

# **Kvalitativní změny v životě dospělých v souvislosti s asistovanou reprodukcí**

Pavλίna Kriřanová

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavčina KRIŽANOVÁ**

Osobní číslo: **H10194**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalitativní změny v životě dospělých v souvislosti s asistovanou reprodukcí**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti asistované reprodukce a kvalitativních změn v životě dospělých.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvalitativního výzkumu u dospělých, kteří podstoupili techniky asistované reprodukce.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BENSON, Herbert ; STARKOVÁ, Marg, Moc a biologie víry v uzdravení. Praha: Práh, 1997.**

**ISBN 80-85809-60-5**

**DOSTÁL, Jiří, Etické a právní aspekty asistované reprodukce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4**

**GURKOVÁ, Elena, Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9**

**KONEČNÁ, Hana, Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-591-8**

**MAREŠ, Jiří, Kvalita života u dětí a dospívajících II. Brno: MSD, 2007. ISBN 978-80-7392-008-1**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Eva Machů, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

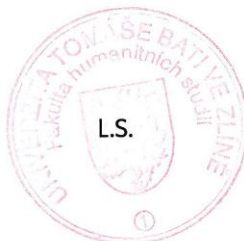
**4. května 2012**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.

ředitel 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 1);

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 2);

podle § 60 3) 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 3) 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 2.5.2012

..... *Pavela Křižanová* .....

*1) 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 rozmnoženiny.*

(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 nezasahuje 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 takové dílo 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 užít 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Tématem bakalářské práce je vliv asistované reprodukce na kvalitu života dospělých.

Teoretická část je zaměřena na rozbor problematiky, proč stále více párů využívá metod asistované reprodukce. Dále jsou zde uvedeny jednotlivé metody asistované reprodukce, etické principy asistované reprodukce a oblasti života, jichž se tato témata dotýká.

V praktické části je prostřednictvím kvalitativního výzkumu zjišťováno, jak sami klienti Center asistované reprodukce vnímají a prožívají dobu od momentu, kdy začali o asistované reprodukci uvažovat, až do současnosti a zda využili pomoci odborných poraden, které jsou zaměřeny na případné negativní dopady metod asistované reprodukce. Výzkum byl proveden metodou rozhovoru.

Klíčová slova: nedobrovolná bezdětnost, asistovaná reprodukce, kvalitativní změny, odborné poradny.

## **ABSTRACT**

The topic of this thesis is impact of assisted reproduction on quality life of adults.

Theoretical part is focused on problems analysis, why is more and more couples using methods of assisted reproduction.

Next, there is mentioned each method of assisted reproduction, ethical principles of assisted reproduction and sphere which are touched by this topic.

In the practical part is through qualitative research detected: how clients of “assisted reproduction centre” perceive and experience the whole time, from the moment when they started to think of assisted reproduction, until now and if they use recommendation and help of expert advice, which are focused on negative impact of assisted reproduction methods.

Research was conducted by interview.

Keywords: involuntary childlessness, assisted reproduction, qualitative changes, expert advice

Děkuji paní Mgr. Evě Machů Ph.D. za pozornost, kterou věnovala vedení mé bakalářské práce i za všechny cenné rady a připomínky. Rovněž děkuji všem účastníkům mého výzkumu za ochotu a projevenou důvěru a také mé rodině za trpělivost a podporu při studiu.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 REPRODUKCE</b> .....	<b>12</b>
1.1 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ .....	12
1.1.1 Ženské reprodukční zdraví .....	13
1.1.2 Mužské reprodukční zdraví .....	14
1.2 NEPLODNOST.....	16
1.2.1 Neplodnost a nedobrovolná bezdětnost.....	16
1.2.2 Neplodnost ze sociologického hlediska.....	17
1.2.3 Neplodnost z psychologického hlediska .....	19
1.2.4 Možnosti řešení neplodnosti.....	21
1.2.5 Alternativní způsoby léčby neplodnosti .....	24
<b>2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE</b> .....	<b>27</b>
2.1 HISTORIE ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	27
2.2 METODY A TECHNIKY ASISTOVANÉ REPRODUKCE .....	28
2.2.1 Rizika spojená s asistovanou reprodukcí.....	31
2.2.2 Etické a právní otázky asistované reprodukce.....	31
<b>3 KVALITA ŽIVOTA DOSPĚLÝCH</b> .....	<b>34</b>
3.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA .....	34
3.1.1 Oblasti života, jichž se tematika asistované reprodukce dotýká .....	36
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>4 VÝZKUM</b> .....	<b>38</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	38
4.2 CÍLE VÝZKUMU.....	38
4.3 STANOVENÍ A VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	39
4.4 METODA VÝZKUMU .....	40
4.4.1 Průběh sběru dat .....	41
4.5 METODA ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT .....	42
4.5.1 Otevřené kódování.....	42
4.6 SHRNUTÍ VÝZKUMU .....	58
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>61</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>63</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>66</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>67</b>



