hladinou je velmi slabá. Jako hlavní příčiny se uvádí nehormonální náležitosti jako je zdravotní stav partnerů, ztráta atraktivity partnera, míra sexuální aktivity v mládí, užívání některých typů medikace, ateroskleróza a kardiovaskulární onemocnění je příčinou impotence v 50%, dále psychopatologie a neurologické faktory. S přibývajícím věkem se rovněž snižuje produkce spermatu. (Mardešič, 2013, s. 16; Pilka a Procházka, 2012, s. 90).

Mužskou neplodnost lze rozdělit na typ pretestikulární, jedná se o vrozené nebo získané poruchy hypotalamo-hypofyzární soustavy, mezi ně patří například Cushingův syndrom. Dalším typem je testikulární, může být genetického původu-ageneze testes, otravou cytostatiky, kadmiem, prodělanou varikokélou, stp. po úrazu či operaci, tvorba spermií neschopných oplodnit oocyt. Posledním typem je posttestikulární, jedná se o znemožnění transportu vývodnými cestami, to může být způsobeno vrozenými či získanými poruchami, nejčastěji prodělanými infekcemi (Řezábek, 2008, s. 13; Pilka a Procházka, 2012, s. 89 - 90).

## 1.3 Příčiny neplodnosti u ženy

Je důležité se uvědomit, že při diagnóze neplodnosti není vždy možné stanovit zcela přesně příčinu neplodnosti. Dále v textu jsou popsány příčiny neplodnosti, se kterými se můžeme setkat. Je však nutné mít na paměti, že v praxi je možnost se občas setkat s takto izolovanými příčinami, obvykle se však jedná o kombinaci různých příčin. (Ulčová-Gallová,

2013, s. 37) Někdy naopak příčina nebývá zjištěna. Tato příčina bývá označována jako nevysvětlitelná nebo neznámá.

### 1.3.1 Věk

Věk lze považovat jako jeden z klíčových faktorů. Je obecně dobře známý vztah věku a plodnosti. Se zvyšujícím věkem ženy se snižuje kvalita i počet uvolňovaných vajíček. Marděšič (2013, s. 13) uvádí, že: „*Věk ženy je zásadní prognostický faktor nejen pro spontánní koncepci, ale i pro úspěšnou léčbu při poruše plodnosti.*“

Největší počet primordiálních folikulů je během intrauterinního vývoje kolem 5. měsíce. V době narození je v každém ovariu 266 000 – 472 000 folikulů, které obsahují oocyty pozastavené v profázi meiotického dělení. Kolem 500 000 folikulů v období menarche. Pouze asi 400 folikulů dosáhne plné zralosti a ovulace, ostatní podléhají atrezii. Menopauza nastupuje při poklesu folikulů pod 100 (Marděšič, 2013, s. 13; Romanova, 2016, s. 17).

Trend v odkládání mateřství do pozdějšího věku dokládají výsledky českého statistického úřadu, kde lze z tabulkových hodnot zjistit, že se věk rodiček změnil. V roce 1993 byl průměrný věk primipary 22,6 let a v roce 2016 je věk primipar 28,2let. (Daňková, 2016)

### 1.3.2 Ovariální faktor

Porucha činnosti vaječníků se označuje jako ovariální faktor. Může být způsoben hormonální poruchou, hypotalamo-hypofyzární nedostatečností, která může být zapříčiněna tumorem, destruktivní lézí, hyperprolaktémií, léky zasahující do hypotalamické funkce. Dále hyperfunkce i hypofunkce štítné žlázy, poruchy nadledvin, metabolické poruchy (diabetes mellitus) a poruchy příjmu potravy (obezita, malnutrice). A další faktory, které mohou zasáhnout do funkce hypotalamu (Pilka a Procházka, 2012, s. 88-89).

Marděšič ve své knize také poukazuje na důležitost správné funkce hypotalamo-hypofyzární soustavy: „*Normální růst folikulu s následnou ovulací vyžaduje bezchybné fungování hypothalamo-hypofyzární osy*“ (Marděšič, 2013, s. 21).

Projevy mohou být různé. Může se jednat o oligo- nebo anovulaci zralých vajíček (ovariální vyčerpání – selhání). Poruchy ovulace patří k nejčastějším příčinám, vyskytují se u 25 – 40 % neplodných žen. Vajíčko se nemusí uvolnit z Graffova folikulu, nebo se nevytvoří žluté tělísko. Můžeme se také setkat se syndromem luteinizovaného neprasklého folikulu (LUF). Zvětšený folikul v některých cyklech nereaguje prasknutím a uvolněním vajíčka,



avšak vytváření progesteronu probíhá stejně jako by k ovulaci došlo, dochází i k vzestupu bazální poševní teploty a ke změnám endometria. Syndrom polycystických ovárií je další hormonální nedostatečností (Ulčová-Gallová, 2013, s. 41).

### 1.3.3 Cervikální faktor

Cervikální faktor bývá příčinou neplodnosti v 5 - 10%. Může to být způsobeno poruchou interakce spermií s cervikálním hlenem. Za fyziologických okolností je na počátku folikulární fáze hlenu málo, má vysoký poměr buněčného dendritu, viskózní se síťovou strukturou, která zabraňuje průniku spermií. V pozdní folikulární fázi se mění charakter i produkce hlenu kvůli koncentraci estrogenů. Dochází k nárůstu vody a množství hlenu. Nejhojnější je 24 - 48hod před ovulací. Hlen se stává řídký, téměř vodnatý, alkalický (pH 7,4 - 8,1) s obsahem minima buněčné složky. Elasticita se zvyšuje vlivem narůstající koncentraci chloridu sodného. Dochází k reorganizaci sekretu, který vytváří drobné mikrokanálky, které umožňují transport pro spermie. Rovněž hlen provádí filtraci abnormálních spermií a buněčné drti, kterou nacházíme v ejakulátu. Během prostupu kanálem se spermie hyperaktivují a podstupují kapacitaci (Pilka a Procházka, 2012, s. 87-90).

Pokud hlen není charakteru ovulačního, lze uvažovat o anovulačním cyklu či poruše v činnosti vaječnicků. Rovněž záněty hrdla mohou zapříčinit snížení pohyblivosti až znehybnění spermií. Leukocyty, které působí během zánětu, dokáží spermie obejmout a odstranit (Ulčová-Gallová, 2013, s. 38).

Další z příčin může být stenóza cervikálního kanálu, což znemožní průnik spermií z pochvy do dutiny děložní. Toto zúžení je buďto vrozené nebo získané po chirurgických zákrocích, infekcích, při hyperestrinismu, nebo po radiační léčbě (Pilka a Procházka, 2012, s. 87-90).

### 1.3.4 Tubární faktor

Tubární faktor patří mezi nejčastější příčinu neplodnosti. Nejčastěji se jedná o neprůchodnost vejcovodů, která je obvykle zapříčiněna zánětem či jiným pozánětlivým stavem. Uzávěr distální části způsobuje hromadění tubární tekutiny, vedoucí k distenzi vejcovodu, poškození cilií a vzniká hydrosalpinx. Další možností je porucha jejich hybnosti obvykle způsobené blanitými srůsty z dutiny břišní. V některých případech se lze setkat s poruchou peristaltiky vejcovodů, vedoucím až ke spasmům (Ulčová-Gallová, 2006, s. 40).

### 1.3.5 Děložní faktor

Děložní faktor je příčinou u 2 - 5% neplodnosti. Děloha, jakožto místo pro vývoj plodu až do porodu může způsobovat, jak primární tak i sekundární sterilitu, samovolný potrat nebo předčasný porod.

Faktor může být vrozený nebo získaný. Jakožto velmi vzácné považujeme úplné nevyvinutí dělohy tzv. agenezi. Častější bývají hypoplazie různého stupně, například: uterus septus, uterus arcuatus, atd. Také záněty nebo zákroky jako kyretáž, IUD apod. mohou zanechat v děložní dutině srůsty nebo poruchy sliznice. Poměrně časté jsou myomy - nezhoubné nádory z hladké svaloviny. Dále výchlípky ze sliznice. Jako nejčastější bývá funkční porucha výstavby sliznice související s poruchami funkce vaječnicků, vedoucí k obtížím až nemožnosti uhníždění oplodněného vajíčka (Pilka a Procházka, 2012, s. 87-90; Ulčová-Gallová, 2006, s. 40).

### 1.3.6 Peritoneální faktor

Orgány důležité k reprodukci jsou uloženy ve společném prostoru peritoneální dutiny. Příčinou neplodnosti mohou být anatomické abnormality a dysfunkce, které mohly být způsobeny infekcí, adhezemi, nebo jinými patologickými útvary. Například motilita vejcovodů může být zhoršena po prodělané infekci malé pánve, peritoneálních adhezích vzniklých během operačního výkonu, při ruptuře ovariálních cyst (Pilka a Procházka, 2012, s. 87-90).

### 1.3.7 Imunologický faktor

Objevuje se poměrně zřídka. Příčina spočívá v tvorbě protilátek proti spermiím v organismu ženy, nejčastěji v hlenu v děložním čípku. Ale mohou se vyskytovat i ve vejcovodu či v krevním oběhu. Protilátky znemožní pohyb spermií nebo spermie zničí. Jsou-li u vyšetřovaného páru prokázány protilátky proti spermiím, jedná se o inkompatibilitu partnerů. Při ní nemusí být plodnost s jiným mužem narušena (Freundl, 2008, s. 85; Ulčová-Gallová, 2006, s. 42-57).

### 1.3.8 Psychogenní faktor

Psychické příčiny by se daly rozdělit do dvou skupin. V první skupině můžeme jako příčina být nějaká nezvládnutá zátěž, stres. Zdrojem stresu může být partner, rodina, životní situace, ale i samotný jedinec. V dynamickém směru se pak dá příčina označit jako vnitřní

konflikt. Za vnitřní konflikt může být považován rozporuplný postoj k mateřství a nevědomá úzkost. Je velmi obtížné odlišit příčinu od důsledků. Za dostatečný důkaz vlivu nějakého psychického zádrhelu považují terapeuti, výzkumníci, pacienti, je otěhotnění po adopci, při zahájení nové léčby, změna lékaře, otěhotnění po psychoterapii nebo placebo-terapii (Konečná, 2013, s. 25 - 27).

Francouzská psycholožka a psychoanalytička, Joelle Desjardins-Simon, pracující více než 15 let v centru asistované reprodukce, poukazuje ve své knize na to, že neplodnost nemusí být jen záležitostí biologickou, ale může souviset s nevědomím jednoho (obou) z partnerů (Desjardins-Simon, 2015).

V této pozoruhodné knize popisuje celou řadu příběhů jejích klientů. Jako psycholog jim pomáhá zvládat neúspěšné oplození in vitro. A jakožto psychoanalytik je nabádá k tomu, aby hledali vazbu mezi neplodností ve významném okamžiku své minulosti. Tyto okamžiky mohou být často bolestné a podceňované. Pokládá jim nepříjemné otázky na potenciální psychické konflikty stojící v cestě vědomě vyslovenému přání mít dítě (Desjardins-Simon, 2015, s. 21).

Za zmínku dozajista stojí příběhy, ve kterých je manžel jako dítě, o které je nutno pečovat. Jedna z žen sama manžela do této role staví, jelikož se cítí v ohrožení: pokud nechá svého muže dospět – opustí ji, tak jako to kdysi udělal její otec. Žena nakonec přestává o svého muže tímto způsobem pečovat a proces AR končí úspěchem (Desjardins-Simon, 2015, s. 50-53).

Dalším, pro mě velmi poutavým příběhem je v kapitole „Pozastavený čas“. Často ženy zoufale toužící po dítěti jsou mladistvého vzhledu, zachovávající si vzhled dospívající dívky. Setrvávají v jakémsi bezčasí. Neplodnost udržuje mimo dosah času ženy, jimž něco schází: otec, matka, láska, uznání. Mateřství by znamenalo, že se žena tohoto všeho nadobro vzdává. Znamená to zařadit se do běhu času. Vedle socioekonomických faktorů je to také samotná snaha žen, pomyslná ručička biologických hodin se posunula o kousek dál a ženy navštěvují centra AR až ve věku kolem 40 let. Může to být dáno i tím, jakou váhu připisuje dnešní společnost vzhledu (Desjardins-Simon, 2015, s. 136).

### 1.3.9 Další faktory ovlivňující plodnost

Existuje mnoho faktorů, známých a neznámých, které ovlivňují plodnost. Některé z nich mohou být upraveny tak, aby zvýšily šance na početí a naopak jiné ovlivnit nelze.

Odkládání mateřství do pozdějšího věku se ukázalo jako trend ve vyspělých zemích. Důvodů je spousta, ať již se jedná o nepřeborné množství antikoncepčních metod, snaha žen dosáhnout vyššího vzdělání, mít vlastní kariéru a s tím spojený odklad i manželství. Mnoho žen si rovněž neuvědomuje vhodný věk, ve kterém je vhodné pokoušet se o těhotenství.

Načasování sexuálního styku tohle je jedna z nejčastějších otázek, které pár má, jak často a kdy mají mít pohlavní styk, aby co nejvíce zvýšili své šance na početí. Studie podle Wilcoxe et al. dokázala, že nejvyšší šance na početí jsou, pokud je soulož 2 dny před příchodí ovulací (Bayer, 2011, s. 11-14).

Předchozí antikoncepce je rovněž jeden z faktorů, který může ovlivňovat plodnost. IUD byla v 70. letech velmi populární metodou, jedno z tělísek bylo ovšem spojeno se zvýšeným rizikem PID, což poté mohlo vést k tubulární neplodnosti. Hassan a Killic, kteří pracovali s ženami na prenatální klinice, sledovali jaký byl TTP (the time to pregnancy, doba k početí) u různých antikoncepčních metod. Při používání kondomů byl TTP 4,6, u IUD 7,6 a při injekčních metodách 13,6 měsíců. U orálních pilulek TTP byla 7,6 měsíců, ovšem také zaleželo na době užívání. Pokud žena užívala pilulky déle jak 4 roky, doba k otěhotnění vzrostla až na 8,9 měsíců (Bayer, 2011, s. 11-14).

## 1.4 Stanovení diagnózy

Cílem všech vyšetření je určit vhodnou léčebnou metodu pro daný neplodný pár. Diagnostika tohoto onemocnění je poměrně složitá. Můžeme diagnostiku rozlišit na ambulantní ošetření na gynekologickém pracovišti a na ošetření ve specializovaném centru AR. Odesílající gynekolog je schopen zajistit základní vyšetření (Strapinová, 2016, s. 15).

Jelikož se zkušenosti lékařů různí, nelze stanovit pouze jeden postup při vyšetření a léčby neplodnosti. Proto se mohou postupy na různých pracovištích lišit (Řezábek, 2002, s. 27).

### 1.4.1 Stanovení diagnózy u žen

Diagnostika by se měla provádět od nejjednodušších a nejméně invazivních vyšetření až poté přistupujeme k metodám invazivní a komplexním. Komplexní vyšetření je závislé na MC ženy a stanovení příčiny může trvat i několik měsíců než je stanovena příčina neplodnosti. Také je vhodné dbát na ohleduplnost při vyšetření, jelikož žena může pociťovat strach z neznámých vyšetření (Pilka a Procházka, 2012, s. 91-94).

Hana Konečná (Konečná, 2009, s. 18) upozorňuje na psychologický aspekt momentu určení diagnózy. Doporučuje vždy používat pouze označení „příčina“ (ne „vina“) a přiklání se k citově neutrálním medicínským výrazům „andrologická/ gynekologická“ příčina.

Diagnostický proces by měl vždy začínat anamnézou. Začneme zjišťováním celkového zdravotního stavu, životního stylu, abúzus na návykové látky. Zajímá nás zaměstnání (minulé i současné), které může vypovídat o socioekonomickém stavu a také může zjistit případný škodlivý vliv látek, kterým mohla být žena vystavena. V rámci odebrání anamnézy se soustředíme především na to, jak dlouho nemůže pacientka otěhotnět. Ptáme se i na frekvenci pohlavního styku a případné problémy jako je předčasná ejakulace nebo naopak anejakulace apod. (P. P. Novotny, 1997; s. 83; Řezábek, 2008, s. 40-41).

Dále se zaměříme na menstruační cyklus - jeho délku, pravidelnost, menarche, intenzita a délka krvácení, bolestivost při menstruaci. Také se zajímáme o tělesnou hmotnost pacientky, jelikož stejně jako nadváha tak i podváha mohou způsobovat anovulaci.

Zjišťujeme předchozí operace, předchozí těhotenství a jeho průběh, porody, potraty, ektopické těhotenství. Z lékové anamnézy se budeme především soustředit na hormonální léčbu jako kortikoidy, antikoncepci, cytostatika atd. (Řezábek, 2008, s. 40-41).

Provádí se gynekologické vyšetření, odebírá se materiál na stanovení chlamydiové infekce, mykoplazmata, ureoplazmata. Pokud je hojný fluor, je možné prohlédnout nativní preparát, popřípadě odeslat fluor na kultivaci. Krev odebíráme na provedení vyšetření HIV a syfilis.

Ultrazvukové vyšetření se stalo nezbytným nástrojem při vyšetření neplodnosti. Je dobré počítat s možností vývojových abnormalit dělohy a nepravidelností, neprůchodnost vejcovodů, myomy apod. právě u žen trpících neplodností. Posoudíme ovariální rezervu. Za normální nález se považuje detekce 8 - 14 antrálních folikulů v každém. Poměrně výhodné je vyšetření AMH, Anti-Müllerian Hormone, který vypovídá o ovariální rezervě ženy a je velmi dobrým ukazatelem správné funkčnosti ovarii a může nám napomoci při volbě vhodné léčby (Řezábek, 2008, s. 51; Mardešič, 2013, s. 16; Ventruba, 2016, s. 3).

*Dále se odebírá krev na stanovení hormonálního profilu, ve kterém se vyšetřují nejen hladiny pohlavních hormonů, ale i hladiny prolaktinu, hormonů štítné žlázy a testosteronu. Při genetickém vyšetření se stanoví karyotyp, v některých případech se provádí i DNA analýza k odhalení mutace. Imunologické vyšetření testuje imunologické reakce organismu především proti spermatu. RTG vyšetření dělohy a vejcovodů napomáhá k diagnostice mal-*

*formací děložní dutiny a průchodnosti či neprůchodnosti vejcovodů (Romanová, 2016, s. 20).*

Posouzení, popřípadě obnovení anatomických poměrů v malé pánvi a vnitřních rodidel je podmínkou pro úspěšné oplození in vivo. Toto posouzení umožňují endoskopické diagnostické a operační postupy. Jako možná metoda je laparoskopie, která představuje tzv. zlatý standart v diagnostice tuboperitoneálního faktoru neplodnosti a je důležité v dalším rozhodování při léčbě. Může nám pomoci odhalit endometriózu, polycystické vaječníky, myomy. Obvykle bývá prováděna v kombinaci s hysteroskopií. Hysteroskopie zaznamenává rozvoj díky minimalizaci optiky, která dovoluje tento úkon vykonávat i v lokální anestezii či bez anestezie (Marděšič, 2013, s. 30-31).