## ÚVOD

Vztah muže a ženy je díky principu přežití lidstva automaticky spojován s těhotenstvím, které může být chtěné, nechtěné, nebo nesplněné. U prvních dvou kategorií je dána potencialem rodičům určitá možnost volby, rozhodnutí. U třetího nikoliv a zůstává pak nesplněným přáním. V minulosti, která ještě není tak dávná, nezbyvalo než čekat, nebo se spolehnout na léčbu přírodní medicínou. Jelikož bezdětných párů neustále přibývá, na základě systematických výzkumů dosáhla lékařská věda úspěchů v podobě nových metod asistované reprodukce (dále jen AR).

V posledních letech se metodami AR rodí stále více dětí a mluví se o ní jako o samostatném vědním oboru, kterému se věnuje stále větší pozornost, jak z řad laické, tak odborné veřejnosti. Ve statistikách Center asistované reprodukce (dále jen CAR) se uvádí procentuální hodnoty úspěšnosti, tedy množství pokusů na ten úspěšný, kdy dojde k otěhotnění a pak o něco nižší hodnota, která vyjadřuje procento narozených dětí metodami AR.

Podle Mareše (2007) výzkumy neprokázaly zásadní vliv způsobu početí na kvalitu života dětí. Odchylky od standardu byly pouze zaznamenány u dětí, které se narodily předčasně z vícečetného těhotenství, což se neliší od dětí počatých přirozenou cestou. Je však velmi málo autorů, kteří by se zabývali problematikou vlivu AR na běžný život párů podstupujících některé z jejich metod. Hlavním cílem mé práce je zjistit, které oblasti života jsou touthle léčbou nedobrovolné bezdětnosti u dospělých ovlivněny a v jaké míře je pozměněna jejich kvalita a jestli mnou dotazovaní informanti využili pomoci odborných psychosomatických poraden, které se zaměřují na prevenci případných negativních dopadů AR a rovněž pomáhají klientům s jejich řešením.

V teoretické části jsem se danou problematikou zabývala od její podstaty, co je to reprodukční zdraví, pak dále věnuji pozornost názorům odborníků na neplodnost z pohledu různých vědních oborů. Na neplodnost navazují řešení- jednotlivé metody AR, jejich etické principy a v poslední části se zabírám kvalitou života a oblastmi, které mohou být průběhem AR zasaženy, ovlivněny, nebo změněny. V praktické části, formou kvalitativního výzkumu jsem pak s pomocí rozhovorů s klienty CAR hledala v jejich názorech a zkušenostech odpovědi na otázky týkající se vlivu AR na klienta CAR.

Mnou zkoumané téma je velmi citlivé, osobní. Přínos mé práce spatřuji v ochotě účastníků výzkumu otevřeně hovořit o věcech, jenž se nesmazatelně zapsaly do jejich životů a tato ochota sdílení může být v konečné fázi motivací, přehodnocením, nebo utvrzením se dal-

ších klientů ve vlastním názoru na to, zda podstoupit metody AR, jestli využít pomoci poraden a jak se v případě neúspěchu vyrovnat se statutem „nedobrovolně bezdětní“.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 REPRODUKCE