#### **1.4.2 Stanovení diagnózy u muže**

U muže se lékař taktéž zaměřuje na anamnézu, jeho celkový zdravotní stav, abúzus návykových látek, prodělaná onemocnění, především příušnice, zánět varlete, STD, infekce močového ústrojí. Lékař by měl provést celkovou prohlídku se zaměřením na pohlavní úd, prostatu, varlata a šourek.

Vyšetřením krve se stanoví hladiny hormonů a laboratorní rozbor krevního obrazu, taktéž se bakteriologicky zkoumají STD (Novotny, 1997, s. 78).

Jako nejdůležitější faktor z hlediska neplodnosti je dostatečný počet a dobrá oplozovací schopnost spermií. To lze stanovit posouzením spermioqramu, muž přichází do speciálně upravené místnosti po 2-3 denní sexuální abstinenci. Sperma se získává do speciální nádoby s víčkem nebo do sterilní Petriho misky. Sperma může muž donést i z domova, je však vhodné vzorek donést nejlépe do 30 minut po odebrání. Nejpodstatnějším údajem spermioqramu je koncentrace pohyblivých spermií a kvalita jejich pohybu. Výsledek udáváme celkovou koncentrací spermií a podíl pohyblivých spermií ze všech přítomných. O normospermii hovoříme, pokud koncentrace splňuje normu. Oligospermie je stav, kde je jejich koncentrace nižší. Dále se hodnotí kvalita pohybu spermií, dle WHO rozlišujeme 4 stupně: rychlý pohyb vpřed, pomalý pohyb v před, pohyb na místě a nepohyblivé spermie. Další parametr, který se hodnotí, je morfologie spermií. Existuje celá řada odchylek, běžně se spermioqram považuje za normální nepřevýší-li se počet patologických forem 75 - 85%, jsou však různá kritéria, podle kterých lze spermie hodnotit např. u Krugerových kritérií je norma kvalitní spermií 5%. Teratozoospermii označujeme při vyšším nálezu pa-

tologických spermií. Dále se vyšetřuje přítomnost leukocytů, bakterií a prvoků. Stav, kdy ve spermatu nejsou žádné spermie se označuje azoospermii. Aspermie znamená, že není žádný ejakulát (Řezábek, 2008, s. 40-45).

## 2 LÉČBA NEPLODNOSTI

V ideálním případě by předmětem léčby neplodnosti mělo být znovuoobnovení specifické obnovitelné patologie způsobující neplodnost. Slouží jako cíl, aby pár mohl založit rodinu v takové velikosti, jakou touží mít. Avšak v praxi se ne vždy jedná o jedinou léčitelnou příčinu neplodnosti. Musíme vzít v potaz biologické, sociální a ekonomické omezení (Balén, 2013, s. 10).

Jelikož se neplodnost vymyká tradičnímu pojetí nemoci, tj. není to nemoc, která se projevuje stavem, který ohrožuje život nebo zdraví. Stav obvykle nebývá provázen tělesnými symptomy, ale neschopností početí a donošení životaschopného plodu (Slepičková, 2014, s. 16).

Balén (2013, s. 11) říká, že: *První a pravděpodobně jediný princip, který by měl být přijatý ve všech souhlasech a dohodách, je ten, že práva a zájmy nenarozeného dítěte musí být nejpřednější.*

Cílem by mělo být jednočetné těhotenství vzhledem k tomu, že vícečetné těhotenství představuje vyšší riziko. Páry, které vyžadují pomoc asistované reprodukce, by si měly ihned na počátku ujasnit své finanční možnosti. Dostupnost a cena léčiv by měla být předem zjištěna a je vhodné připustit si stresovou povahu této situace (Balén, 2013, s. 11).

*Plánování léčby závisí na diagnóze, délce neplodnosti a věku ženy. Pokud není dosaženo těhotenství v přiměřeném čase zvolenou metodou, je třeba dalších vyšetření a přehodnocení strategie léčby (Pilka a Procházka, 2012, s. 95).*

### 2.1 Léčba anovulační neplodnosti

U žen s dostatečnou hladinou estrogenu je metodou první volby kauzální léčba použitím antiestrogenů. Při indukci ovulace je podstatná jejich vazba na estrogenní receptory v hypotalamu a hypofýze. Důsledkem by měla být úprava gonadotropinů FSH a LH (Mardešič, 2013, s. 22-24).

Hyperprolaktémie, která se může projevovat poruchami cyklu, galaktoroou a může být příčinou celé řady ovariálních funkcí jako anovulační cykly, luteální insuficience. Léčba by měla být vždy kauzální, jako fyziologické hladiny považujeme hodnoty PRL do 25 mikro g/l (Mardešič, 2013, s. 22-24).



Indikací ovariální stimulace gonadotropiny je neúspěšná léčba antiestrogeny. Pro použití neexistuje jednotný protokol. Vychází z toho, že je nutné použít jen nejnižší účinnou dávku postačující k dosažení „FSH tresh hold lvl“ a vedoucí k normální folikulogenezi (Marděšič, 2013, s. 22-24).

*Vždy je nutné sledovat reakci vaječnicků a růst folikulů pomocí ultrazvuku. Dle plánovaného postupu následuje časovaný pohlavní styk nebo intrauterinní inseminace (Hrubčová, 2014, s. 19; Marděšič, 2013, s. 24).*

## **2.2 Základní metody AR**

Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermiemi, vajíčky a embryi s cílem oplodnění ženy (Řezábek, 2008, s. 10-11).

Přibližně 25 000 cyklů IVF je uskutečněno každoročně v ČR. Toto číslo činí celkově 5% z celkového počtu narozených dětí. V zemích evropské unie je toto procento vyšší, uvádí se 7 - 8% pro IVF (Romanová, 2016, s. 25-27 ).

### **2.2.1 Intrauterinní inseminace IUI**

Vyčištěná spermie, od manžela či dárce spermií, která je před výkonem v laboratoři zbavena bakterií a plazmy, a poté je vnesena do dělohy. Před odevzdáním spermií je nutná 3 denní sexuální abstinence kvůli nejvyšší kvalitě spermií. U ženy pomocí UZ sledování zrajících folikulů zjistíme optimální čas na provedení výkonu. Před tímto výkonem je aplikována injekce hCG, aby bylo zajištěno uvolnění vajíčka ve správný čas (Romanová, 2016, s. 25-27; Hrubčová, 2014, s. 19).

### **2.2.2 IVF a ET**

In vitro fertilizace patří k nejčastější metodě AR, jedná se o neúspěšnější metodu AR. Ženy jsou po předchozí hormonální stimulaci, v celkové anestezii pod UZ kontrolou, pomocí tenké jehly odebrána vajíčka z folikulů těsně před ovulací. V laboratoři pomocí párem zvolené metody je vajíčko oplodněno. V závislosti na vývoji embryí je obvykle během 2 – 5 dní proveden ET. Embryotransfer je velmi krátký výkon, jedná se o vpravení embryí pomocí speciálního katetru do děložní dutiny (Hrubčová, 2014, s. 20).

Lze zvýšit šance na uchycení a správné zanoření embrya do děložní sliznice pomocí asistovaného hatchingu. Při tomto výkonu se naruší pomocí chemické látky či laseru obal embrya (Řezábek, 2008, s. 16).

## **2.3 Alternativní metody**

### **2.3.1 Metoda Ludmily Mojžíšové**

Metoda Ludmily Mojžíšové: jedná se o rehabilitační metodu léčící funkční sterilitu ženy. Bez pochyb víme, že vše v lidském těle funguje jako celek a na tom je i založena tato metoda. Vychází z předpokladu, že stav a kondice pohybového aparátu má souvislost s vnitřními orgány a jejich správnou funkcí. Metoda je založena na nervosvalovém dráždění svalového dna pánevního, který má reflexní charakter a dalších částí ovlivňující pánevní polohu jako kostrč, bederní část páteře aj. Léčbou svalového aparátu dochází k regulaci pohlavních orgánů a tím pádem i k odstranění funkční sterility. Samotná metoda Mojžíšové obsahuje 10 jednoduchých cviků, které by se měly cvičit denně. Délka cvičení se odvíjí od poškození pohybového aparátu, obvykle trvá léčba vertebrogenních poruch 4 měsíce, u gynekologických potíží je délka cvičení individuální. Úspěšnost metody se uvádí kolem 30 - 33% (Romanová, 2016, s. 30-31; Strusková a Novotná, 2007).

### **2.3.2 Čínská medicína**

Podle učení čínské medicíny je matka jako živná půda. Pokud nelze „zasít“, není dobrá, proto je nejprve třeba ji zkypřit a ozdravit, než do ní prvně zasejeme semeno. Vychází z toho, že pokud není u ženy pravidelná, bezbolestivá menstruace, nemůže žena ani počít a donosit zdravé dítě. Proto je potřeba nejdříve vyřešit tuto situaci, z toho samého důvodu se snaží vyhýbat metodám asistované reprodukce. Jako nejčastější příčinu neplodnosti považuje insuficience v dráze ledvin, poruchy krve, blokáda krve v děloze. Blokády, které vznikají psychickými příčinami, léčí pomocí relaxačních metod a akupunkturou, potažmo akupresurou. Čínská medicína je v léčbě neplodnosti velmi úspěšná. Australští vědci ve své studii uvádějí úspěšnost čínské medicíny 50% (Ptačková, 2014; Lyttleton, 2004).

### **2.3.3 Hormonální jógová terapie**

Hormonální jógová terapie, jejíž zakladatelkou je Dinah Rodrigéz. Systém hormonální jógové terapie je tvořen výběrem různých směrů jógy tak, aby co nejvíce podporoval hor-

monální soustavu ženy. Terapie je pojata pro každou klientku individuálně s cílem obnovení správné hladiny hormonů. Při cvičení dochází k přímé masáži a stimulaci hormonálních žláz. Tato jógová terapie je především doporučována ženám v klimakteriu, ale své uplatnění nachází i u žen, které mají obtíže s otěhotněním (Rodriguez, 2014).

#### **2.3.4 Homeopatie**

Homeopatie se řadí k jedné z nejznámějších a nejuznávanějších metod přírodního lékařství. Principem homeopatie je, že se podobné léčí podobným. Homeopatické léky se vyrábí především z rostlin, z živočichů, jejich částí nebo výměšků (Čehovský, 2012, s. 22).

Homeopatická léčba se může uplatnit při poruchách funkčních nebo psychických. Léčba se volí dle potíží, které žena má. Při neplodnosti léčíme především poruchy menstruačního cyklu, případně endometriózu. Homeopatická léčba by měla být léčbou doplňkovou, proto by bylo vhodné rozšířit spolupráci mezi jednotlivými odborníky (Weisová, 2013, s. 20 - 21).

### 3 ABSENCE RODIČOVSTVÍ

V dnešní době, kdy díky sofistikovaným metodám antikoncepce a plánovaného rodičovství neplodnost páru vytváří zálužnou trhlinu v této oblasti. Většina žen bere právo na to mít potomka jako jednu z největších životních jistot. Většina mladých dívek, i přestože odkládají mateřství, mají plány k početí rodiny a berou mateřství jako samozřejmou součást životního plánu. Považují plnohodnotnější život s dětmi než bez nich (Slepičková, 2011, s. 6).

Irena Sobotková ve své publikaci *Psychologie rodiny*, 2012, s. 156 uvádí, že: *Mateřství a rodičovství je obecně očekávanou součástí životního běhu člověka a je spojováno s obdobím dospělosti ve smyslu životní náplně a životního úkolu.*

Žena, která se pokouší marně otěhotnět, bývá často úzkostná. V důsledku nenaplnění zářdoucího mateřství, se může začít vyhýbat kontaktu s dětmi svých známých. Menstruační krvácení mohou prožívat velmi silným zklamáním z neúspěchu o početí potomka.

Ženy se dokáží na touhu po dítěti silně upnout, v knize Hany Konečné (2013) jedna žena vypovídá o své příčině neplodnosti takto: *„Jsem přesvědčená, že to u mě byly psychické důvody. Moc jsem se na dítě upnula. Když jsem vše hodila za hlavu a definitivně to vzdala, dopadlo to dobře.“* Avšak pro mnohé rozhodně není jednoduché se od této myšlenky odpoutat. Ve stejné knize jiná žena uvádí: *„Myslím, že velmi silně pracuje podvědomí. I když se člověk snaží sebevíc rozumově potlačit city, například tehdy, kdy je třeba uvolnit se a nestresovat se, podvědomě pociťuje stále napětí, obavy apod.“*

Rodová pouta pociťuje každý z nás. Každý z nás to pociťuje trochu jinak. Obecně však platí, že vědomí vývoje našeho rodu nám dodává pocit zakořeněnosti, že víme, odkud pocházíme a kam patříme. S tímto obvykle přichází také povinnost v pokračování a zachování rodu (Sobotková, 2012, s. 163).

Implicitní hodnoty, které sebou přináší mateřství a pozdější rodičovství jako je dávání a přijímání intenzivních citů, radost a potěšení z dětí, zajištění pokračování rodu, přispění k osobnostnímu zrání spojeným s mateřstvím. Ženy a muži, kterým je znemožněno tohoto dosáhnout si tyto hodnoty uvědomují daleko více a touží po jejich naplnění.

Asistovaná reprodukce staví tyto páry do tísnivé situace, jelikož možnosti na početí jsou díky AR v podstatě neomezené a páry mají pocit, že by měly udělat vše, i přes vysokou

fyzikou, psychickou a také finanční náročnost léčby, aby dosáhly početí vlastního potomka (Slepičková, 2011, s. 18-19).

Z pohledu psychosociálního je bezdětnost stále vnímána negativně a je obvykle ze strany okolí nepochopená. Okolí začne v určité fázi vztahu očekávat příchod potomka, a pokud nepřichází, začne podezírat z neschopnosti či neochoty stát se rodičem (Konečná, 2013, s. 163).

### 3.1 Vliv na psychiku

Již samotné zjištění, že nabytí potomka pro nás nebude samozřejmostí a je potřeba vynaložit neočekávané úsilí může mít dopady na zpochybnění vlastní identity, kontroly nad svým tělem a životem. Vyrovnaní se s existencí nechtěných či neplánovaných početí v okolí, se skutečností, že předchozí obavy o nechtěné početí a využívání antikoncepčních metod bylo pravděpodobně zbytečné. Žena se začíná soustředit pouze na početí, její dosavadní starosti, ale také radosti jdou stranou. Představy o bezstarostném nabytí potomka se rozplývají a stres začíná nabírat na síle. S každou přichozí menstruací přichází zklamání a deprese z neúspěšnosti početí. Pro ženu může nastat začarovaný kruh tvořený menstruačním cyklem, kdy s přichozí ovulací je žena plná nadějí na úspěšné početí a s menstruací se opět objevuje zklamání a pocity selhání. Podobné prožívání může žena cítit i s každým IVF cyklem.

Ženy mají pocity odmítání od lidí, sami za sebe se stydí a má to velký vliv na jejich osobnost (Jebraeli, Hashemi a Nazemi, 2016).

Neplodné ženy rutinně vyjadřují své pocity, jako jsou obavy z mnohých omezení, požadavků a ztrát, které jsou spojeny s nenaplnujícím přáním mít dítě. Taktéž popisují tuto zkušenost jako znepokojivou zkušenost, klasifikují ji jako stresující či extrémně stresující. Popisují také pocity jako psychické napětí, bezmocnost, ubývající naděje a pocit ztráty kontroly je zvýšen především u těch, kteří podstupují IVF cykly (Patel, 2016).

Ženy také rozdílně prožívají diagnózu, pokud se jedná o mužskou či ženskou příčinu. Pokud se jedná o ženskou příčinu, jako odpověď na tuto diagnózu ženy obvykle reagují truchlením, sebe viněním, úzkostí, sebevražednými sklony, také špatné vnímání vlastního těla, pocit vzteku a nedostatku podpory (Patel, 2016).

Žena trpící neplodností může procházet všemi stádii: truchlení a smutku, fáze šoku, popření, vzteku, izolace, smlouvání a smíření. V určitém bodě budou mít problém toto stádium

pochopit, protože nemohou pochopit, jak mohou truchlit po tom, co nikdy neměly (Patel, 2016).

Dnešní psychologové již opouštějí od lineárních modelů, jelikož neplodnost nemá konečnou fázi smíření.

Míra stresu, kterou žena prožívá je závislá na mnoha okolnostech jako je délka manželství (partnerství), doba trvání neplodnosti, typ neplodnosti, prodělané gynekologické operace, počet IVF cyklů, psychiatrická onemocnění, schopnost přizpůsobit se krizovým situacím.

Skrytá ztráta, je to co mohou ženy pociťovat při neplodnosti. Hodně lidí zažije během života ztrátu blízké osoby, nebo se potýkají s diagnózou chronického onemocnění. Avšak ztráty, které jsou během neplodnosti, nejsou viditelné, lze je označit jako skryté a jsou také déle trvající. Reakce při zjištění neplodnosti se mohou projevit šokem, depresí, zármutkem, strachem či frustrací a nebo také pociťují ztrátu kontroly nad svým osudem (Lindsay a Driskill, 2013, s. 43 - 44).

Podle Resolve (2013): *Mohou ženy pociťovat i ztrátu ze zkušenosti s těhotenství a také ztrátu ze zkušenosti z porodu, ztrátu z genetického dědictví, ztrátu z rodičovství, ztrátu ze stability jejich ideální rodiny, nemožnost poskytnout jejich rodičům vnoučata a ztrátu vnímání smyslu v jejich budoucnosti a mohou pociťovat méněcennost.* (Lindsay a Driskill, 2013, s. 43 - 44).

Mnoho žen se musí vypořádávat se zármutkem po jejich nenarozeném dítěti. Někteří autoři tento zármutek přirovnávají jako zármutek, který pociťujeme při ztrátě milované osoby. Mnoho žen si vytváří fantazie o jejich nenarozeném dítěti a jejich životě. A když se jejich fantazie a očekávání nenaplní, propadají extrémnímu zármutku. (Lindsay a Driskill, 2013, s. 43 - 44).

Tyto pocity zármutku a smutku nekončí fertlím věkem ženy. Mnoho žen pociťuje tyto ztráty opakovaně potom, co se jejich vrstevníci stávají babičkami a ony opět pociťují ztrátu z nemožnosti získání této skutečnosti (Lindsay a Driskill, 2013, s. 43 - 44).

Ženy mají pocity odmítání od lidí, sami za sebe se stydí a má to velký vliv na jejich osobnost.