Životní cyklus se všemi proměnami, kterými jedinci v jeho průběhu procházejí, se zdá být podmíněn pouze biologicky, ale jak uvádí Giddens (1999), je ve skutečnosti celá věc mnohem složitější a to tím, že jednotlivá stádia lidského života nemají jen biologickou, ale také sociální povahu. Dřívější, nezávislá až živelná reprodukce člověka končí, člověk si je stále více vědom všech svých procesů, jimž se snaží porozumět, ovlivňovat je a v neposlední řadě by je chtěl využívat pro své potřeby. V přírodním společenství, včetně nerozvinutého lidského společenství je zdraví, včetně reprodukčního, imanentní daností v životě jedinců a skupin. Na přelomu 19. a 20. století začínají první pokusy o pochopení a objasnění fyziologie a patologie rozmnožovacích orgánů a jejich dějů a případných zásahů do nich. Situace se však v průběhu dějin mění, kdy od negativních přístupů k reprodukci, které byly zacílené k zábraně početí, se o početí naopak usiluje a překonává se tím nemožnost mít dítě. Jak uvádí Konečná (2005) léčba sterility se stává rubem antikoncepce a ukončení těhotenství.

### 1.1 Reprodukční zdraví

*„Reprodukčním zdravím v základním pojetí dnes rozumíme spolu s Machovou a Hamanovou schopnost oplodnit, otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě“* (Konečná, 2005, s. 6). Tento pojem je nepochybně spjat se společností, s kulturou, v níž jedinci žijí, vyrůstají, s jejich postavením v nich a v neposlední řadě se na kvalitě reprodukčního zdraví zobrazí životní styl každého z nás. Jak uvádí Konečná (2005, podle Dunovský, 1999) reprodukční zdraví již není jen věcí muže a ženy, ale i řady odborníků v rámci multidisciplinární spolupráce. Výchovné zaměření v obecné problematice reprodukčního zdraví se tedy týká především zábrany negativních jevů v reprodukční tematice, jako jsou například nechtěné těhotenství, sexuálně přenosné nemoci, antikoncepce, umělé ukončení těhotenství a mnohé další. Přestože se tahle tematika zdánlivě netýká AR, je zapotřebí vnímat všechny zmiňované problémy, jako ucelený systém opatření, který eliminací nežádoucích jevů bude směřovat k reprodukčnímu zdraví nejen z medicínského hlediska, ale také ze sociálního a psychologického.

### 1.1.1 Ženské reprodukční zdraví

Jak uvádí Giddens (1999), mnohé jevy, které byly přirozené, dané přírodou, se stávají společenskými, odvíjejí se tudíž od našeho vlastního rozhodování, což je v případě žen a jejich reprodukčního zdraví nesmírně důležité.

To je základním předpokladem k tomu, aby byly co nejvíce eliminovány všechny nežádoucí jevy, které toto zdraví narušují. I zde však najdeme protiklady, kdy na jedné straně je rozhodnutí ženy o tom, kdy a kolik dětí mít, velmi důležité pro eliminaci vysoké mateřské a novorozenecké úmrtnosti, na straně druhé je však tento narůstající trend jedním z hlavních faktorů, který je udáván jako klíčový pro reprodukci žen. Čím vyšší je totiž věk žen, tím je nižší jejich schopnost reprodukce. Ideální věk je kolem 25. roku ženy. Největší pokles je zaznamenán u věkové kategorie 15- 19 let a rovněž u věkové kategorie 24- 29 let. Je pak biologickou skutečností, že fertilitní potenciál ženy po 30. roce začíná klesat a tato tendence po 35. roce nabírá dokonce dramatický pád. Nejen že se snižuje počet menstruačních cyklů, kdy dojde k ovulaci, tedy prasknutí tzv. Graafova folikulu, ze kterého je vajíčko transportováno vejcovodem do dělohy. Přibývají rovněž děložní abnormality, jako jsou myomy, patologie děložní sliznice apod.

Příčiny neplodnosti u ženy:

1. *Nedochází k pohlavnímu styku*
2. *Nedozrává vajíčko*
3. *Spermie nemohou proniknout k vajíčku, protože neprojdou hrdlem děložním, nebo neprojdou vejcovodem*
4. *Vajíčko není v pořádku a spermie ho nedokáží oplodnit*
5. *Je málo hormonů nezbytných pro zahájení vajíčka*
6. *Sliznice děložní nedokáže embryo přijmout*

(Řežábek, 1999, s.19)