### 3.1.1 Současný trend- #misCOURAGE

Je obecně známé, že sdílení našeho problému činí problém poloviční. Tímto se pravděpodobně rozhodly inspirovat ženy, které právě sdílí pod tímto heslem své příběhy o neplodnosti, neúspěšných těhotenstvích a především potratech. Organizace Tommy's (<https://www.tommys.org/miscourage>) vyzývá ženy, aby se otevřely a pokud mají odvahu, aby také sdílely svůj příběh. Ráda bych uvedla příběh mojí velmi dobré kamarádky, která byla natolik odvážná a veřejně sdílela svůj příběh na sociálních sítích, s jejím svolením přikládám originální text s překladem celého jejího sdíleného příběhu do příloh. Příběh rozhodně stojí za přečtení a měl obrovský ohlas. (viz. Příloha č. 1 )

## 4 ZVLÁDÁNÍ STRESOVÝCH SITUACÍ

Jak už je z předchozích kapitol patrné, zjištění neplodnosti staví ženy do velmi nelehké životní situace. Zvládání nebo vypořádávání se se stresem se označuje jako coping. V odborné literatuře se nijak nepřekládá a s tímto termínem budeme pokračovat v následující kapitole.

U žen bývá náchylnost k depresím častěji, než je tomu u mužů. Většina autorů zdůrazňuje biologické predispozice, jako jsou hormonální změny v organizmu nebo společenské postavení žen. Mají větší pracovní a emocionální zátěž. (Poněšický, 2008, s. 129 - 130)

Coping je využíván tehdy, když je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadlimitní nebo podlimitní a je potřebné vynaložit zvýšené úsilí k tomu, abychom se s ní vyrovnali. Jinými slovy, coping se snaží ohrožující skutečnost zvládnout. Skutečnost je zde vnímána realisticky. Je charakterizován (Folkman, Lazarus a Gruen et al., 1986, s. 572) jako: „*behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osobnosti a prostředí.*“ (Paulík, 2017, s. 118)

V tomto pojmu se zobecňují charakteristické, relativně neměnné vzorce prožívání a chování jedince v zátěžové situaci. Především to, jak člověk hodnotí danou situaci a jak na ni reaguje. (Paulík, 2017, s. 121)

### 4.1 Copingové strategie

Existuje celá řada rad a doporučení, jak se vyrovnávat se stresem a zátěží, jelikož je to něco, s čím se běžně v životě setkáváme. Tradičně se tyto strategie rozdělují na ty, které jsou zaměřené na zvládání emocí (emotion-focused coping), a ty, které jsou zaměřené na řešení problému (problem-focused coping). Coping zaměřený na emoce je založen na tom, že jedinec dostává své emoce pod kontrolu tak, aby nenarušily jeho integritu a vztahy s okolím. Coping zaměřený na problém je snaha změnit situaci k lepšímu prostřednictvím úpravy vlastního chování nebo okolností. (Paulík, 2017, s. 119)

Dle Křivohlavého (2002, s. 104) jsou cíle strategií zvládání situací následující: Omezit, snížit to, co člověka obtěžuje. Tolerovat, zvládnout co nepříjemného se děje. Ponechat si pozitivní obraz sebe samého. Zachování emocionálního klidu. Zlepšit podmínky pro zregenerování po těžkosti, kterou dotyčný prožívá. Pokračovat v sociálním životě.



Podle výzkumů (Peterson, Newton, Rosen & Schulman, 2006): ženy podstupující léčbu neplodnosti využívají nejčastěji copingové strategie hledání sociální opory, plánování a pozitivní přehodnocení. (Ďurašková, Sobotková, Hampl a Viktorová, 2016; Paulík, 2017, s. 119).

Paulík (2017, s. 142) ve své knize odkazuje na strategie dle Vodáčkové (2002, s. 48 - 53) a uvádí je ve zkrácené podobě jako:

Vědomá resignace a orientace v pocitech a schopnostech odreagovat se. Lidé, kteří jsou ve velkém stresu často zaskočeni intenzitou svých pocitů a rovněž také nejasností vlastních pocitů, což může vést až k pocitu studu za své pocity. Jako důležité lze považovat autentické prožívání a vyjádření emocí. Chce se Vám plakat - plačte. Chce se Vám křičet - křičte. Je také důležité respektovat emoce jiných osob (Paulík, 2017, s. 142 - 143).

Schopnost sdělovat a sdílet může pomoci ulehčit situaci. Sdělení vlastních pocitů bez obavy z důsledků blízké osobě působí protektivně. Předpokládá se ochota blízkých přijmout informaci a poskytnutí podpory. Součástí tohoto je přijetí informací o jiných podobných situacích, čímž se nám snaží druhý porozumět a pomoci (Paulík, 2017, s. 142 - 143).

Vnímavost k tělesným pocitům a potřebám bývá obvykle snížena, zejména k bolesti. Avšak tato vnímavost je pro lidský život velmi důležitá. V této souvislosti lze zmínit „body wisdom“ neboli moudrost těla. Jedná se o schopnost těla nás sdělit, že se s námi něco děje dříve, než se to projeví. Také obrácení se k dalším potřebám může napomoci ve zvládnání těžkých situací. Může se jednat o potřeby potlačované či opomíjené (Paulík, 2017, s. 142 - 143).

Další strategie je založena na využití dostupných informací a následná orientace v situaci se získanými informacemi. Ve stresu dochází ke snížení vjemového pole a dochází k omezení vybavitelnosti obsahu z paměti a celkovému zmatku. Zpracování a uspořádání situací může dotyčným zajistit pocit klidu a jistoty, na základě racionálního hodnocení. Zdroj informací může být skutečně pomocí rozhovorů s našimi přáteli, literární, filmové či divadelní zpracování dramatických událostí (Paulík, 2017, s. 142 - 143).

Přirozená komunita je založena na principu vzájemnosti, bývají podporováni jedinci, kteří prožívají životní těžkost. Avšak má i své nevýhody například omezení svobody volby pod tlakem sociálních rolí (Paulík, 2017, s. 142 - 143).

Lze také využít vzorců kolektivního chování, nebo zapojení fantazie je možné využít všude tam, kde selhávají osvědčená řešení nebo postupy. Schopnost se adaptovat do situace a přicházet na nové způsoby řešení (Paulík, 2017, s. 142 - 143).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## **5 FORMULACE PROBLÉMU**

### **5.1 Zdroje informací k identifikaci problému**

Neplodnost staví ženy do nelehké životní situace. Bohužel je tento stav v dnešní společnosti poměrně častý. Mateřství je mnohými ženami vnímána jako přirozená součást životního běhu, proto lze očekávat, že nenaplnění tohoto předpokladu v ženách vyvolává celou řadu negativních pocitů a jedná se o velmi náročnou životní situaci.

Neplodnost žen je v současnosti stále větším a častějším problémem a je známo, že život s touto diagnózou je pro mnoho žen stresující a negativně působí na partnerské soužití. Neplodnost může vyvolat širokou škálu emocí a způsobit psychické poruchy různé intenzity.

Pokud se příčinu neplodnosti nepodaří odstranit, vstupuje většina neplodných páru do programu asistované reprodukce. Metody léčby vyžadují dostatečné finanční zdroje a mj. značnou dávku trpělivosti. Období léčby je často ženami označováno jako stresující, až extrémně stresující životní období.

Osobním motivem ke zpracování byla možnost porozumět a rozšířit poznání v oblasti prožívání stavu neplodnosti ženou, které byla odborně diagnostikována neplodnost a zároveň podstoupila neúspěšnou léčbu, popřípadě zprostředkovat čtenáři porozumění či vhled do této velmi citlivé problematiky.

### **5.2 Formulace výzkumného problému**

Dosavadní znalosti prožívání stavu neplodnosti u žen, kterým byl tento stav odborně diagnostikován a sdělen jsou nedostatečné a málo konkrétní. Cílem výzkumu je získat empirický materiál, který rozšíří znalosti a vědění o daném tématu. Jelikož tento stav nedovoluje poskytovat těmto ženám podporu a pomoc, kterou by potřebovaly, nebo ji očekávají.

## 6 CÍLE

Cílem praktické části práce je popis a analýza subjektivního vnímání a prožívání stavu neplodnosti ženy, včetně způsobů, jakým se chtěly ženy s touto nelehkou situací vyrovnat. Jde zde o ženy, kterým byl stav neplodnosti odborně diagnostikován a tyto ženy prošly léčbou, která byla neúspěšná.

Hlavním cílem výzkumu je:

- Zjistit prožívání neplodné ženy ve vztahu ke stavu neplodnosti a to i způsoby, jakými se chtěly s danou situací vyrovnat?

Dílčí cíle:

- Zjistit, jaké emoce zjištění neplodnosti v ženách vyvolalo?
- Zjistit, jaké mají ženy motivy k mateřství?
- Zjistit, zda vedlo přijetí či uvědomění skutečnosti, že již možná nebudou moci mít dítě, k nějaké změně v chování či životních plánech, ve smyslu života?
- Zjistit, zda existuje okolnost/skutečnost, která by ženy přiměla k resignaci na další snahy o početí?

### 6.1 Charakteristika výzkumného souboru a organizace průzkumu

Metoda samovýběru, která je založena především na dobrovolnosti účastníků a tím projevení určitého zajmu v dané oblasti, byla zvolena především kvůli citlivosti dané tematiky a dobrovolná ochota sdílet své pocity a prožitky (Miovský, 2006, s. 133 - 134).

Výzkumný vzorek byl tvořen z žen s diagnostikovanou neplodností, ve věku nad 30let (což lze považovat jako rizikový faktor pro otěhotnění), které se potýkají s neplodností a mají za sebou neúspěšnou IVF léčbu.

Z 26 žen, které se dobrovolně přihlásily k rozhovoru a potýkají se s neplodností, bylo vybráno 16 respondentek, které odpovídají požadovanému výzkumnému vzorku. Z 16 původních participantek šetření byl rozhovor uskutečněn s 10 ženami. I přesto, že se ženy k účasti dobrovolně přihlásily, některé nakonec nesouhlasily s poskytnutím rozhovoru, nebo bylo velmi obtížné si s nimi domluvit schůzku. Lze tuto skutečnost také přičíst časové náročnosti interview, dopravě a v neposlední řadě citlivosti daného tématu.

Rozhovor probíhal na základě předem domluvené (telefonicky, e-mailem) schůzky na ženou vybraném místě v březnu a dubnu 2017 formou 1 až 2 schůzek. Obvykle v poklidné kavárně nebo u nich doma.

## 6.2 Metoda sběru dat

Rozhovor je nejběžnější způsob získávání informací, patří mezi nejobtížnější, ale také nejnáročnější způsob získávání informací v kvalitativním výzkumu. Rozhovor umožňuje prezentaci vlastních postojů a lze jej propojovat s tím, co sami považují za významné, aniž by byli výrazně omezováni výzkumníkem. Polostrukturované interview je pravděpodobně nejrozšířenější metodou rozhovorů. Je předem určené jádro interview a okruhy otázek, kterým se chceme věnovat. Tyto okruhy lze zaměřovat. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost pokládat dodatečné otázky, abychom si ověřili správnost interpretování odpovědí a rozpracování daných otázek vzhledem k cílům práce (Miovský, 2006, s. 159 - 162; Kutnohorská, 2009, s. 38 - 41; Slepíčková, 2011, s. 30 - 31).

V přípravě jsem si vypracovala určitá témata, která jsem považovala v rámci dosažených cílů jako relevantní a předpokládala jsem, že jejich zodpovězení přinese potřebné informace. Ne všechny otázky byly položeny všem respondentkám, ani pořadí otázek či témat nebylo závazné. Vzhledem k tomu, že se jedná o intimní, citlivé téma, snažila jsem se vytvořit přátelskou, uvolněnou atmosféru a respondentkám bylo nabídnuto tykání a byla vynaložena snaha sdělit jim motivy, které vedly ke zpracování bakalářské práce.

Pro zachování anonymity a ochrany soukromí byla nahrazena jména respondentek v tabulkách písmenem R jako respondentka a příslušným číslem, podle toho jak jsou rozhovory seřazeny, je použito označení Respondentka a opět příslušné číslo pro lepší orientaci v textu. Jména konkrétních lékařů a center asistované reprodukce nejsou v práci ze stejného důvodu uváděna. Jsou ponechány jen obecné pojmy jako gynekolog, lékař, či centrum asistované reprodukce.

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru: věk, vzdělání, zaměstnání

Respondentka	Věk	Vzdělání	Zaměstnání
R1	31 let	středoškolské	Podnikatelka ve stavebnictví
R2	31 let	středoškolské	Kontrolorka kvality
R3	35 let	vyučena	Zahradnice
R4	31 let	Středoškolské	Bankovní poradce
R5	35let	vysokoškolské	Porodní asistentka
R6	33 let	vysokoškolské	Všeobecná sestra
R7	32 let	vysokoškolské	Veřejná správa
R8	31 let	vyučena	Řeznice-uzenářka
R9	31 let	vysokoškolské	Personalistka
R10	36 let	vysokoškolské	Nepracuje

Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru: délka, metody léčby, gravidita

Respondentka	Délka léčby	Metody léčby	Gravidita/Parita
R1	3 roky	3x neúspěšné IVF	II./- (interrupce, missed abortion po spont. početí)
R2	3 roky	2x neúspěšné IUI, 1x neúspěšné IVF	I./- (missed abortion)
R3	5 let	6x neúspěšné IUI, 2x neúspěšné IVF	-/-
R4	2 roky	Hormonální léčba, 2x neúspěšné IVF	I./- (missed abortion po spont. početí)
R5	2 roky	5x neúspěšné IUI, 2x neúspěšné IVF	I./- (missed abortion po spont. početí)
R6	3 roky	2x neúspěšné IVF	-/-
R7	1 rok	3x neúspěšné IUI	-/-
R8	5 let	Hormonální léčba, 2x neúspěšné IVF	-/-
R9	2 roky	1x neúspěšné IVF	II./- (missed ab. po spont. početí)
R10	2 roky	1x neúspěšné IUI, 1x neúspěšné IVF	I./I.



## 7 VÝSLEDKY

### RESPONDENTKA 1:

Respondentka 1 má 31 let. Měří 173 cm a váží 72 kg. První menstruaci měla ve 14 letech, pravidelná a bolestivá, doprovázena bolestmi hlavy. V 16 letech-UPT. Od 15 let experimentovala s různými dietami (Sama uvádí: nemohla se smířit s tím, že se mi tělo kulatí do ženských tvarů, a mermomocí jsem si myslela, že jsem tlustá a musím zhubnout, takže jsem začala experimentovat s různými dietami, ale přišlo mi to pořád málo. Jedna má (štíhlá) kamarádka mi řekla, že po pervitinu se hubne a už jsem se vezla. Až nakonec na „doporučení kamarádky“ že po pervitinu se hubne, začala užívat pervitin. V 18 letech léčena v psychiatrické léčebně 3 měsíce pro mentální anorexii a závislosti na pervitinu. V té době vážila 39 kg a cca půl roku amenorea. Propuštěna s váhou 65 kg. Od 21. let trpí panickou poruchou, th: Neurolog a antidepresiva Remood. Nyní bez Neurologu. Ve 25 letech LEEP. Vystudovala střední školu a nyní podniká ve stavebnictví.

Jaké byly tvoje motivy k mateřství?

*Nebyl to ani tak motiv. Spíš jako prostě pocit, že mé tělo., já, chci být matkou. Dát nový život. Starat se a vychovávat...(úsměv) Nedá se to popsat. Prostě asi něco na tom je pravdy, že existují biologické hodiny.*

Co pro tebe představovalo dítě?

*Dítě. je to část mého já a část mého manžela, udržení našeho (gestikuluje uvozovky) rodu. Je to pro mě zároveň velká zodpovědnost a zároveň dar.*

Toužila jste vždy po tom mít dítě?

*Věděla jsem, že jednou budu chtít dítě určitě. Jako mladší, když jsem budovala kariéru, jsem nechtěla v tu chvíli, ale že budu chtít, to jsem věděla. Přišlo mi to jako taková automatika lidu.*

Chtěla jsi děti více ty nebo tvůj partner?

*I když manžel má z předešlého vztahu 2 děti, řekla bych, že toužíme stejně. Manžel ne-li víc. (pousmání)*

Cítila jsi nějaký nátlak z okolí k tomu stát se matkou?

*Tlak z okolí jsem začala pociťovat okolo 27let. Otázky typu: A kdy do toho prašíte vy? Ty ještě nemáš děti? Dříve jsem za to chtěla vraždit. Blízkým jsem řekla, co mám za problém. Přátelům jsem řekla, že je ještě čas. Co jiného taky vyprávět?!*

Po jak dlouhé době jste vyhledali (s partnerem) odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření v souvislosti s gynekologickými problémy? Popřípadě jaké?

*No, po roce neúspěchu mi gynekolog udělal odběr krve v určitý den menstruačního cyklu, ultrazvuk, doporučil mi styk v době ovulace dle ultrazvuku. Nějaké vitamíny na podporu. Po půlroce poslal partnera na spermioqram a poté mě odeslal na laparoskopii, kde zjistili, že 1. vejcovod je zdeformovaný a 2. vejcovod ucpaný zánětem. Takže je oba odebrali. Asi po 5měsících, po zahojení nám lékař vystavil žádanku do centra asistované reprodukce. A tam už jsme rovnou začali řešit IVF. Jiná možnost v mém případě není.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo, když jsi zjistila, že máš problémy s plodností?

*Když mi odebrali vejcovody, hodně jsem brečela. Jeden moc milý doktor mě utěšoval. Bylo to hrozný, cítila jsem se méněcenná, neschopná a hodně jsem se obviňovala. A popravdě do dneška mám pocit méněcennosti.*

Jak jsi poté vnímala vlastní tělo?

*Nesnášela jsem své tělo. Přišlo mi, jakoby mě zradilo.*

A čeho ses nejvíce obávala?

*Nejvíce jsem se obávala asi toho, jestli to IVF zvládneme finančně a zda opravdu budu moct otěhotnět.*

Jaké byly reakce Tvého okolí?

*Okolí v pohodě. Sestra to teda obřečela. Sama má 2 děti a to je o 8 let mladší. Máma mě utěšovala, ale popravdě jsem se s tím musela srovnat sama. Zkoušela jsem si třeba zjistit, jestli se nedělá plastika vejcovodů, což se nedělá. To nechápu, když se dělá plastika dělohy. Ostatní přátele to vzali normálně. Někteří začali mluvit, jak jejich známí také museli na IVF a povedlo se. Ale zjistili jsme, že dost lidí ani neví, jak funguje ženské tělo. Začali nám radit, ať někam odjedem a ono se zadaří. Takže jsem dost musela vysvětlovat, že to opravdu nestačí a že se takhle opravdu nezadaří.*

Pomohl Ti někdo ve tvém okolí se s tím vyrovnávat?

*Svým způsobem mi nejvíce pomohl internet, kde jsem si vše pročetla. Příběhy ostatních žen mi hodně pomohly. Takový ten pocit, že v tom nejsem sama.*

A jak ses ty sama vyrovnávala s tím zjištěním?