Samozřejmě, že proces, který je zapotřebí proto, aby došlo k oplodnění žen, je z medicínského hlediska velmi složitý a na reprodukční systém může mít vliv celá řada faktorů, kdy pak porucha na jakékoli úrovni může být omezující, nebo může znamenat ztrátu plodnosti. Určitě do této skupiny patří negativní vlivy z prostředí, jako jsou těžké kovy, radiace, kouření, alkohol, drogy a mnohé další. Velkou mírou se na výše zmíněném podílí také

psychosociální faktor, kam nepochybně patří stres, duševní přepracovanost a nervové vyčerpání. Konečná (2005) rovněž tvrdí, že oba extrémní výživy- podvýživa a obezita vedou k poruchám plodnosti, tedy narušují reprodukční zdraví ženy. Nemalou měrou se na této statistice podílí také genetický faktor, který kromě reprodukčního zdraví ženy může způsobit i různě závažné vývojové vady plodu.

Z hlediska medicíny jsou zjišťovány příčiny poruch reprodukčního zdraví, kterých je velká spousta, pokud je porucha odhalena, můžou být nasazeny různé druhy léčby, jako jsou hormonální, protizánětlivá, chirurgická, imunologická, ale rovněž psychoterapie, které se v posledních letech využívá stále více, podle Konečné (2005) je nenaplněná touha po dítěti natolik zátěžová, že je psychoterapeutické pomoci potřeba. Pro každou ženu je vnímání problému s vlastním reprodukčním zdravím jinak zátěžové, jak uvádí Atkinson (2003) stupeň vnímavosti pro situaci, kterou lze označit jako stresovou, je pro každého jiný. „...lidé se liší v míře, v níž hodnotí tutéž událost, jako neovlivnitelnou, nepředvídatelnou a kladoucí velké nároky na jejich schopnosti a toto hodnocení z velké části ovlivňuje stupeň vnímané stresové události“ (Atkinson et al., 2003, s. 489, podle Lazarus a Folkman, 1984).

### 1.1.2 Mužské reprodukční zdraví

Mužským pohlavním zdravím se zabývá medicínský obor andrologie a rovněž celkovým zdravotním stavem, který souvisí s funkcemi pohlavních orgánů a jak uvádí Konečná (2005, podle Kubíček, 1996), správná tvorba spermií a hormonů, jež jsou jedním z hlavních zájmů andrologie, má na početí dítěte stejný vliv, jako tvorba vajíčka. Hlavním vyšetřením u mužů je spermiogram a biochemické vyšetření seminální tekutiny. Jak uvádí Ventruba (2008) je až u 80 % případů nemožné stanovit přesnou příčinu problému s plodností. Mužský faktor je podle Světové zdravotnické organizace (WHO) odpovědný za 33 % poruch plodnosti a v posledních letech dochází k trvalému zhoršování parametrů spermiogramu.

Příčiny neplodnosti u muže:

1. *Není možný pohlavní styk pro impotenci*
2. *Nedochází k výronu semene- ejakulaci*
3. *Spermie se nemohou dostat z varlete a nadvarlete, protože vývodné cesty jsou neprůchodné*
4. *Netvoří se spermie, nebo je jich příliš málo*

### 5. Spermie se tvoří, ale nejsou v pořádku a nedokáží oplodnit vajíčko

(Řežábek, 1999, s.17)

V roce 1951 byla dolní hranice pro normospermii kolem 80 mil./ml, v roce 1964 byla stanovena na 40 mil./ml a od roku 1987 WHO označuje normospermii již od 20 mil. spermií/ml. Věk mužů související s jejich reprodukčním zdravím není nijak zvlášť omezen, pokud je muž v dobré zdravotním stavu, může mít děti i po šedesátce. Stejně jako u žen jsou negativními jevy, které mají vliv na mužskou reprodukci stres, kouření, alkohol, užívání drog a škodlivé prvky z prostředí, v němž jedinec žije. Na rozdíl od žen jsou u mužské populace při problémech s plodností omezenější možnosti, jak navrátit reprodukční zdraví. Většina odborníků se shoduje na řešení metodami AR a jejich speciálními technikami.