*Chtělo to hlavně čas. Bylo to šílené období, dokonce jsem jeden čas nesnášela těhotné. Dokonce mi začaly dost vadit děti. Nesnášela jsem se na ně dívat, ale to už je za mnou.*

Nastal u tebe někdy moment resignace, že již nebudete mít děti?

*Hned při 2. IVF jsem to chtěla zabalit. A vlastně, když jsem šla na KET, tak už jsem tam šla s tím, že mě to nezajímá a že to nemá smysl. A začala jsem se smiřovat s tím, že nebudu mít vlastní děti a že tedy půjdu do adopce.*

Přimělo tě uvědomění si skutečnosti, že již možná nebudeš moci mít děti k nějaké změně ve tvém chování?

*No, chtěla jsem přestat kouřit, ale to bohužel nedávám.*

Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života? Nebo se to nijak významně neprojeвило, ale mělo to vliv na psychický stav?

*Hodně se to podepsalo psychicky.*

Jak?

*Stále mám obavy ze selhání.*

Existuje něco, co by ti dokázalo alespoň do určité míry pomoci nahradit ti chtěné děťátko?

*No, zatím svou lásku a péči věnuji zvířátkům. Mám 2 psy, 2 kočky, hada a dva potkany. Svým způsobem je беру jako své děti. Zní to asi ujetě, ale hodně na nich lpím. Jinak jsem přemýšlela nad adopcí nebo pěstounskou péčí, ale mám obavy, že by mi vadilo, kdyby bylo jen chvilkové, atd. Je to horší, navážeš city, a pak může přijít jejich rodič, atd.*

## **RESPONDENTKA 2:**

Respondentka 2 má 31 let. Měří 172 cm a váží 69 kg. První menstruace ve 14letech, pravidelná 28/4. Z prvního manželství má 12 letého syna. Po porodu trpěla na časté záněty a fluor. S ničím se neléčí. Vystudovala střední školu. Nyní pracuje jako kontrolorka kvality.

Dále by mě zajímalo, jaké byly tvé motivy k mateřství? A jestli jsi vždy toužila po dítěti?

*Tak já už 12 letého syna mám. A manžel má 2 dospělé dcery. Oba máme děti z předchozího manželství. Oba dva si přejeme mít dítě společně. Vždy jsem si přála mít více dětí.*

Co pro tebe dítě znamená?

*Dítě je pro moji rodinu štěstí a není nic krásnějšího než mít starosti a radosti, které se týkají dětí. Děti jsou velkou láskou života a naplňují srdce.*

Respondentce nebyly položeny otázky, jestli cítila nátlak z okolí stát se matkou, jelikož již matkou je.

Po jak dlouhé době jste vyhledali (s partnerem) odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření v souvislosti s gynekologickými problémy? Popřípadě jaké?

*Snažíme se už 4 roky o své společné miminko, jelikož se nám nedařilo a ani nějak můj gynekolog to neřešil. Tak jsem přešla k jinému gynekologovi. To bylo asi po roce, co jsme se snažili. Nový gynekolog, který se nám plně věnoval a jsem s ním moc spokojená mně udělal základní vyšetření a manželovi nechal udělat spermiogram. Vše bylo v pořádku, tak jsme 2 krát podstoupili IUI, bohužel bez úspěšně. Tak nám to nedalo a navštívili jsme jinou kliniku, kde jsem později pochopila, že jim jde jen o peníze a ne o to, aby párům pomohli. Ale to jsem se vše dozvěděla postupně, protože jsem IVF postupovala poprvé a vůbec jsme o tom s manželem neměli ponětí, co a jak.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo, když jsi zjistila, že máš problémy s plodností?

*Bylo to něco strašného. Těžko jsem se z toho dostávala. Je strašně těžké, když si moc přeješ miminko a pak zjistíte, že to nejde a v okolí je plno žen, které buď čekaly, či se jim narodilo miminko, hlavně spoustě sociálně slabým rodinám, kde rodí děti, jak na běžící pásce a nezaslouží si to. A já bych tomu miminku dala první poslední. Hlavně lásku. A nejde to. Je to velké zklamání, a i když se s tím člověk vyrovná, tak ho to stejně trápí, i když se snažím na to nemyslet. Ještěže mám tak úžasného manžela, který mě hodně v těchto dnech podržel.*

Jak jsi poté vnímala vlastní tělo?

*Neřekla bych, že se nějak změnilo.*

A čeho ses nejvíce obávala?

*Nejvíc jsem se bála, že mi třeba zjistí, že nebudu moc mít nikdy děti. Že u mě není žádná naděje. Postupem času s každým dalším neúspěchem je to pro mě těžší a těžší. Jsem na tom psychicky někdy dost zle. Někdy je to lepší, ale jindy zase upadnu do úzkosti, že jsem neschopná a obviňuju sebe samu za to, že nám to nejde.*

Jaké byly reakce tvého okolí?

*Z okolí to nikdo neví. Nejsem zvědavá na ty kecy lidí.*

Jaké?

*Už děti máte, atd. Tohle takovýhle lidi nepochopí.*

Pomáhá ti někdo ve tvém okolí se s tím vyrovnat?

*V okolí mi nikdo nepomáhá. Největší oporou je pro mě můj manžel.*

Jak ses ty sama snažila s diagnózou vyrovnat?

*Vyrovnávala jsem se s tím, že jsem chodila hodně do práce. Snažila jsem se na to, co nejméně myslet a uvědomila jsem si, že mám velké štěstí, že mám tak skvělou rodinu a pořád doufám, že se nám zdaří a štěstí naše bude vyplněno.*

Takže ses snažila myšlenky na to potlačit?

*Jo, ale člověk si stejně vždycky najde chvíličku během dne, kdy si vzpomene. Můžu říct, že jsem se opravdu snažila na to nemyslet. Rekonstruovali jsme dům a vše bylo na mně. Manžel na nějaké zařizování atd. není. Dovolená, štěně, kotě. Byla jsem myšlenkami jinde, ale stejně to člověk v sobě hold má. Když jsem šla spát či byl sex, tak jsem hned měla myšlenky, že by se mohlo zdařit. Nejde to jen tak úplně vypustit. Teď už to tak neprožívám. Beru to jak to je, ale stejně doufám a moc.*

Nastal u tebe někdy moment resignace, že již nebudete mít děti?

*Ano, když se nepovedlo IVF. Vše jsem vzdala. Brala jsem to jako jistotu, když jsem plně zdravá já i manžel, že to vyjde a nevyšlo. Přestalo mě vše bavit, začala jsem se schovávat do práce od rána do večera. Naštěstí mi po chvílce začala chybět rodina a řekla jsem si, že svůj život nestrávím trávením, ale užíváním si se svými blízkými.*

Přimělo tě uvědomění si skutečnosti, že nabytí potomka není samozřejmostí k nějaké změně ve tvém chování?

*Ovšem, že to není samozřejmostí. Jen si to holt člověk uvědomí později. A čím více to nejde. V chování to bylo tak, že když se nedařilo, byla jsem více podrážděná, úzkostlivá. Vždy jsem brečela, když jsem se dozvěděla, že někdo čeká miminko a já zas nic.*

Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života? Nebo se to nijak významně neprojevovalo, ale mělo to vliv na psychický stav?

*Změny jsem pocítila takové, že když člověk něco chce, musí si za tím jít a stát. A bojovat. Hlavně nedát na řeči druhých a jít si za svým.*

Existuje něco, co by ti dokázalo alespoň do určité míry pomoci nahradit chtěné děťátko?

*Kompenzovat to nic nedokáže. Stejně tam ta touha je a bude pořád, myšlenky s bolestí, člověk se s tím časem vyrovná, ale nikdy na to nepřestane myslet a přát si to.*

### **RESPONDENTKA 3:**

Respondentka 3 má 35 let. Měří 169 cm a váží 63 kg. První menstruace ve 14 letech, pravidelnou, 27/4, od 25 let bolestivá. Trpí na migrény. Před 10 lety diagnostikována celiakie. Zajímá se o přírodu a snaží se, co nejvíce šetřit životní prostředí. Má ráda děti, zvířátka a pomáhá ostatním lidem.

Jaké byly tvé motivy k mateřství?

*Vždy jsem chtěla dítě. Už jako pubertáčky jsme si já a mé dvě skvělé kamarádky řekly, že ve 25 letech každá pokusíme to své štěstí. Jim to klaplo do 27 let. Mně ne. Ale to bylo hlavně tehdejším partnerem. Alkoholik, se kterým jsem byla 11 let a naivně věřila, že se změní.*

Takže jsi vždy toužila po tom mít dítě?

*Jo. Už od 7 let jsem pomáhala mamce s malým bráškou a potom jsem hlídala děti sousedům. To dělám s láskou dodnes.*

Chtěla jsi děti více ty nebo tvůj partner?

*Řekla bych, že teď po dítěti toužím víc já. Můj drahý je typ: když to klapne, já to zvládnou. Nic mu nevyčítám, spíš mu závidím ten klid.*

Cítila jsi nějaký nátlak z okolí k tomu stát se matkou?

*Jen v malé míře, více ze strany babiček a tetiček, než mladších generací.*

S jakými situacemi se setkáváš z okolí? A jak na ně reaguješ?

*Většinou je to ve stylu: „Ale podívej, tvé kamarádky už děti mají, některé i dvě. Tak si taky poříd’.“ Většinou jim na to řeknu jen to, že ani jedna z nich dítě v tu dobu neplánovala. A nejedena uvažovala o potratu. Zatímco já bych neváhala a dítě si nechala, jen kdyby ta možnost byla. U nich (babičky, tetičky) to bylo jiné. Ty měly děti už třeba v 18. Beru to jako pohled na situaci přirovnanou k jejich životu. Pokaždé je mi to líto, že nechápou, že je to u mě jiné. Rozhodně ne dobrovolně.*

Co pro tebe představuje dítě?

*Dítě je pro mě jediný případ, kdy je láska možná už na 1. pohled. Je to možnost dát obrovské množství lásky bytosti, která bude z části já. Vidět, jak roste, učí se novým věcem. Na každou maličkost se těším a stále nevzdám víru, že i já se dočkám.*

Po jak dlouhé době jste vyhledali (s partnerem) odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření v souvislosti s gynekologickými problémy? Popřípadě jaké?

*Asi po dvou letech. Manžel měl spermiogram v pohodě. A já jsem podstoupila diagnostikou laparoskopii, kde také nic nezjistili.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo, když jsi zjistila, že máš problémy s plodností?

*Byla jsem z toho smutná a bála jsem se, že to nebude náš jediný problém. Tedy, že budou špatné vejcovody, vaječníky nebo třeba endometrióza. Ale nic z toho u mě není a tak není příčina neplodnosti objasněna.*

Začala jsi potom jinak vnímat vlastní tělo?

*Změnilo se to hlavně v tom, že už jsem nechtěla do těla dávat žádné škodlivé látky. Začala jsem se jim vyhýbat, jak jen to sama zvládnu. Tím šetrím, jak sebe tak i přírodu.*

A čeho ses nejvíce obávala?

*Obavy jsem měla z reakce okolí, a proto jsou jen lidé v rodině, co o tom ví. Plus jedna kamarádka, která žije v Anglii.*

Jaké byly jejich reakce?

*Rodina byla hodně v šoku, ale snažili se mě uklidnit, že se nám zadaří.*

Pomáhá ti někdo ve tvém okolí se s tím vyrovnat?

*Kupodivu mi nejvíce pomáhá skupinka na facebooku s ženami, jenž tenhle problém chápou a dovedou podržet, protože ví jaké to je toužit po dítěti bez úspěchu.*

Jak ses ty sama vyrovnávala s tím zjištěním?

*Vyrovnat se s tím mi dalo hodně zabrat, protože jsem vždy dítě chtěla. Jelikož nebyl nalezen žádný problém ani u jednoho z nás - šance jsou prý vysoké.*

Nastal u Tebe někdy moment resignace, že již nebudete mít děti?

*Začali jsme s IUI a po 6 ti pokusech bez úspěchu jsme dle rady doktora šli na IVF. Rok a půl jsme se snažili bez lékaře. Resignace byla asi po druhém IUI, ale díky podpoře skvělého přítele jsem to zvládla.*

Přimělo tě uvědomění si skutečnosti, že již možná nebudeš moci mít děti k nějaké změně ve tvém chování?

*Ano, začala jsem žít zdravěji a ekologičtěji. Chování jsem klidnější a neřeším hlouposti.*

Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života? Nebo se to nijak významně neprojevalo, ale mělo to vliv na psychický stav?

*Začala jsem si vážit toho, co mohu: že nemám žádné postižení, než fňukat nad tím, co nemohu: lepek.*

Existuje něco, co by ti dokázalo alespoň do určité míry pomoci nahradit chtěné děťátko?

*Do jisté míry ano. Buď právě péčí o jiné děti, například jako dobrovolnice v domově pro děti, a tak trochu i péče o nějaké zvířátko. Momentálně mám dva psy - anglické kokry a ti mít štěňata, asi je budu piplat, co by to šlo. Ti, dva dospělí psi už mají tak nějak svůj rozum a už se nenechají tolik tulit, "mačkat" a mazlit, kdykoliv se mě zrovna zachce.*

#### **RESPONDENTKA 4:**

Respondentka 4 má 31 let. Měří 173 cm a váží 100 kg. První menstruace v 14 letech, nepravidelná a bolestivá. Alergie nemá. Ve 22 letech thyreodektomie, od té doby velké váhové výkyvy (před thyreodektomií 60kg). Diagnostikovaný syndrom polycystických ovarií a endometrióza. Vystudovala gymnázium a nyní pracuje jako bankovní poradce.

Toužila jsi vždy po tom mít dítě?

*Ano, vždycky jsem chtěla mít děti.*



Proč?

*Člověk k tomu většinou dospěje. Chci se o někoho starat. Chci, aby mi někdo říkal mami.*

Chtěla jsi děti více ty nebo tvůj partner?

*Více děti chce asi můj chlap. Jedno dítě má z 1. manželství a se mnou chce dvě, což znamená tři. (směje se) Mně by stačilo jedno.*

Cítila jsi nějaký nátlak z okolí k tomu stát se matkou?

*Z okolí cítím nátlak stále. Hlavně od mých rodičů, kteří se těší na to, až budou prarodiči a stále mi připomínají, abych to nějak řešila.*

Co pro tebe představovalo dítě?

*Když to zrovna řešíme (léčbu)- představuje pro mě střed světa. Taky představuje strach. Strach z toho, že se to nepovede...mít dítě. Když zrovna neřeším IVF tak si variantu nemít dítě nepřipouštím.*

Po jak dlouhé době jste vyhledali (s partnerem) odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření v souvislosti s gynekologickými problémy? Popřípadě jaké?

*No, vlastně už ve chvíli, kdy jsem vysadila antikoncepci. Jelikož jsem neměla menstruaci. Tak jsem se ptala gynekologa a on mi řekl, že to je tím, že mám PCO. Odbornou pomoc jsme vyhledali po dvou letech.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo, když jsi zjistila, že máš problémy s plodností?

*Zpočátku v pohodě. Věděla jsem, že otěhotnění bude trvat déle, ale neřešila jsem to. I tak jsem z toho byla smutná.*

Jak jsi potom vnímala vlastní tělo?

*Začala jsem si více soustředit na signály, které mi tělo dává.*

Čeho jsi se nejvíce obávala?

*Největší strach mám z toho, že se to nepovede.*

Jak ses ty sama vyrovnávala s tím zjištěním?

*Myslím si, že jsem se s tím srovnávala celkem dobře.*

Jaké byly reakce Tvého okolí?

*Ví to jen má rodiče. Nikdo jiný o tom neví.*

Kdo byl pro tebe největší oporou?

*Největší oporou je mi partner. S nikým jiným to neřeším. Rodiče nám pomáhají finančně řešit IVF.*

Nastal u tebe někdy moment resignace, že již nebudete mít děti?

*Zatím ne. Rezignovat budu, až vyčerpáme všechny možnosti IVF. Zatím to řešíme 4 roky.*

Přimělo tě uvědomění si skutečnosti, že již možná nebudeš moci mít děti k nějaké změně ve tvém chování?

*Na psychiku to má vliv obrovský, přesto věřím, že se zadaří.*

Jaký vliv pociťuješ na psychické stránce?

*Hrozně mě to všechno mrzí. Všechno to nadšení všech kolem, co už děti mají. Bolí to. Snažím se radovat s nimi, ale nejde to.*

Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života? Nebo se to nijak významně neprojeвило, ale mělo to vliv na psychický stav?

*Ve vnímání smyslu života se to asi nijak neprojeвило. Jen mám pocit jakési nespravedlnosti. Proč zrovna já? Ale stále věřím, že se dočkám.*

Existuje něco, co by ti dokázalo alespoň do určité míry pomoci nahradit chtěné děťátko?

*Mám pejska. A to je jeden ze způsobů, jak dokážu myslet i na něco jiného.*

#### **RESPONDENTKA 5:**

Respondentka má 35 let. Měří 165 cm a váží 72 kg. První menstruace v 10 letech, ze začátku nepravidelná menstruace, po nasazení HA cyklus upraven. Po vysazení HA pravidelné 28/4. 2x operace myopie. Nyní je po léčbě rakoviny štítné žlázy, th: tyreodektomie, léčba radiojódem v r. 2013. V r. 2014 kontrolní terapie radiojódem. Nyní v remisi. Vystudovala vysokou školu. Pracuje jako porodní asistentka. Ráda se baví a věnuje se cestování, také ráda čte a skládá puzzle. Věnuje se turistice a je ráda venku na čerstvém vzduchu.

Jaké byly tvoje motivy k mateřství?

*Já jsem kdysi dítě nechtěla, nebo alespoň neměla touhu být matka. A vlastně od 1. otěhotnění jsem jí chtěla jen z toho důvodu, že mi docházel čas, protože musím jít příští červen na pití radiojódu, ...*

Takže jsi vždy netoužila po tom být matkou?

*Po potratu je touha být matkou silná a já chci udělat vše pro to, aby to vyšlo. My se s manželem brali před čtyřmi roky z toho důvodu, že jsme chtěli mít děti a on po něm toužil. Zvláště po tom potratu mi byl velkou oporou, ale jakmile jsem překonala kritickou dobu, tak jde vidět, že on se začal trápit víc. A tak ho musím podporovat zase já.*

Pociťovala jsi nějaký nátlak z okolí na to stát se matkou?

*Nátlak z okolí jsem nepociťovala, ale spíše tlačím na to, aby to bylo co nejdříve. Z důvodu nemoci a častých kontrol, po kterých nesmím rok otěhotnět. Rodina mě podporuje a ví jak to je.*

Co pro tebe dítě představuje?