Ventruba (2008) uvádí také další možnost příčiny neplodnosti a to je nevysvětlená neplodnost, tzv. *idiopatickou neplodnost*, která by podle odborníků neměla být považována za diagnózu, kdy všechna vyšetření jsou v mezích normy:

- Dostupné parametry průkazu ovulace jsou v normě
- HSG (vyšetření průchodnosti vejcovodů), laparoskopie a hysteroskopie neprokázaly patologický nálezy
- Vyšetření spermatu, včetně postkoitálního testu je v normě

Ventruba (2008) dodává, že pokud není provedeno In vitro fertilizace (dále jen IVF), chybí informace o tvorbě a kvalitě oocytů, možnosti jejich fertilizace a rovněž schopnosti spermií oplodnit oocyt.

Pokud srovnáme reprodukční zdraví u mužů a žen z hlediska ohrožení, tak je to pro obě pohlaví jejich životní styl. Nejenomže poškozují je samotné, čímž přispívá k značnému snižování šancí na spontánní otěhotnění, ale také ohrožuje plod a jeho zdravý vývoj. Z tohoto důvodu Konečná (2005) považuje za základní pravidlo protialkoholní a protikuřáckou výchovu mužů a žen v reprodukčním věku. Můj názor je takový, že zdraví, ať už reprodukční, psychické, nebo fyzické je z velké části ovlivněno tím, jak člověk žije a pokud nastanou nějaké problémy, je samozřejmě nutné začít s léčbou, ale v první řadě by mělo dojít ke změně životního stylu, to jak se člověk chová sám k sobě.

## 1.2 Neplodnost

Jak uvádí Slepíčková (2006) z Institutu pro výzkum reprodukce a integrace, ocitají se západní společnosti v paradoxní situaci. Zatímco je jejich porodnost pod hranicí prosté reprodukce a neustále se zvyšuje počet těch, kteří zůstanou celý život dobrovolně bezdětnými, zvyšuje se také počet těch, které jejich nenaplněná touha po dítěti přivádí do ordinací specializovaných lékařů. Podle názoru Ventruby (2008) jsou následky neplodnosti nesmírně závažné pro postiženou dvojici i pro celou společnost.

Konečná (2009) se zamýšlí nad tím, zda je porucha plodnosti nemoc, pokud není nějak zjevně fyzicky vidět bolest, obvazy, kulhání, to že dotyčný zkrátka trpí. Pár, který děti mít nemůže, většinou nekašle, vypadá lépe, než pár, který má 3 malé děti. „Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) zdraví není pouhá absence nemoci, ale stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody jedince. Proto je nutné chápat nechtěnou neplodnost jako onemocnění, které vyžaduje léčbu všemi dostupnými metodami na úrovni současného medicínského poznání“ (Ventruba, 2008, s.149). Podle Konečné (2009) je lépe používat termín porucha plodnosti, který nezní tak tragicky definitivně a je výstižnější. Už samotný fakt, že je pár nechtěně bezdětný, je pro většinu natolik zničující, že svůj dosavadní život plně podřídí všemu, co by mohlo jejich touhu naplnit. Říčan (2006) uvádí, že zplození dětí a péče o ně jsou jedním z hlavních životních témat. Otázkou a volbou každého nedobrovolně bezdětného páru pak zůstává, jestli místo onoho životního tématu hledat vhodné alternativy, nebo hledat cesty a způsoby, jak tohle téma naplnit.

### 1.2.1 Neplodnost a nedobrovolná bezdětnost

Oba dva pojmy velmi úzce souvisí s tím, že pár není v aktuálně posuzované době schopen počít a donosit dítě, ale podle Slepíčkové (2006) nejsou tyto pojmy jednoznačně definovatelné ani vzájemně zaměnitelné. Zásadní rozdíl uvádí především díky současnému vývoji reprodukční medicíny, kterým jsou termíny zatíženy při snaze o jejich přesnou definici. Podle Slepíčkové (2006, podle Letherby, 2002b) lze o neplodnosti hovořit jen v době, kdy pár prodělává léčebnou terapii, zatímco nedobrovolná bezdětnost je stav, charakterizující život těch, kteří se léčby vzdali, nebo nebyla úspěšná a učí se žít bez dětí.