*Dítě pro mě představuje změnu. Chtěla bych ho, ale zároveň vím, že se vše změní. Jsem svobodný člověk, který rád cestuje a poznává nové věci. Víím, že dítětem se to částečně omezí, ale teď je pro mě aktuálně dítě to jediné, co mi chybí k úplnému štěstí. Mám úžasného manžela, rodinu, práci, celkový život, ale to je to poslední, co mi opravdu chybí.*

Po jak dlouhé době jste vyhledali (s partnerem) odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření v souvislosti s gynekologickými problémy? Popřípadě jaké?

*Po roce, když jsme s manželem souložili bez ochrany, ovulace a vše probíhalo naprosto v pořádku. Takže po roce jsme šli do centra asistované reprodukce na spermioqram, poté jsem podstoupila hysterohydrosalpingografii v jiném centru. Poté, co jsme přišli, mi udělali hormonální profil, manžel měl spermioqram a folikulometrii.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo, když jsi zjistila, že máš problémy s plodností?

*Byla jsem naštvaná, že to nejde.*

Čeho ses nejvíce obávala?

*Bála jsem se, že nebudu moct mít děti.*

Začala jsi potom jinak vnímat vlastní tělo?

*Začala jsem se řídit heslem: Ve zdravém těle, zdravý duch. Začala jsem tedy aktivně sportovat a to mě nabíjí energií.*

Jaké byly reakce Tvého okolí?

*Všichni se mě snaží podporovat. Rodiče byli hodně zaskočení, když jsme jim to řekli.*

Pomáhá Ti někdo ve vašem okolí se s tím vyrovnat?

*Pomáhala mi celá rodina, hlavně manžel, ale i ten potřebuje někdy utěšit.*

A jak ses ty sama vyrovnávala s tím zjištěním?

*S tím, že máme problém počít dítě, jsem se ještě nevyrovnala. Jak jsem říkala, snažím se hodně sportovat a to mi zatím nejvíc pomáhá.*

Nastal u tebe někdy moment resignace, že již nebudete mít vlastní děti?

*Asi po první IVF. Už jsem si řekla, že na to nemám. Ale postupem času mi to nedalo a šli jsme to zkusit znovu. A nyní stále doufám, že se jednou konečně zadaří.*

Přimělo tě uvědomění si skutečnosti, že již možná nebudeš moci mít děti k nějaké změně ve tvém chování?

*Začala jsem zdravěji jíst, sportovat a zajímat se o zdravé životní prostředí. Hodně jsem si začala uvědomovat, co svému tělu dávám a snažím se k němu chovat s láskou.*

Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života? Nebo se to nijak významně neprojevovalo, ale mělo to vliv na psychický stav?

*Změny ve vnímání smyslu života? No, hodně jsem si začala uvědomovat, jak je pro mě dítě důležité a jak moc dítě chci, hlavně po tom potratu.*

Existuje něco, co by ti dokázalo alespoň do určité míry pomoci nahradit chtěné děťátko?

*No, jak jsem říkala, snažím se soustředit na nějaký zdravý životní styl i kvůli nějaké prevenci po té rakovině. A sport mě hodně naplňuje, je to taková moje už asi závislost a můžu se u toho hezky „vyčistit“.*

#### **RESPONDENTKA 6:**

Lenka má 33 let. Měří 180 cm a váží 110 kg. První menstruace ve 13 letech, bolestivá a pravidelná 28/4. V dětství úrazové zlomeniny 2x PHK, a 2 x koleno. Ve 13 letech apendektomie. Alergie na pyl, prach a peří. Vystudovala vysokou školu a nyní pracuje v oboru jako všeobecná sestra. Vdaná. Vede poklidný život. Ráda se věnuje ruční pracím. Říká o sobě, že není sportovně založená.

Toužila jsi vždy po tom mít dítě?

*Děti jsem chtěla už od malička, vlastně si to přesně ani nepamatuji. Tak od 5 let jsem chodila s mojí babičkou do práce, byla, porodní bába“. Chovala jsem si tam miminka a chtěla*

*jsem je mít všechny doma. V naší rodině jsme s bráchou byly nejstarší děti, tak jsem si hrála na chůvu a starala se o bratrance a sestřence. (Babička mi říkala, že jsem celá ona. Děti jsou mým životem). Přála jsem si mít hodně dětí a co nejdřív. Myslím si, že kdybych potkala manžela v 18 ti letech a „nějak by se povedlo“ asi by mi to vůbec nevadilo. Jezdila jsem jako zdravotník na tábory s dětmi z dětských domovů. Pamatuji si, že po prvním táboře jsem je chtěla všechny domů.*

Chtěla jsi děti více ty nebo manžel?

*O tom začít se snažit o miminko jsem začala první mluvit já. Manžel s tím souhlasil.*

Tudíž si myslíš, že více ty?

*Možná o trošku více, ale nyní spíš už stejně.*

Pociťovala jsi nějaký nátlak okolí k tomu stát se matkou?

*Z okolí jsem žádný nátlak zpočátku nepociťovala. Ale když jsme byly po svatbě a dlouho nic a pak začaly „těhotnět“ i kamarádky, které jsou mladší, anebo se braly dva roky po nás, tak začaly dotazy a takové to rýpání: „A kdy konečně vy? Už máte postaveno, tak na co čekáte? Už taky nejste nejmladší, když budete takhle otálet, tak to pak taky nemusí jít“ .atd.*

Co pro tebe představuje dítě?

*Dítě pro mě znamená rodinu, štěstí, lásku. Je to takový dobíječ baterií, momentálně je pro mě to co mi chybí ke štěstí a naplnění. Připadá mi, že mne část chybí.*

Po jak dlouhé době jste vyhledali (s partnerem) odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření v souvislosti s gynekologickými problémy? Popřípadě jaké?

*O miminko se snažíme tři roky. Jsem po dvou nezdařených IVF. Jsem po diagnostické laparoskopii, kde mi odstranili srůsty po odstranění slepého střeva a našli endometriální ložiska.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo, když jsi zjistila, že máš problémy s plodností?

*Zpočátku jsem si říkala, že nemám šanci s těmi všemi diagnózami nikdy mít dítě. Byla jsem nešťastná a našťavaná. Připadala jsem si méněcenná. Bylo to pro mě hodně těžké, ale zároveň jsem byla ráda, že se našly příčiny.*

Jak jsi poté vnímala vlastní tělo?

*Že bych jinak vnímala vlastní tělo si neuvědomuji.*

Čeho jsi se nejvíce obávala?

*Nejvíce jsem se obávala toho, že vlastní dítě mít nikdy nebudu a že mě opustí manžel. "*

Jaké byly reakce tvého okolí?

*Reakce okolí byly různé, většinou nás podporovali, ale bohužel některé těhotné kamarádky se mi začaly vyhýbat. Například moje nejlepší kamarádka mi ani neřekla, že je těhotná. Tajila to přede mnou a to jsme si předtím říkaly opravdu úplně všechno. Připadala jsem si, že jsem na všechno sama.*

Pomáhal ti někdo ve tvém okolí?

*Nejvíce mi pomohl manžel a kolegyně, která si prošla třemi IVF cykly, mluvila se mnou o všem. Chovala se ke mně stejně jako dřív a když jsme spolu něco řešily, mluvila se mnou na rovinu. Neříkala to, co jsem chtěla slyšet, ale to, co si myslela.*

A jak ses ty sama vyrovnávala s tím zjištěním?

*Se skutečností, že mám problémy s početím, jsem se ještě nevyrovnala. Nenašla jsem ani způsob, jak na to nemyslet.*

Nastal u tebe někdy moment rezignace, že již nebudete mít vlastní děti?

*Že bych rezignovala se říct nedá. Pořád bojuji, ale největší strach, že nebudu mít děti jsem měla po posledním KETu, který se nepovedl. Myslím si, že kdyby nám nevyšel, další už bych to asi vzdala.*

Přimělo tě uvědomění si skutečnosti, že již možná nebudeš moci mít děti k nějaké změně ve tvém chování?

*V chování mě to změnilo, tak že už neřeší blbosti, ale hlavně jsem si to uvědomila, když jsem přišla do práce, už jsem si nenechala líbit to, co dřív. Konečně jsem se uměla ozvat a nebrala jsem si tolik všechny věci, co se tam děly. Najednou jsem se uměla nad tím povznést.*

Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života? Nebo se to nijak významně neprojeвило, ale mělo to vliv na psychický stav?

*Hodnoty mám asi podobné, ale uvědomila jsem si, jak je důležité mít oporu v manželovi a mnohem víc nás to stmelilo dohromady. V době po 1. nezdařeném IVF jsem byla hodně pesimistická, takovej melancholik. Naštěstí se to změnilo tím, když jsme přešli do jiného centra asistované reprodukce. Myslím si, že mě to změnilo, možná i k lepšímu. Dřív jsem chodila z práce skoro až vynervovaná, brala jsem si hodně, co kdo řekl a jak se ke mně choval a neuměla jsem se ozvat. Teď, když vím, že je něco špatně, řeknu to tak, jak to je. Tak jsem se dřív bála, co si o mně kdo myslí. Teď sice nad tím občas přemýšlím taky, ale vím, že každý uvěří pouze tomu, čemu chce uvěřit.*

Existuje něco, co by ti dokázalo alespoň do určité míry pomoci nahradit chtěné děťátko?

*Já nevím. I když je pravda, že mi manžel pořídil ježečka bělobřichého a trošku mi to zvířátko zvedlo náladu. Bylo to pro mě takové odreagování a alespoň jsem nebyla doma sama. Byla jsem doma po operaci kotníku. A měla jsem v tu chvíli potřebu se o někoho, nebo něco starat. Přemýšleli jsme i o pejskovi, ale jelikož bydlíme v novostavbě a ještě nemáme ani plot, tak by to nebylo moc vhodné. Akorát nevím, jestli byl ten ježek správná volba, mazlit se s ním moc nedá a přes den spí. Ale i tak dává pozitivní energii.*

#### **RESPONDENTKA 7:**

Respondentka Olga má 32 let. Měří 168 cm a váží 55 kg. První menstruace ve 13 letech, pravidelná 28/4-5. S ničím se neléčí, neprodělala žádnou operaci. Alergie na prach a pyl. Vystudovala vysokou školu. Vdaná. Vede aktivní život, ráda se věnuje jízdě na kole, józe, kolečkovému bruslení.

Zajímalo by mě, jaké byly tvoje motivy k mateřství?

*Moje motivy k mateřství byly tak nějak přirozené. Dítě jsem vždycky chtěla. Od mala jsem hrozně ráda hlídala jakékoliv malé dítě nebo miminko, co bylo v okolí.*

Co pro tebe dítě představuje?

*Je to pro mě velký smysl života, životní náplň.*

Toužila jsi po dítěti více ty nebo tvůj partner?

*Po dítěti toužíme s partnerem oba, ale já určitě více.*

Cítila jsi nějaký tlak z okolí?

*Spíše takový nepřímý. Čím dál více kamarádů a známých mají už dítě nebo jej alespoň čekají.*

Po jak dlouhé době jste vyhledali (s partnerem) odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření v souvislosti s gynekologickými problémy? Popřípadě jaké?

*Problémy s početím jsme si začali uvědomovat cca po roce a půl snažení. Partnera můj obvodní gynekolog poslal na spermioqram, který nedopadl zrovna nejlépe - špatná morfologie spermií. V říjnu loňského roku jsme začali docházet do CAR, kde po vstupních vyšetřeních, která dopadla vcelku dobře. U mě zjistili nízkou hladinu hormonu AMH, u partnera kromě těch spermií, ještě zjistili zvýšenou hladinu bílých krvinek.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo, když jsi zjistila, že máš problémy s plodností?

*Byla jsem našťvaná. Našťvaná na vlastní tělo. Byla jsem našťvaná na všechny okolo. Cítila jsem strašný pocit nespravedlnosti. Proč jiné ženy, i ty, které třeba po dítěti netouží anebo si jej nezaslouží, dítě mají a já, ne?*

Jak jsi poté vnímala vlastní tělo?

*No, začala jsem ho nemít ráda. Vždycky jsem se o své tělo hezky starala. Pravidelně jsem cvičila, nikdy jsem nekouřila ani nijak moc nepila alkohol. Snažila jsem se o něj pečovat. A ono se mi takhle odplácelo. Velmi špatně jsem začala vnímat menstruaci. Vždy jsem to brala jako neúspěch. Jakási pomyslná prohra mysli nad vlastním tělem.*

Čeho ses nejvíce obávala?

*Neúspěchu.*

Jaké byly reakce tvého okolí?

*Reakce okolí bych řekla, že byly přiměřené a většinou se mě snažili podpořit, že vše dobře dopadne. Moje mamka z toho byla asi nejvíce smutná. Moc toužila po vnoučátku.*

Pomáhal ti někdo ve tvém okolí?

*Většinou se mě všichni snažili podpořit a povzbuzovali, že vše dobře dopadne. Největší oporou pro mne však byl můj partner.*

A jak ses ty sama vyrovnávala s tím zjištěním?



*No, řekla bych, že docela špatně. Hodně nocí jsem probrečela. Ale snažila jsem se na to moc nemyslet a normálně fungovat, věnovat se práci a svým koníčkům. Ale k myšlenkám na dítě jsem se vracela neustále.*

Nastal u tebe někdy moment resignace?

*No, vzhledem k tomu, že jsme zatím nezkusili všechny dostupné metody, tak resignace nenastala. Nastala by asi tehdy, kdybychom vyčerpali všechny možnosti.*

Přimělo tě uvědomění si skutečnosti, že již možná nebudeš moci mít děti k nějaké změně ve tvém chování? Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života? Nebo se to nijak významně neprojevalo, ale mělo to vliv na psychický stav?

*Nijak zvlášť se to v mém životě neprojevalo, co se týče vnímání smyslu života. Ale co se týče myšlení, priorit tak to hodně. Dítě je teď pro mě prioritní věc, co si přeji. Když vidím těhulky a nebo maminky zesmutním. Je to pro mě takový nesplněný sen.*

Existuje něco, co by ti dokázalo alespoň do určité míry pomoci nahradit chtěné děťátko?

*Dítě se nedá ničím nahradit. Ale snažím se hodně sportovat, abych na to nemusela pořád myslet.*

Jak bys řekla, že se změnila tvé priority?

*Více přemýšlím o svém volném čase. Snažím se vyhýbat nějaký rizikovým sportům kvůli případné graviditě. Nebo vynechávám nějaké náročnější akce.*

#### **RESPONDENTKA 8:**

Markéta má 31 let. Měří 171 cm a váží 99 kg. První menstruaci v 11 letech, nepravidelná a velmi bolestivá, polymenorea. Ve 22 letech zjištěn syndrom polycystická ovarii, th: Clostylbegyt, bezúspěšná. V roce 2000 appendektomie. Vyučena v oboru řezník/uzenář. Nyní pracuje v oboru. Má ráda procházky přírodou a ráda si čte.

Jaké jsou tvoje motivy k mateřství? Toužila jsi vždy po dětech?

*Já jsem se o děti starala už od 15 let. Sousedí mi půjčovali děti na procházky. A prostě jsem věděla, že ty děti budu chtít taky. S dětmi se cítím být více naplněna.*

Řekla bys, že po dětech toužíš více ty nebo partner?

*S manželem toužíme po dětech vzájemně. Oba dva stejně.*

Pocítovala jsi nějaký tlak z okolí na to stát se matkou?

*Tlak ze žádné strany nikdy nebyl.*

Po jak dlouhé době jste vyhledali (s partnerem) odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření v souvislosti s gynekologickými problémy? Popřípadě jaké?

*V mých 22 letech jsme se s manželem rozhodli, že bychom se chtěli pokusit o miminko, ale k tomu byla potřeba menstruace. Po vyšetření mi bylo zjištěno PCO a nasazen Clostylbegyt na 3 cykly, ale bezúspěšně. Pak návštěva v centru asistované reprodukce, kde mi udělali ultrazvuk, který byl ok. Ale přišla další rána - špatnej spermogram, takže jediné IVF. Ale po zjištění, že manžel má „liné mršky“ to přirozeně nepůjde. Chtěli jsme genetiku. Manžel má dědičnou nemoc, po otci polycystózu ledvin, jenže v centru nemohli přijít na gen, který nese tu nemoc. A vyjádření primáře, že IVF je u nás blbost, že doporučuje darované embryo.*

*Mám za sebou LPSK a hysteroskopii, chromopertubaci, genetiku, imunologii, hormonální profil a AMH.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo, když jsi zjistila, že máš problémy s plodností?

*Tak když jsem se to dozvěděla, tak jsem se ten den lehce složila. Cítila jsem se bezmocně. Pak jsme se svěřili do péče lékařů. Já jsem podle výsledků, jak krevních tak po operaci, měla vše v pořádku, kromě PCO. Proč se embryo nechytne nikdo neví.*

Začala jsi poté vnímat jinak vlastní tělo?

*Asi si více uvědomuju signály, které mi tělo dává.*

Čeho ses nejvíce obávala?

*Asi, že zůstaneme bez dětí.*

Jaké byly reakce tvého okolí?

*Okolí mě litovalo, ale to jsem nerada poslouchala. Řeči ve stylu: Proč zrovna ty? Ta, která má děti ráda, atd. Jsem na to alergická.*

Byl ve tvém okolí někdo, kdo ti pomohl se s diagnózou vyrovnat?

*Mám kamarádku, která podstupovala IVF a má teď dvojčátka. Ta mi hodně pomohla.*

A jak ses se ty sama snažila s tím vyrovnat?

*Variantu, že budu bez dětí, si nepřipouštím, takže všechnu svoji snahu vkládám do otěhotnění.*

Nastal u Tebe někdy moment resignace, že již nebudete mít děti?

*V prosinci to bude 5 let, co se snažíme. Já si ale variantu, že jsme bez dětí, prostě nepřipouštím.*

Přimělo tě uvědomění si skutečnosti, že již možná nebudeš moci mít děti k nějaké změně ve tvém chování?

*Asi ani ne.*

Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života? Nebo se to nijak významně neprojeвило, ale mělo to vliv na psychický stav?

*No, hodně jsem si začala uvědomovat, jak moc dítě opravdu chci. Je to pro mě alfa a omegou mít dítě. Jinou možnost si nepřipouštím.*

Existuje něco, co by ti dokázalo alespoň do určité míry pomoci nahradit chtěné děťátko?

*Dítě nejde nahradit.*

### **RESPONDENTKA 9:**

Veronika má 31 let. Měří 168 a váží 84 kg. První menstruace v 11 letech, oligomenorea 60/5-7, velmi bolestivá doprovázena průjmy a zvracením. Po nasazení HA úprava 28/5. HA 13 let. V r. 2012 operace hlasivek. V roce 2016 syndrom polycystických ovarií. V srpnu 2015 RCUI pro afetální plodové vejce. V únoru 2017 RCUI- missed abortion ve 14 tg. Miluje zvířata, především svou fenečku.

Toužila jsi vždy po tom mít dítě?

*Asi do 20 let jsem říkala, že děti mít nechci. Poté se mi narodila sestřenice a když mi ji dali do náruče, abych ji nakrmila, tak jsem si poprvé řekla, že jednou budu chtít taky, ale že zatím je čas. No, a když mi bylo 25 let, tak se to ve mně zlomilo, a dítě jsem chtěla okamžitě. Ale partner se na to zatím necítil. Já jsem jeho přání respektovala, s tím, že ale nechci být stará maminka a nejspíše ve 27 ho chci mít. S tím partner souhlasil, ale člověk miní a život mění a partner se stále ani po dalších 2 letech na to necítil a já to opět respektovala. Podotýkám, že partner je o rok a čtvrt mladší a jsme spolu od jeho 21 a mých 22 let.*

Cítila jste nějaký nátlak z okolí na to stát se matkou?

*Tlak z rodiny byl neustále, ale vždy jsem říkala, že se zatím na to necítíme. Když jsem ale oslavila své 29. narozeniny, tak už ze mě partner vycítil, že pokud už do toho nepůjdeme, tak o mě přijde a svolil.*

Toužíš po dítěti více ty nebo tvůj partner?

*Momentálně už po dítěti také hodně touží. Vždycky ale chtěl jen syna a momentálně po tom všem čím jsme si prošli říká, že ať je to co je to, hlavně ať už nějaké je (směje se) Ale je to čistě můj názor, jak to cítím a cítila jsem já. On by to možná viděl jinak. Je možné, že se to v něm tenkrát zlomilo i proto, že se mu narodil malý bratranec, kterého jsme hlídali a můj synovec a zjistil, že děti jsou super.*

Co pro tebe dítě představuje?

*Dítě pro mě představuje naplnění mé mateřské touhy, touhy mít velikou rodinu (chtěla jsem mít alespoň 4 děti). To, že můžu někomu dát svou lásku, které je v mém srdci hodně. Ale i upřímně, aby člověk na stará kolena nezůstal sám. To zní asi trochu sobecky, ale jsem člověk, který se samoty bojí.*

Po jak dlouhé době jste vyhledali (s partnerem) odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření v souvislosti s gynekologickými problémy? Popřípadě jaké?

*Odbornou pomoc jsme vyhledali po roce. Kdyby bylo na mě, tak bych ji vyhledala i dříve, ale dokud to nebyl rok, tak se se mnou o tom doktor nechtěl bavit. Nakonec jsem ho stejně vyměnila, protože jsem si vše musela zařídit sama.*

*Dělali mi UZ a podstoupila jsem dg. LPSK, kde také nic nenašli.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo, když jsi zjistila, že máš problémy s plodností?

*Ve chvíli, kdy mi řekli diagnózu, byly pocity smíšené. Na jedné straně to byla velká úleva, že víme příčinu, na straně druhé strach, jestli se s tím dá něco dělat, nebo jestli nakonec budu bez dětí.*

Začala jsi poté vnímat jinak vlastní tělo?

*Poté jsem začala své tělo vnímat více. Každé píchnutí, každé zašpinění jsem si pečlivě zapisovala a nyní již dokážu rozeznat různé signály, které mi tělo dává. Např. přesně již vím, kdy mám ovulaci a od ní si odpočítám 16 dní a mám menstruaci.*

Čeho ses nejvíce obávala?

*Nejvíce jsem se obávala, zda se někdy stanu matkou. A obavy mám doposud.*

Jaké byly reakce okolí?

*O svém problému se nestydím mluvit, a když na to kdykoli padne téma, každého to hned zaujme. Zajímavé je, že když o tom člověk mluví, tak zjistí, že dotyčná osoba má také problém, nebo zná alespoň jednoho blízkého člověka, který prožívá něco podobného.*

Byl ve tvém okolí někdo, kdo ti pomáhal se s diagnózou vyrovnat?

*Nejvíce mě od špatných myšlenek odvádí přítel. Náš vztah se tím utužil. Rodina mě nesmírně podporuje, ale občas si to neuvědomí, a řeknou nějakou věc, že si říkám, že kdyby mlčeli, udělali by lépe. Jako např. Hlavně na to nesmíš myslet. Jedna z nejhorších vět – jak na to nemám sakra myslet!*

A jak ses ty sama pokoušela vyrovnat s tímto zjištěním?

*Člověk s tím denně bojuje. Jsou dny, kdy jsem hrozně pozitivní a říkám si, že už se to blíží a my se za chvíli dočkáme, a pak jsou dny, kdy si říkám, že je vše ztraceno a nikdy mít dítě nebudu.*

Nastal u tebe někdy moment resignace, že již nebudete mít děti?

*Počít se snažíme stále. Jsou to 2 roky. Zatím stále bojujeme. Ještě jsem neměla stav, kdy bych si řekla, že končím. Takže rezignace zatím nepřichází v úvahu. Vzhledem k tomu, že mám již za sebou 2 zamlklá těhotenství a doktoři mi řekli, že jednou se to podaří, tak stále doufám. Zatím si nedokážu představit, co všechno by se muselo stát, abych si řekla, že končím. Nejspíše by mě, ale k rezignaci přiměly finance, když už bychom si to nemohli dovolit. Již nyní, pokud 2. IVF nevyjde, si budeme muset peníze půjčit. Takže pokud už bychom byli zadlužení a už by to bylo finančně neúnosné, asi bychom byli nuceni to vzdát.*

Primělo tě uvědomění si skutečnosti, že již možná nebudeš moci mít děti k nějaké změně ve tvém chování?

*Primělo mě to ke změně životního stylu, začala jsem se více hýbat.*

Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života? Nebo se to nijak významně neproje-  
vilo, ale mělo to vliv na psychický stav?

*Začala jsem se zajímat o bylinky a dokonce jsem se spojila i s léčitelkou. Vzhledem k tomu,  
že jsem milovala studium fyziky a léčitelům jsem nevěřila, tak touha po dítěti mé uvažování  
naprosto obrátila.*

Existuje něco, co by ti dokázalo alespoň do určité míry pomoci nahradit chtěné děťátko?

*V tuto chvíli si možnost nemít dítě nepřipouštím, ale pokud by tato situace nastala, nejspíš  
bych si pořídila dalšího pejska. Nebo i více.*

### **RESPONDENTKA 10:**

Respondentka má 36 let. Měří 158 cm a váží 90 kg. Přibrala po tom, co přestala kouřit (ze  
70 kg). První menstruace ve 13 letech, velmi nepravidelná. Diagnostikován syndrom poly-  
cystických ovarií. Onemocnění štítné žlázy, th: Letrox 50mg. V prosinci 2014 RCUI po  
missed abortion. Její záliba je muzika, má ráda děti. Ráda jezdí na výlety a cestuje. Vystu-  
dovala vysokou školu v oboru pečovatelské služby. Nyní nepracuje.

Jaké byly tvoje motivy k mateřství?

*Odmala jsem chtěla děti. Mít komu předat lásku. Být milující matkou.*

Toužila jsi vždy po tom mít dítě?

*Ano, toužila jsem po tom být mladá maminka. Chtěla jsem mít 1. miminko ve 20 letech, ale  
bohužel to nevyšlo.*

Chtěla jsi děti více ty nebo tvůj partner?

*Dosavadní partner děti nemá, ale moc si je přeje stejně jako já.*

Cítila jste nějaký nátlak z okolí k tomu stát se matkou?

*Nátlak ani ne. Spíš bych řekla, že okolí čeká, kdy se nám zadaří, hlavně tedy rodiče z part-  
nerovy strany, respektive jeho mamka.*

Takže máte v manželově rodině oporu?

*Manželovu maminku mám jako vlastní. Víte, moje maminka se léčí s psychiatrickým one-  
mocněním. (odmlka) Moji rodiče se rozvedli, když mi bylo 14. A já a moje 2 sestry jsme  
byly tehdy svěřeny do péče staršímu bratrovi. Tatínek bydlel XY a když mi bylo 18, tak ze-  
mřel na infarkt. V jeho rodičích mám to, po čem jsem vždy toužila – normální rodiče.*

To je mi moc líto. Mohu se zeptat, s čím se léčí tvoje maminka?

*Prý schizofrenie. Léčí se s tím i moje sestra.*

Co pro tebe představovalo dítě?

*Dítě pro nás představuje plnohodnotnou rodinu.*

Po jak dlouhé době jste vyhledali odbornou pomoc? Podstoupili jste nějaké vyšetření? Popřípadě jaké?

*Snažíme se už přes 4 roky. V roce 2014 jsem byla na kyretáži, protože se miminko přestalo vyvíjet v 6+3 TT. Od roku 2015 docházíme do centra asistované reprodukce.*

*Odebrali nám krev, udělali ultrazvuk. Zjistili mi polycystická ovaria. Partner má spermio-gram v normálu. Tedy nám nedoporučili nic jen styk pomocí načasování. To bylo bez úspěchu, po čase jsme šli na IUI a taky nic. Rozhodli jsme se pro IVF a to bylo s obtížemi. Měla jsem hyperstimulační syndrom, takže jsme museli nechat embryjka zamrazit. A na první KET jsme šli až později. Pak byly různé pauzy, a po 2. jsme šli po novém roce. Poslední IVF proběhlo teď na začátku března. Jinak v únoru jsem byl na hysteroskopii a vše mám naprosto v pořádku. Občas trpím na cysty. Řekla bych, že u nás žádný závažný problém není, jen tak ovulace a nepravidelná menstruace.*

Jaké emoce v tobě vyvolalo zjištění, že jsi neplodná?

*Víš, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela. Až právě do té doby, než jsme šli poprvé do centra asistované reprodukce, jsem si uvědomila, že miminko tak snadno mít nebudeme.*

Vnímala jsi potom jinak vlastní tělo?

*Své tělo vnímám pořád stejně. Akorát jsem se bála, že mi třeba zjistí, že nebudu moct mít nikdy děti.*

Jaké byly reakce okolí?

*Ví to jen má nejbližší rodina a ta se mě snaží podporovat.*

Byl ve tvém okolí někdo, kdo ti pomáhal se s diagnózou vyrovnat?

*V okolí mi v tomhle ohledu nikdo nepomáhá. Nejvíc mi je oporou přítel.*

Jak ses ty sama vyrovnávala se zjištěním neplodnosti?

*S postupem času, s každým dalším neúspěchem je to pro mě těžší a těžší. Jsem na tom psychicky zle, někdy je to lepší, ale jindy zase upadnu do úzkosti, že jsem neschopná a obviňuji sebe samu za to, že nám to nejde.*

Nastal u tebe někdy moment resignace?

*Asi před prvním KETem, když se u mě zjistil hyperstimulační syndrom. Cítila jsem se hrozně a v tu chvíli jsem si sama pro sebe říkala, že na to dál už nemám. Opravdu jsem se v tu chvíli vzdala a myslela jsem, že to už dál nepůjde.*

Přimělo tě uvědomění si skutečnosti, že nabytí potomka není samozřejmostí k nějaké změně ve tvém chování, v životním stylu? Pocítila jsi nějaké změny ve vnímání smyslu života?

*Neovlivnilo mě to výrazně v ničem. Změny jsem asi nepocítila žádné. Když se necítím dobře, vždy se odreaguju u muziky. Ale teď pomáhám sestře s prckem. Má měsíční holčičku, takže je to pro mě strašně hezký pocit, že s ní můžu být v kontaktu. Byla jsem i u porodu, takže ty emoce, co jsem prožila byly neskutečný a k té malé mám teď hodně blízko. To mi teď hodně pomáhá a je mi lépe.*

Myslíš si, že existuje něco, co by ti do nějaké míry dokázalo kompenzovat, že nemáš děťátko?

*Už jsem nad tím přemýšlela, že pokud by to nešlo ještě nějakou dobu, tak bych asi chtěla i cizí dítě. Alespoň budeme moci dát lásku nějakému dítěti, když už bychom nemohli mít vlastní. Dlouhou dobu jsem si říkala, že neexistuje, abychom si třeba adoptovali cizí dítě, že chci jen svoje. Ale teď poslední dobou jsem o tom začala uvažovat, akorát příteli jsem o té myšlence zatím neřekla.*



## 8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 8.1 Anamnéza

Rozhovor s respondentkami byl zahájen získáním anamnestických údajů. Ptala jsem se na věk, výšku a váhu respondentky. Zda má nějaké alergie. Jestli trpí nějakým onemocněním, popřípadě jaká je léčba. Dále nejvyšší dosažené vzdělání žen a současné povolání. Čemu se rády věnují, co je baví.

Všechny respondentky se nacházejí ve věku nad 30 let. Tento věk lze považovat jako jeden z rizikových faktorů. První známkou reprodukčního stárnutí, které nemusí být doprovázeno relevantními příznaky, je snížení plodnosti. Plodnost se výrazně snižuje uplynutím 37. roku života (Marděšič, 2013, s. 14).

První menstruace nastupuje v průměru v naší populaci ve věku 12,5 let, za fyziologické rozmezí se považuje interval od 10 do 15 let. Čtyři respondentky měly nástup menarche ve 14 letech, tři respondentky ve 13. letech, dvě respondentky v 11. letech a jedna respondentka v 10 letech. Tudiž všechny respondentky měly nástup menstruace ve fyziologickém rozmezí (Hořejší, 2008, s. 97 - 98).

Dvě z respondentek se neléčí s ničím.

Tři respondentky mají diagnostikovány PCO. Ženy s PCO mohou trpět nepravidelnou menstruací, či poruchami ovulace, později se může projevit i rezistence na insulin. PCO bývá velmi často spojováno s nadváhou nebo obezitou. Ženám, které trpí nadváhou a chtějí otěhotnět, bývá doporučována léčba redukcí hmotnosti. Pokud ani poté není ovulace, lze postupovat medikamentózní léčbou. U těchto žen jsem spočítala BMI dle vzorce: tělesná hmotnost v kilogramech to celé děleno výškou v metrech. U 2 respondentek mi dle kategorií dle BMI vyšla obezita I. stupně (BMI nad 30 - 34,99). Jedna z těchto respondentek přibrala po thyreodektomii, do té doby byla váha v normě. U poslední respondentky obezita II. stupně (BMI nad 35,0 - 39,99).

Tři respondentky trpí onemocněním štítné žlázy, což je opět jeden z rizikových faktorů neplodnosti. Je způsobena sekundární dysfunkcí ovaríí, které jsou řízeny nadřazenými centry CNS. Většina endokrinních poruch je zajišťována endokrinologií (Ventruha, 2008, s. 151).

U 5 žen se jedná o primární neplodnost. Pouze u jedné z dotazovaných žen se jednalo o sekundární neplodnost. U 4 zbývajících se jedná o kombinaci primární neplodnosti a potráčivosti.

Vysokoškolské vzdělání bylo dosaženo u 5 žen. Středoškolské vzdělání s maturitou mají 3 respondentky. Dvě respondentky jsou vyučeny. V současnosti se míra vzdělání považuje jako jeden z faktorů pro úspěšné nalezení pracovního místa a patřičného finančního ohodnocení. Z toho důvodu mohou ženy odkládat mateřství do pozdější doby.

## 8.2 Motivy k mateřství

Tři respondentky uvedly, že jako motiv k mateřství byla touha stát se matkou. Pět respondentek vypovědělo, že dítě by jim poskytlo pocit naplnění. Jedna z respondentek uvedla jako motiv nedostatek času na možné mateřství kvůli blížící se léčbě radiojódem. Jedna z respondentek, podotýkám, že jediná z respondentek, která už jedno vlastní dítě má, že touží po společném potomkovi s nynějším partnerem, avšak také zmínila touhu stát se matkou.

Na otázku, zda ženy vždy toužily po dítěti, odpovídalo nejvíce participantek (6), že po dítěti toužily vždy. Tři ženy vypověděly, že počítaly s možností mít potomka v budoucnosti. Jedna respondentka vypověděla, že u ní nastala touha po dítěti při narození miminka do blízké rodiny, popisuje to slovy: že se v ní něco zlomilo.

Otázka zda-li žena pocítovala nějaký tlak z okolí na to stát se matkou nebyla položena jedné respondentce z toho důvodu, že již matkou je. Dvě respondentky odpověděly, že nepocítily žádný nátlak. Další tři, že pocítily nepřímý nátlak, nebo v malé míře anebo, že to od nich okolí očekávalo. Dvě respondentky řekly, že začaly pocítovat tlak v určitém věku. Dvě z respondentek řekly, že tlak z okolí pocítovaly, především od rodiny.

Na otázku jestli po dítěti toužila více ona či partner, odpovídaly všechny stejně, že po dítěti toužili oba, ve dvou případech uvedly, že možná o něco více toužili ony, a shodný počet, že možná touha po dítěti je silnější od partnera.

Respondentky ve většině případů uvedly, že pro ně dítě představuje: štěstí, lásku, dar, náplň života, či dar, nebo naplnění mateřské touhy, udržení rodu. Některé respondentky (3) také uvedly, že pro ně dítě představuje také změnu, zodpovědnost nebo také pocit, že nezůstane sama.

### 8.3 Zjištění neplodnosti pacientkou

#### Vyhledání odborné pomoci

Na otázku po jak dlouhé době ženy vyhledaly odbornou pomoc, myšleno pomoc gynekologa či navštívení centra asistované reprodukce ženy ve čtyřech případech vyhledaly pomoc ihned po uplynutí jednoho roku, další dvě respondentky po roce a půl, po dvou letech vyhledaly odbornou pomoc dvě respondentky. Dvě respondentky vyhledaly odbornou pomoc ihned, jelikož již věděly, že budou mít problém s početí. V obou případech měly pacientky diagnostikovány PCO a s tím spojenou anovulaci.

#### Podstoupená vyšetření párem

Ženy podstoupily v 5 případech laparoskopické vyšetření, pouze ve 2 případech zůstala laparoskopie pouze diagnostická, ve druhé případě byla zjištěna neprůchodnost vejcovodů, které byly následně odstraněny z důvodu jejich neprůchodnosti. Pro tuto klientku se avšak uzavírá možnost na přirozené otěhotnění a je nucena volit metody asistované reprodukce. Ve třetím případě byly odstraněny srůsty po operaci slepého střeva a byla objevena endometriální ložiska a provedeno jejich odstranění. Laparoskopie, která představuje tzv. zlatý standart v diagnostice tuboperitoneálního faktoru neplodnosti a je důležitá v dalším rozhodování při léčbě. Může nám pomoci odhalit endometriózu, polycystické vaječníky, myomy. (Marděšič, 2013, s. 30 - 31).

U všech respondentek bylo provedeno základní vyšetření krve a dále ultrazvukové vyšetření. Jen dvě klientky měly stanovenou hladinu AMH, která vypovídá o ovariální rezervě, kterou měla žena nízkou. Může to být dáno tím, že toto vyšetření není propláceno zdravotní pojišťovnou a je tedy nutné za něj zaplatit. Cena vyšetření není jednotná, v průměru se platí okolo 700 korun.