Slepíčková (2006, podle Miall, 1994) mluví o potřebě odlišit neplodnost jako lékařsky diagnostikovanou fyzickou charakteristiku jedinců od neplodnosti, která je sociálně konstruovanou realitou páru. Neplodnost pak tedy chápe jako biologický problém se sociální-



mi důsledky, nedobrovolná bezdětnost je problémem sociálním, který se může (ale nemusí) řešit prostřednictvím lékařských technik. Slepíčková (2006, podle Letherby, 2002b, Monach, 1993) navrhuje k neplodnosti přistupovat jako ke kontinuu, v němž se každý ocitá v různém období svého života v určité poloze mezi „dobrovolně“ a „nedobrovolně“. Mnohé z párů totiž mají své vlastní stanovené hranice, kam až jsou ochotni a schopni zajít při cestě za dítětem a kdy už se dobrovolně rozhodnou zůstat bezdětnými.

### 1.2.2 Neplodnost ze sociologického hlediska

Jen málokdo před vstupem do manželského, či partnerského vztahu přemýšlí o tom, co to znamená, když je pár bezdětný. Sami, ze svobodné vůle, mnohdy po delší době uvažování, zda už nastal ten správný čas na početí potomka, se rozhodnou a pak přichází situace, kterou ovládnout nemohou, jejich doposud naplánovaný a fungující svět plánované budoucnosti a ovládané přítomnosti společné existence se zhroutí a přestává být realitou.

Jak uvádí Sobotková (2001), na pár, který je z jakýchkoliv důvodů bezdětný působí sociální tlaky. Ty jsou většinou v podobě očekávání rodiny a nejbližšího sociálního okolí, který je obzvlášť patrný v linii lidí bez sourozenců, anebo těch, jejich rodiče stárnou a jsou doposud bez vnuků.

Dalším tlakem je fakt, že lidé, kteří jsou bezdětní, jsou nedobrovolně odlišní od ostatních rodin a stávají se proti vlastní vůli členy minority bezdětných. Slepíčková (2006, podle Mareš, 2000) hovoří o symbolické sociální exkluzi, který je sociálním důsledkem neplodnosti, která samozřejmě nemá podobu politického, či ekonomického vyloučení, ale jde o vyloučení ze „sdílení určitých sociálních statusů a institucí“. Hovoří zde rovněž o stigmatizaci jednotlivců, či skupin, vnímaných jako odlišné, deviantní, či cizí.

„Neplodní se podle některých autorů ocitají až na určitém pomyslném, sociálním okraji plodného světa“ (Slepíčková, 2006). Nabízí se myšlenka, že pro páry s danou problematikou je pravděpodobně snadnější život ve městě, kde je větší anonymita, ale i tihle lidé mají přátele, se kterými se už pravděpodobně nebudou tak často stýkat, protože ti se budou věnovat svým rodinám s dětmi, včetně dovolených, výletů a rovněž se bude lišit téma společných rozhovorů, které jsou u rodin s dětmi vedeny většinou v duchu zážitků a problémů s dětmi.

Podle Slepíčkové (2006, podle Kirkman, 2001) je neplodnost situací, v které se historie bezdětných jednotlivců dostává do sporu s obecnou kulturní historií, jejíž samozřejmou

součástí je v západní společnosti rodičovství. V této souvislosti vzniká rovněž řada mýtů v podobě dobrých rad od „normálních“ rodin s dětmi, jako jsou například „to chce klid a nemyslet na to“, nebo doporučení odjet někam na dlouhou dovolenou. Dalším podobným mýtem je rada, aby si bezdětný pár požádal o adopci, že se oba uklidní a dojde k otěhotnění snáze. Žádná statistická souvislost mezi adopcí a početím však nebyla prokázána (Slepičková, 2006).

V sociologickém slovníku (Jandourek, 2001) se uvádí, že norma je jakousi podobností, kterou můžeme pozorovat u většího množství lidí a že nedodržení normy může být postiženo sankcí. V souvislosti s nedodržením normy rodičovství ve společnosti to zní velmi nadsazeně a nerealisticky, ale jak uvádí Hašková, Zamykalová (2006), bezdětní mají být normalizováni např. skrze vyšší daně, nebo vyšší rodičovský příspěvek a podobnými pronatalistickými tlaky ze strany politiků, pod vlivem poklesu porodnosti, zkrátka všichni bezdětní a zejména bezdětné jsou „potencionálně vinnými“- svou ab-normalitou. Hašková, Zamykalová (2006) se v časopise *Biograf* pro biografickou a reflexivní sociologii zabývají tím, zda mít dítě je normou a či je to vlastně norma, která je zde nazývána „tlakem k jednotě“, která však pro všechny není a nemůže být jednotná, díky naší různorodosti. Nестejnost, různorodost vedle sebe mohou být v konfliktu a vést k odlišným požadavkům společnosti, ale rovněž vedle sebe mohou také pokojně žít. V každém případě však přijetí normy různorodosti vyvolává potřebu existence politických opatření, která umožňují různé a zároveň obdobně hodnotné strategie a volby. K normám rodičovství se lidé vychovávají sami tím, že pozorují, co a jak dělají ostatní, kategorizují, porovnávají, hodnotí sami sebe i ostatní normalizujícím pohledem, který na ně není zaostřen z určitého místa, ale je všudypřítomný a internalizovaný (Hašková, Zamykalová, 2006).