Další tři respondentky podstoupily hysteroskopii (hysterohydrosalpingografii), která byla v pořádku. Hysteroskopie zaznamenává rozvoj díky minimalizaci optiky, která dovoluje tento úkon vykonávat i v lokální anestezii či bez anestezie. Jen jedna žena podstoupila kombinaci LPSK a hysteroskopie.

V sedmi případech byl u partnera proveden spermioqram, ve dvou z těchto případů nebyl spermioqram v pořádku, v první případě zjištěna špatná morfologie spermií a ve druhém respondentka vypověděla, že „byl špatnej“. Provedení spermioqramu by mělo být jedno

z prvních vyšetření, které je vhodné udělat. Jedná se o nejdůležitější faktor z hlediska neplodnosti, rozhodující je dostatečný počet a dobrá oplozovací schopnost spermií.

U třech klientek byla diagnostikována PCO. Dvě respondentky již tuto diagnózu věděly dříve a u jedné byla stanovena během návštěv centra asistované reprodukce.

### **Emoce při zjištění diagnózy neplodnosti respondentkou**

Na otázku emocí pro zjištění emocí odpovídaly ženy, že měly pocit méněcennosti, nespravedlnosti, zklamání, vyvolalo to v nich obavy, smutek, některé byly naštvané a cítily zlost, bezmoc a strach. Jedna z respondentek také uvedla, že měla pocit úlevy, že je zjištěna příčina. Emoce, které ženy uváděly, byly negativní, což se dalo očekávat, jelikož respondentky měly kladný vztah k mateřství a po dítěti z různých důvodů toužily. Z odpovědí také vyplynulo, že zjištění neplodnosti bylo pro dané respondentky zdrojem frustrací.

### **Vnímání vlastního těla po zjištění diagnózy respondentkou**

Tři respondentky vypověděly, že si neuvědomují, že by se vnímání jejich těla nějak změnilo. Jedna z nich zmínila, že měla strach, že bude úplně neplodná. Další tři respondentky udávaly, že více začaly vnímat signály, které jim jejich tělo dává, jako je probíhání ovulace a podobně. Dvě respondentky řekly, že začaly více o své tělo pečovat, potažmo o zdraví svého těla. Pouze dvě respondentky uvedly, že po zjištění neplodnosti neměly své tělo rády, měly pocit nespravedlnosti a špatně vnímaly i probíhající menstruaci, kterou jedna z nich popisuje jako prohru mysli nad tělem.

### **Největší obavy**

V 9 případech ženy uvedly, že největší obavy měly z možného neúspěchu (5) anebo z toho, že nebudou mít žádnou šanci na početí (4). Dvě z těchto respondentek uvedly ještě další obavu. Jedna z nich měla obavy zda IVF zvládnou finančně. Což je zcela pochopitelné, jelikož IVF je poměrně finančně náročné, speciálně pokud je žena samoplátce. Další úskalí nastává, zvláště pokud žena podstupuje více cyklů. Tím investovaná finanční částka narůstá. Dále je možnost si zaplatit další speciální laboratorní metody, např. ICSI, PISCI, atp. Samoplátce stojí základní IVF cyklus cca 25 000 korun s různými doplňky s tím spojenými, hormonální stimulací, však tato částka může být mnohem vyšší. Tato částka se může v jednotlivých centrech lišit. Páry by si měly před zahájení léčby stanovit finanční limit, který do léčby investují. Další obavou byl strach z opuštění manželem. Jen jedna

z respondentek uvedla jiné obavy a to, že měla strach z reakce okolí. To může vypovídat o tom, jak společnost staví bezdětné ženy do nepříznivé situace.

### **Reakce okolí**

Větší část žen, celkem 7 respondentek uvedlo, že je jejich okolí podporuje, a to zejména psychicky nebo i finančně. Reakce okolí, většinou byly, že byli zaskočení, pocítovali lítost. Některé z nich to řekli rodině a blízkým přátelům a některé pouze rodině. Dvě respondentky uvádí, že jim nevadí se o tom bavit veřejně. Okolí s ní obvykle začne sdílet podobné zkušenosti, buďto vlastní nebo jejich známých. Schopnost sdělovat a sdílet může pomoci ulehčit situaci. Jedna z žen uvádí, že po sdělení svého problému jí okolí litovalo, a to nerada slyšela. Jedna respondentka neřekla o své neplodnosti nikomu, z odpovědi bylo patrné, že se bojí odsouzení společností.

### **Podpora okolí**

Největší oporou ve zvládnání dané situace byl pro ženy jejich partner, a to v 7 případech. Dále tři respondentky uvádí podporu rodiny. Čtyři ženy uvedly, že jim velmi pomohly ženy, které měly podobnou zkušenost, a to buďto skrze internet či osobní kontakt. Lépe je dokázaly pochopit a vcítit se do nich.

### **Vyrovnaní se s danou situací respondentkou**

Šest žen uvedlo, že se s tím nevyrovnały a bylo to pro ně velmi těžké období. I když se snažily, nenašly způsob, který by jim umožnil oprostít se myšlenkami od svého problému. Některé popisují, že se u nich střídají období pozitivity a negativity. Pouze jedna respondentka se vyjádřila, že to nesla celkem dobře a nijak moc to neřešila. Tři respondentky se snažily myšlenky na neplodnost potlačit, dvě z nich se více věnovaly svému zaměstnání, i tak uvádí, že i když byly velmi zaneprázdněné, myšlenky k jejich problému stále unikaly. Jedna si variantu, že nebude mít dítě, zkrátka nepřipouští.

## **8.4 Změny ve smyslu života a moment rezignace**

Na otázku jestli nastal moment rezignace ženy, v 6 případech uvedly moment, kdy u nich nastal moment resignace. Zbylé respondentky, u kterých moment rezignace neproběhl, řekly, že by je k resignaci pravděpodobně přivedlo vyčerpání všech možností IVF. Tato odpověď je do jisté míry zavádějící, jelikož IVF nabízí nepřeberné množství léčby. Z toho

důvodu si myslím, že by pro klientky bylo vhodné stanovit si hranici léčby, ať to časovou nebo finanční.

Respondentky, které uvedly moment resignace se i přesto po nějaké době vrátily opět k léčbě, z čeho lze vyvodit, že se pro ženy jedná o situaci, s kterou je velmi obtížné se smířit nebo dokonce nemožné. Na rozdíl od různých lineárních modelů, např. Kübller-Rossové, nemá neplodnost konečnou fázi a to smíření se s nemocí.

Podle mě stojí za zmínku uvést moment resignace, který u daných respondentek nastával v momentě selhání léčby, kdy daný moment nastal a jaká je v současné době situace ohledně léčby. Musím říci, že moment resignace nastával vždy v době neúspěchu otěhotnění. Lze předpokládat, že ženy měly v té době vysoké očekávání a naději, že otěhotní, jelikož ve všech případech uvedly moment resignace po neúspěchu IVF, v 5 případech po dokončeném, neúspěšném IVF a v jednom případě kvůli hyperstimulačnímu syndromu, což vedlo k přerušení IVF.

Tabulka 3: Moment resignace

Moment resignace	Současný stav
Po 2. IVF	3x IVF
Po 2. IUI	6x IUI, 2x IVF
Po 1. IVF	2x IUI, 1x IVF
Po 1. IVF	5x IUI, 2x IVF
Po 2. IVF	2x IVF
Před 1. KET	1x IUI, 1x IVF

Z tabulky č. 3 lze poznat, že i přesto, že ženy uvedly moment resignace, jednalo se obvykle o přechodný stav a obvykle se po uplynutí nějaké doby vrací opět k léčbě. Na toto by byl zajímavý výzkum: Zjistit jestli existuje určitý časový interval, který je od doby resignace do znovuobnovení účelné snahy o dítě.

Na otázku jestli ženy nějak změnily své chování, nebo se pro ně nějak změnilo vnímání smyslu života po zjištění problému s plodností, čtyři ženy odpověděly, že se snažily změnit svůj životní styl ve zdravější. V praxi to pro ně znamenalo, že začaly zdravěji jíst, více sportovat nebo snaha jedné z respondentek přestat kouřit. Bohužel tato snaha byla prozatím

marná. Respondentka vypovídá, že je pro ni velmi těžké přestat kouřit kvůli psychickému vypětí. Pouze jedna respondentka jednoznačně vypověděla, že se u ní nic nezměnilo. Další čtyři respondentky odpověděly, že si poté uvědomily, jak moc je pro ně dítě důležité a jedna respondentka si uvědomila, jak je pro ni důležité mít oporu ve svém partnerovi. Dvě respondentky vypověděly, že jim tato situace přinesla odolnost vůči okolí a větší cílevědomost. Jedna respondentka vypověděla, že je klidnější a neřeší malichernosti, zároveň se naučila vážit věcí, které má.

Jedna z respondentek vypovídá, že jí touha po dítěti obrátila uvažování. Žena byla dříve velmi racionálně založena, milovala studium fyziky, ale touha po dítěti ji přivedla k přírodní léčbě pomocí různých bylinek (které předtím neuznávala) a jak sama řekla: dokonce navštívila léčitelku.

Tři respondentky, uvedly, že se daná situace výrazně projevila na jejich psychickém stavu, a to neustálými obavami ze selhání, pocity nespravedlnosti, podráždění při neúspěchu, nebo také při zjištění úspěchu ve svém okolí. Jedna respondentka uvádí, že má snahu sdílet radosti se svým okolím ohledně těhotenství a dětí, ale nejde jí to.

U poslední otázky jsem dlouho váhala, zvažovala jaké formulace použít a zda se doopravdy ptát. Nakonec jsem se tedy rozhodla, že danou otázku zařadím, ale obavy a pocity, které jsem měla vždy před položením této otázky, byly velmi zvláštní. Tak tedy k otázce, zda si žena myslí, že jestli existuje něco, co by jí do nějaké míry dokázalo kompenzovat děťátko?

Celá polovina žen uvedla, že by danou situaci dokázaly kompenzovat péčí o nějaké zvířátko, v převážné většině uváděli péči o pejska. To si lze spojit s potřebou někomu lásku dávat, pečovat o někoho a samozřejmě lásku i dostávat nazpět.

Tři ženy zvažovaly buďto adopci, pěstounskou péči nebo práci jako dobrovolnice v dětském domově. Většina párů uvažuje o formě náhradní rodinné péče. Takovou volbu obvykle provází obavy. Rozhodování je o to složitější, neboť se jedná o záležitost celého páru, proto je důležité, aby se oba v páru shodli.

Pouze jedna respondentka uvedla, že sportem, který jí pomáhá odreagovat se od špatných myšlenek.

Dvě ženy vypověděly, že dítě nelze ničím a nijak nahradit. Může to vypovídat o silném přesvědčení žen v otěhotnění a porození potomka. Nebo se může jednat o silné popření situace a nepřipouštění si jiných možností než má žena stanovené.

## DISKUZE

Během práce s daty jsem si uvědomovala možného zkreslení vlivem redukce dat. Také jsem objevila tendence vnímat události jako strukturovanější a ucelenější než možná ve skutečnosti jsou. Metoda rozhovoru je interaktivní metoda, ve které výzkumník aktivně zasahuje do situace, a tak vždy nezáměrně ovlivňuje množství a charakter informací, které mu respondent sděluje. Dále si uvědomuji, že metoda samovýběru výzkumného vzorku může do jisté míry zkreslit situaci, jelikož odpovídaly ženy, které byly ochotny se mnou o dané situaci hovořit.

Výsledky budu srovnávat s pracemi českých a také zahraničních autorů. Problém srovnání se zahraničními autory, je ten, že vnímání a prožívání neplodnosti souvisí i s postoji společnosti k neplodným párům. Nelze proto jednoduše převést výsledky zahraničních autorů na českou populaci (Ďurášková, Sobotková, Hampl a Viktorová, 2016, s. 49).

Neplodnost bývá zařazována mezi jednu z nejbolestivějších životních zkušeností a to i v porovnání se ztrátou osoby blízké. Neplodnost představuje velkou psychickou zátěž a pro mnohé také životní krizi. Ženy mohou zažívat pocity viny a hněvu. Přestože může být diagnostikována neplodnost jen jednomu z páru, postižení jsou oba. Následkem neplodnosti u páru může vznikat řada psychosociálních reakcí, které mají vliv na všechny aspekty života (Katona, 2015, s. 90).

Mezi nejčastější psychopatologické projevy u žen s neplodností jsou deprese a úzkost. Norbala (2007, s. 8) poukazuje na důležitost spolupráce gynekologů a psychologů během léčby neplodnosti. Přičemž by se léčba měla soustředit na snižování pocitů viny ohledně minulosti a to především sexuální minulost, prodělané interrupce nebo STD. Dále také odbourávání sociální izolace a pocity osamělosti.

Velká většina žen uváděla, že největší podporou pro ně byl jejich partner. V práci Santerové (2011, s. 62), ženy oceňovaly i pasivní formu pomoci jako sdílení nasloucháním. Vnímání partnera jako podpory může být dáno tím, že ženy mají sklony k depresivním projevům, naopak muži mají vyšší odolnost k rozvoji psychosomatických projevů, i přestože jsou vystaveni úzkosti. Z tohoto důvodu mohou být muži oporou pro svou partnerku (Katona, 2015, s. 91).

Dále také Hrubčová (2014, s. 62) uvádí ve své práci, že sestry pracující na klinikách reprodukční medicíny mají sklon vidět pouze negativní vliv na vztah. Pohlíží na celou tuto udá-



lost více skepticky než pacientky, které ve více jak polovině případů uvádí, že neplodnost upevnila jejich vztah a zlepšila komunikaci. Všechny sestry uvedly jako pomoc pro ženy psychologickou poradnu, a z nich 76% uvedlo, že by psychologická poradna měla být součástí centra reprodukční medicíny. Avšak jen 42% žen v její práci hodnotilo psychologickou poradnu kladně. Toto může vypovídat o tom, že sestry jako kvalifikované osoby vědí, jak je důležitá i psychická pohoda pacientky. Naproti tomu u žen si lze jejich skeptičnost vůči psychologickým poradnám vyložit z neuvědomění si rozdílu mezi psychologickou péčí a psychiatrickou, a s tím související obavy jakéhosi „zaštitkování“. Nutno podotknout, že psychiatrická onemocnění jsou stejná jako kterákoliv jiná nemoc, kterou člověk nemůže ovlivnit a vyžaduje si svou léčbu. Na člověka trpící astmatem nebo cukrovkou nehledíme mezi prsty. Nevidím jediný důvod, proč bychom toto měli dělat lidem, kteří trpí psychiatrickým onemocněním, což se bohužel i v dnešní době stále děje.

Polok (2016, s. 68) ve své práci uvádí, že ženy během své léčby bolestivě vnímají své vztahy a cítily vůči nim nenávisť, i když se těmito pocitem snažily bránit, což se také z části potvrdilo, avšak některé respondentky uvádějí, že toto období bylo pouze přechodné. Jedna z respondentek se fixovala na dítě své sestry a uvádí, že ji pomoc sestře naplňuje.

Stejně jako je tomu ve výzkumu u Santerové (2011, s. 62), i zde ženy vnímaly sociální izolaci, do které se dostaly během své snahy o potomka. O pocitech sociální izolace se zmiňuje i další studie od Toscano a Montgomery (2009), kde se uvádí, že pocity sociální izolace více vykazovaly ženy než muži.

Podle studie Kahlor a Mackert (2008) ženy upřednostňují internetové skupiny před lokálními spolky nebo před pomocí sester. Může to být dáno tím, že ženy upřednostňují pomoc z pohodlí domova, a také internetové skupiny mohou být větší a různorodější než jejich lokální. Ženy využívající internet se cítily více podporované než v realitě.

Moment rezignace, pokud proběhl, tak následoval po neúspěšném IVF cyklu. Ve výzkumu Slepíckové (2011, s. 87) ženy uváděly, že období po zavedení embrya a nutnosti čekání na výsledek byl nesmírně stresující. Po celou dobu čekání na výsledek ženy měly vysoké očekávání a naděje na pozitivní výsledek. Také uváděly, že vnímaly všechny symptomy, které by mohly naznačovat těhotenství. Z těchto velmi vysokých nadějí poté zjistí, že jejich očekávání a naděje byla marná. Pravděpodobně z toho důvodu často přicházela rezignace na další snahy, avšak ne vždy se jednalo o konec léčby. Obvykle se respondentky po uplynutí určité doby opět vrátily k léčbě.

Ženy často jako způsob určitého vykompenzování bezdětnosti uváděly péči o nějaké zvířátko, ve většině případů se jednalo o psy. Zvířata mohou snižovat pocity úzkosti, tak i aktivaci sympatického nervového systému a poskytnout příjemné rozptýlení, posilují pocit bezpečí a poskytují uklidňující kontakt. Mohou lidem pomoci se vyrovnat se samotou a depresi tím, že jim poskytují společnost, zvyšují zajímavost a variabilitu životního stylu, jsou také subjektem, o který je možné pečovat. Bylo zjištěno, že interakce se zvířaty měly takový účinek, že se osoby cítily šťastnější, pozornější a méně osamocené, zvířata je stimulovala k dotykům, hovoru a úsměvům. Majitelé zvířat měli více tělesného pohybu a byli spokojenější se svým společenským, tělesným a emočním statutem. Majitelé zvířat nahlíželi na svá zvířata jako na členy rodiny. Na úlohu, kterou v tomto ohledu zvířata sehrávají, se nahlíží jako na jejich schopnost mít pozitivní vliv na psychosociální rizikové faktory (Odendaal, 2007, s. 75-77).

Doporučení pro praxi:

Je zcela běžné, že se v dnešní době děti na základních a středních školách učí o metodách plánovaného rodičovství, avšak převážně jsou tyto přednášky orientovány spíše na metody antikoncepcí. Proto bych pro praxi doporučila v těchto přednáškách neopomenout vhodnou dobu na mateřství, vzhledem k tomu, že věk ženy je jedním z prognostických faktorů plodnosti.

Dále bych chtěla všechny upozornit, nevyvíjejme na ženy nepříjemný nátlak s ohledem na jejich bezdětnost. Ženy z mnoha důvodů děti mít nemohou, nebo děti mít nechtějí. Ženy nedobrovolně bezdětné procházejí velmi obtížnou životní situací a otázky okolo dětí je mohou velmi zraňovat. Ovšemže člověk mnohdy vůbec netuší, že ženy daný problém mají. To je dáno také tím, že některé ženy nechtějí své zkušenosti s neplodností sdělovat právě ze strachu z odsouzení společností. Poznámky typu: Buďte rádi, že děti nemáte, jsou s nimi jen starosti. Jsou naprosto nemístné.

Jak se v takové situaci zachovat? Naslouchejte ženám, pokud budou chtít, své pocity vám sdělí. Nemusíte jim na oplátku rozdávat žádné rady. Stačí, když budete pozorně naslouchat a ukážete jim, že vám na nich záleží. Nesnažte se ženy ukonejšit větami typu: „Pokud se to má stát tak se to stane.“ „Prostě se přestaň stresovat a ono se to stane.“ „Máš dvě děti, není to už dost.“ Tohle ženám opravdu nepomůže, ne-li naopak. Pokud máte nějakou obdobnou zkušenost, můžete ji se ženou sdílet.

Celá tato záležitost ve snaze o početí má své cíle, nutno podotknout, že žádný z nich není méněcenný a to: vlastní dítě, náhradní rodinná péče a bezdětnost. Přijetí posledních dvou možností si vyžaduje především svůj čas (Konečná, 2009, s. 35).

Závěrem bych snad jen chtěla říct, že: I bez dítěte může být život plnohodnotný, záleží to jen a pouze na nás, jaký bude náš život. Nebuďme oběťmi, buďme tvůrci svého osudu. Soustředme se na pozitivní věci, které se nám v životě dějí, a buďme za ně vděční.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, části teoretické, která je rozčleněna do čtyř kapitol a části praktické, kde je formulována problematika, cíle výzkumu, zpracování, sběr dat, následná analýza a vyhodnocení.

V první kapitole teoretické části je uvedena současná definice neplodnosti dle mezinárodní zdravotnické organizace. Neplodnost je chápána jako nemoc, která je diagnostikována páru a dá se léčit. Není však nemocí v klasickém slova smyslu, jedná se o absenci žádoucího početí. Dále je uvedeno základní rozdělení neplodnosti na primární a sekundární neplodnost, a je uveden další pojem související s neplodností a to potrácivost. Je zmíněna prevalence neplodnosti v populaci. V neposlední řadě jsou zmíněny příčiny neplodnosti a jejich diagnostika a to jak u muže tak i ženy. Přestože se bakalářská práce více zajímá o ženskou problematiku, přišlo mi jako vhodné uvést i příčiny a diagnostiku muže, jelikož se jedná o nemoc, která postihuje celý pár. I když jsou v práci uvedené jednotlivé příčiny, v praxi se většinou jedná o kombinaci různých příčin.

Další kapitola se zabývala možnostmi léčby. Jsou zde uvedeny základní metody léčby reprodukční medicíny, léčba anovulace a rovněž jsou také zařazeny alternativní metody léčby neplodnosti jako je homeopatie, čínská medicína nebo cvičení Ludmily Mojžíšové.

Třetí kapitola byla věnována nedobrovolné bezdětnosti, a jaké může mít tento stav dopady na psychiku ženy. Většina žen bere právo na to mít potomka jako jednu z největších životních jistot. Většina mladých dívek, i přestože odkládají mateřství, mají plány k početí rodiny a berou mateřství jako samozřejmou součást životního plánu. Z pohledu psychosociálního je bezdětnost stále vnímána negativně a je obvykle ze strany okolí nepochopená.

Již samotné zjištění, že nabytí potomka pro nás nebude samozřejmostí a je potřeba vynaložit neočekávané úsilí může mít dopady na zpochybnění vlastní identity, kontroly nad svým tělem a životem. Skrytá ztráta, to je to, co mohou ženy zažívat při neplodnosti. Hodně lidí zažije během života ztrátu blízké osoby nebo se potýkají s diagnózou chronického onemocnění. Avšak ztráty, které jsou během neplodnosti, nejsou viditelné, lze je označit jako skryté a jsou také déle trvající. Reakce při zjištění neplodnosti se mohou projevit šokem, depresí, zármutkem strachem či frustrací, anebo také pociťují ztrátu kontroly nad svým osudem.

Poslední kapitola teoretické části je věnována metodám zvládnání stresových situací nebo-li copingu. Z předchozích kapitol bezesporu víme, že neplodnost je velmi stresující životní událost. V této kapitole jsou uvedeny strategie pro zvládnání krizí v běžném životě.

Praktická část se skládá z formulace problému, stanovení cílů práce. Hlavním cílem práce bylo rozšířit poznání v prožívání ženy při zjištění neplodnosti, a jaký má tento stav na psychiku ženy, včetně možných změn ve smyslu života. K hlavnímu cíli byly vystaveny 4 dílčí cíle. Dále je uvedena organizace průzkumu, metoda výběru výzkumného vzorku a jeho charakteristika, poté metoda sběru dat, která byla provedena polostrukturovaným rozhovorem a samotná získaná data subjektivního vnímání žen při zjištění neplodnosti, která jsou následně analyzována a interpretována. Prožívání neplodnosti je pro ženy velmi stresující a náročná záležitost. Ženy často měly pocit méněcennosti, nespravedlnosti, zklamání, vyvolalo to v nich obavy, smutek, některé byly našťvané a cítily zlost, bezmoc a strach. Vzhledem ke stresujícím okolnostem, čímž neplodnost a její léčba dozajista je. Ženám by měla být nabídnuta patřičná psychologická pomoc.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BALEN, Adam H. *Infertility in Practice, Fourth Edition*. 4th ed. Hoboken: Taylor and Francis, 2013. ISBN 978-184-1848-501.
- [2] BAYER, Steven R., Michael M. ALPER a Alan S. PENZIAS. *The Boston IVF handbook of infertility: a practical guide for practitioners who care for infertile couples*. 3rd ed. New York: Informa Healthcare, 2011. ISBN 978-184-1848-105.
- [3] ČEHOVSKÝ, J. Homeopatie a zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*. 2012, č. 18. s. 22, ISSN 1805-2355.
- [4] DESJARDINS-SIMON, Joëlle. *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Přeložil Kateřina BODNÁROVÁ, přeložil Petra VOLDÁNOVÁ. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 9788026208211.
- [5] FREUNDL, Günter. *Chceme mít miminko*. 1.vyd. Praha: Vašut, 2008. ISBN 978-80-7236-603-3
- [6] HOŘEJŠÍ, Jan. Dětská gynekologie. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., doplněné a přepracované. Praha: Galén, 2008, s. 93-107. ISBN 978-80-7262-501-7.
- [7] HRUBČOVÁ, Jana. *Neplodnost a její vliv na psychiku ženy*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2014, 72 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/28017>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Filová, Andrea.
- [8] JEBRAEILI, Hashem, Javad HASHEMI a Alieh NAZEMI. A comparative study of resilience, meta-emotional beliefs, and psychological well-being in fertile and infertile women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2016 Sep-Oct; 18(5): 259-64.
- [9] KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. 2. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-591-8.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 198s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
- [11] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- [12] LYTTLETON, Jane. *Treatment of infertility with Chinese medicine*. Edinburgh:

- Churchill Livingstone, 2004. ISBN 978-070-2035-999.
- [13] MARDEŠIĆ, Tonko. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024744582.
- [14] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.
- [15] NOVOTNY, Pamela Patrick. *Co dělat při neplodnosti*. Přeložil Hedvika VLASOVÁ. Praha: Pragma, 1997. ISBN 8072054945.
- [16] ODENDAAL, Johannes. *Zvířata a naše mentální zdraví: proč, co a jak*. Praha: Ve spolupráci s Českou zemědělskou univerzitou v Praze vydalo nakl. Brázda, 2007. ISBN 9788020903563.
- [17] SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026202172.
- [18] PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017, 362 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5646-2.
- [19] PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, s. 87-104. ISBN 978-80-244-3019-5.
- [20] POLOK, Aneta. *Problematika neplodnosti očima žen*. Ostrava: 2016. Diplomová práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce doc. PhDr. Yveta Vrublová, PhD.
- [21] PONĚŠICKÝ, Jan. *Fenomén ženství a mužství: psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. 3., dopl. Vyd. Praha: Triton, 2008, 213 s. Psychologická setkávání. ISBN 978-80-7387-106-2.
- [22] RODRIGUES, D., *Hormonální jógová terapie*. Olomouc: Fontána, 2014. ISBN 978-80-7336-752-7.
- [23] ROMANOVÁ, Dominika. *Neplodnost*. Plzeň, 2016. Západočeská Univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Kašová.
- [24] ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2008. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-154-7.
- [25] ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2002. Pro rodiče. ISBN 80-247-0187-1.
- [26] SANTLEROVÁ, Kateřina. *Psychologické aspekty IVF*. Brno: Masarykova Uni-

- verzita, 2011. Filozofická fakulta Masarykovy Univerzity, psychologický ústav. Vedoucí práce doc. PhDr. Mojmír Tyrlík, PhD.
- [27] SLEPIČKOVÁ, L. *Diagnóza neplodnost. Sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Praha – Brno: SLON, 2014. 164 s. ISBN 978-80-7419-140-4.
- [28] STRUSKOVÁ, Olga a Jarmila NOVOTNÁ. *Metoda Ludmily Mojžíšové: cesta k přirozenému otěhotnění, 10 cviků pro fyzické a duševní zdraví*. Praha: XYZ, 2007, 151s. ISBN 978-80-87021-68-2.
- [29] STRAPINOVÁ, Hana. *Vnímání smysluplnosti existence u žen s léčbou neplodnosti*. Olomouc, 2016. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D.
- [30] ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdena a Petr LOŠAN. *Neplodnost: Útok imunity*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-45555-8.
- [31] VENTRUBA, Pavel. Poruchy plodnosti. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., doplněné a přepracované. Praha: Galén, 2008, s. 149-161. ISBN 978-80-7262-501-7.
- [32] WEISOVÁ, Jiřina. *Využití homeopatie v gynekologii a porodnictví*. Olomouc, 2013. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D.



## SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- [1] DAŇKOVÁ, Šárka a kolektiv. *Zaostřeno na muže a ženy- 2016: Obyvatelstvo a rodiny a domácnosti. Plodnost, potratovost a ukončená těhotenství podle věku žen*. 29. 12. 2016. Český statistický úřad, 2016. Kód: 300002-16. Dostupné také z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853391/300002161115.pdf/dba917d9-2287-4eb2-bfd3-71ffb37da0c6?version=1.1>
- [2] DURAŠKOVÁ, G., SOBOTKOVÁ, I., HAMPL, R. a VIKROROVÁ, L, 2016. Životní spokojenost a copinové strategie žen, které podstupují své první umělé oplodnění (IVF). *E-psychologie*, 10(1), 47-62. Dostupné z: [http://epsycholog.eu/pdf/duraskova\\_etal.pdf](http://epsycholog.eu/pdf/duraskova_etal.pdf).
- [3] LINDSEY, Brandi a DRISKILL, Cynthia, 2013. The Psychology of Infertility. *International Journal of Childbirth Education* [on line]. July 2013, pp. 41-44 [cit. 2017-04-22]. ISSN 0887-8625. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=61004427-fee7-484f-a64b-98dc3ba8d78c%40sessionmgr102&hid=125>
- [4] KAHLOR, LeeAnn a Michael MACKERT. Perceptions of infertility information and support sources among female patients who access the Internet. *Fertility and Sterility* [online]. 2009, 91, Issue 1, Pages 83–90, 8 [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(07\)03970-2/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(07)03970-2/pdf)
- [5] KATONA, L. Psychosociálne aspekty neplodnosti. *Via practica*. 2015;12(2): 90–93 Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/61821f5d10386b975a95e7c9093df351.pdf>
- [6] NOORBALA, Ahmed Ali et al. Study of psychiatric disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors. *Journal od Family and Reproductive Health Summer*. 2007;(1)1:6–11. Dostupné z: <http://jfrh.tums.ac.ir/index.php/jfrh/article/view/2/2>
- [7] PATEL, Ansha, P.S.V.N. SHARMA a Pratapkumar NARAYAN. Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of Human Reproductive Science* [online]. 2016, Sci 2016(9), 28-34 [cit. 2017-03-09]. DOI: 10.4103/0974-1208.178630. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4817284/>

- [8] PTÁČKOVÁ, Vladka. Neplodnost z pohledu čínské medicíny. In: *Fertilomat* [online]. Praha [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: <https://fertilomat.com/cs/neplodnost-z-pohledu-cinske-mediciny>
- [9] TOSCANO, Sharyl Eve a Rebecca M. MONTGOMERY. The Lived Experience of Women Pregnant (Including Preconception) Post In Vitro Fertilization Through the Lens of Virtual Communities. *Health Care for Women International* [online]. 2009, **30**(11), 1014-1036 [cit. 2017-05-07]. DOI: 10.1080/07399330903159700. ISSN 0739-9332. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399330903159700>.
- [10] VENTRUBA, Pavel, Igor CRHA a Jana ŽÁKOVÁ. *Informační příručka programu asistované reprodukce*. Brno: Medica Healthworld, 2016. ISBN 978-80-905578-2-6. Dostupné také z: [www.ivfbrno.cz/brozura2016-print/f1157](http://www.ivfbrno.cz/brozura2016-print/f1157)
- [11] ZEGERS-HOCHSCHILD, F. et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility* [online]. 2009 World Health Organization: 2009 World Health Organization, 2009, **92**.(5.), 5s. [cit. 2017-01-18]. Dostupné z: [www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art\\_terminology2.pdf?ua=1](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2.pdf?ua=1)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AR	Asistovaná reprodukce
AMH	Anti-Müllerian hormon
BMI	Body Mass Index
CNS	Centrální nervová soustava
ET	Embyrotransfer
DNA	Kyselina deoxyribonukleová
FSH	Folikulostimulující hormon
HA	Hormonální antikoncepce
hCG	Human chorion gonadotropin, lidský choriový gonadotropin
ICMART	International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies
ISCI	Intracytoplasmatická injekce spermie
IUD	Intrauterine device
IUI	Intra uterine insemination
IVF	In vitro fertilization
LEEP	Loop electrosurgical excision procedure
LH	Luteinizační hormon
LUF	Luteinized unruptured follicle
MC	Menstruační cyklus
PCO	Polycystická ovária, syndrom polycystických ovaríí
PID	Pelvic inflammatory disease
PISCI	Intracytoplasmatická injekce preselektované spermie
PRL	Prolaktin
RCUI	Revisio caví uterí instrumentalis
RTG	Rentgenové záření

STD	Sexually transmitted diseases, sexuálně přenosné nemoci
TTP	The time to pregnancy, doba k početí
UPT	Umělé přerušení těhotenství, interrupce
UZ	Ultrazvuk
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru: věk, vzdělání, zaměstnání.....	39
Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru: délka, metody léčby, gravidita.....	40
Tabulka 3: Moment rezignace .....	70

## SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA P I. Příběh od Mary-Jo
- PŘÍLOHA P II. Informovaný souhlas

## **PŘÍLOHA P I: PŘÍBĚH OD MARY-JO**

My Story by Mary-Jo (originál)

We need to break the silence. They tell us it's good to talk, a problem shared is a problem halved, yet miscarriage remains the unspoken.

1 in 4 pregnancies result in a miscarriage. We will all know someone who has experienced this, but unfortunately they most likely haven't shared this with you.

See how I refer to miscarriage as "this" and "it", no one wants to talk about "it", as if its shameful. It's no-ones fault. It's not a punishment. Invariably it just shear bad luck. We can talk about cancer and finally people are being more open about mental illness; now it's miscarriages turn.

It's easy for me to speak I hear you say, we have been blessed with two healthy children. I certainly couldn't have spoken before now about my 3 previous miscarriages. Now, after number 4 I want to speak. I do understand what it feels like to be at the bottom when your still hoping for that precious first child. Smiling when people ask "are you not planning kids?" when inside you are screaming. I've been there. Congratulating friends on their fabulous news while thinking why not us. I've been the girl who has taken a few days off with a "cold heavy". These days I really missed my mam.

So there you go, that's my story. I sit here still wondering whether to post this or just delete....I'd rather walk a tight rope, or go to work in my underwear- this is a fear we need to over come. Speak out.

For those blissfully unaware of a couples situation, think twice before opening your mouth- words can hurt.

And for those who are amongst this despair, don't give up hope, we didn't. Continued hope gave us Ava and further hope blessed us with Ianna.

Go on everyone, women and men (miscarriage isn't just a "lady problem") like, share and even have the courage to comment!

Můj příběh –Mary-Jo (překlad)

Potřebujeme prolomit to ticho! Říkají nám, že je dobré se svěřit, a že sdílený problém je problém poloviční. Avšak potrat zůstává problém nevyřešený.

1 ze 4 těhotenství končí potratem. Každý z nás zná někoho, kdo toto zažil, ale naneštěstí to pravděpodobně s vámi nesdílel.

Podívejte se, jak mluvím o potratu, jako o „tom“ a „tamtom“, nikdo o „tom“ nechce mluvit jako kdyby to mělo být něco, za co se máme stydět. Není to nikoho chyba. Není to nikoho trest. Jedinou neproměnnou je neštěstí. Můžeme mluvit o rakovině a konečně jsou lidé více otevření o mentálních poruchách, a nyní je řada na potraty.

Je jednoduché pro mě mluvit, slyším vás si říkat, byli jsme požehnáni 2 zdravými dětmi. Já nemohla mluvit o mých předchozích 3 potratech až doteď. Nyní po čísle 4 chci promluvit. Já rozumím, jaké to je být na dně, když pořád toužíte po milovaném prvním dítěti. Usmívající se navenek, když se lidé ptají: „Vy neplánujete děti?“ a uvnitř křičící. Byla jsem tam. Gratulujete vašim kamarádům k jejich radostným novinkám a mezitím přemýšlíte proč ne my. Já jsem byla ten typ dívky, která si brala pár dní volna se „silnou rýmou“. V těchto dnech mi skutečně chyběla moje maminka.

Takže tady to je, toto je můj příběh. Teď tady sedím, pořád přemýšlím, jestli to zveřejnit nebo to prostě vymazat. Raději bych šla po úzkém laně nebo šla do práce ve spodním prádle. Toto je strach, který musíme překonat. Promluvte nahlas.

Pro ty blaženě nevědomé o situaci párů, myslet dvakrát než promluvíte, slova můžou bolet.

A pro ty, kteří jsou v tomto zoufalství, neztrácejte naději, my ji neztratili. Trvajících naděje nám dala Avu a přetrvávající naděje nás požehnala s Iannou.

Tak pojďme všichni, ženy a muži (potrat není jen „ženský problém“) lajkujte, sdílejte, a pokud máte odvahu, komentujte.



## **PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS**

### **Informovaný souhlas**

Vážená paní,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia porodní asistence na Ústavu zdravotnických věd, Fakulty Humanitních Studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Zpracovávám bakalářskou práci na téma: „Psychika neplodné ženy a změny ve smyslu života“ pod odborným vedením doc. PhDr. Josefa Konečného, CSc.

Dovoluji si Vás požádat o souhlas s rozhovorem, což mi umožní téma mé bakalářské práce zpracovat. Máte možnost od rozhovoru kdykoliv dobrovolně odstoupit nebo neodpovídat na všechny položené otázky. Údaje budou zachovány v anonymitě a budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Při zpracování práce bude respektován zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, nikde nebude zveřejněno Vaše jméno, ani žádné další identifikační údaje o Vaší osobě.

Děkuji za ochotu a Váš čas Aneta Novotná

Souhlasím se zpracováním mých údajů v bakalářské práci při zachování anonymity a respektování ochrany osobních údajů.