Někteří autoři se rovněž zmiňují o tom, že neplodní lidé se stigmatizují sami, ještě dříve, než vstoupí do interakce s okolím. Tento paradox popisují vyšší citlivostí a selektivním vnímáním, na signály okolí, ze strany samotných neplodných, nebo na skutečnost, že s problémem vlastní neplodnosti se musí vyrovnat ten, kdo se pro založení rodiny rozhodl, usiloval o něj a vyznává tradiční hodnoty. Do téhle situace se nedostane ten, který si zvolil individualizovaný styl života bez dětí a o své nedobrovolné bezdětnosti nevyovídá, vlastně ani nemusí vědět, že nemůžou mít dítě (Slepičková, 2006). Toto rozhodnutí může být také dočasné, může například souviset s novými sociálními riziky, které uvádí Keller (2011) jež v dnešní postindustriální společnosti znamenají možnost rizika chudoby i v případech, že jsou oba manželé zaměstnaní a týká se to pochopitelně víc rodin s dětmi, než

manželství bezdětných. Podle Kellera (2011) si pořízením dítěte nemalé procento mladých párů sníží životní úroveň.

### 1.2.3 Neplodnost z psychologického hlediska

V psychologickém slovníku (Hartl, 1996) najdeme definici, že neplodnost je neschopnost jedinců mít potomstvo. Definice velmi negativně stigmatizuje jedince, kteří mohou být jak pro společnost, tak pro své okolí velmi prospěšní, daleko více, než dvojice, která má děti několik a péči o ně přenechá do rukou státu. Podle Sobotkové (2001) se typické emoční reakce na neplodnost liší podle toho, zda se týká muže, nebo ženy, nebo jestli mluvíme o konkrétním páru.

Ženy většinou reagují vyšší mírou úzkosti a stresu obecně. Jak uvádí Sobotková (2001), významným faktorem je dynamika prožívání menstruačního cyklu, kdy období ovulace, které je díky přesně naplánovaným pokusům o početí plně nadějí, střídáno v případě další menstruace, tedy neúspěchu, smutkem a zklamáním. U žen pak mohou opakovaná zklamání vést k depresivním syndromům, pocitům ztráty sebehodnoty, ale také pocitům viny. Pocity viny, jak uvádí Sobotková (2001) se především týkají žen, které v minulosti prodělaly nějakou pohlavní chorobu, nebo u nich bylo provedeno umělé přerušování těhotenství. Slepíčková (2006, podle Kohler, Behrman, Skytthe, 2005) empiricky dokládá, že pocit osobního štěstí je v souvislosti s mateřstvím daleko výraznější, na muže tímto způsobem mateřství nepůsobí. Podle Sobotkové (2001) je tak žena, která je stigmatizována neplodností, postavena na křižovatku, kde se musí rozhodnout pro redefinici své role a rovněž určitou změnu své identity, což může být například ztotožnění se s identitou bezdětné ženy, nebo rozhodnutí se pro přijetí cizího dítěte. Slepíčková (2006) upozorňuje na odlišný obsah stigmatu u mužů a žen, kde stigma připisované ženám, se týká jejich psychické nevyrovnanosti, zatímco u mužů implikuje jejich sexuální neschopnost.

Sobotková (2001) uvádí, že v literatuře sedmdesátých a osmdesátých let je o neplodnosti pojednáváno zejména z hlediska typu reakcí páru na neplodnost. Zmiňuje zde různé modely reakcí, jako například klasický, který je typický pro jakoukoliv životní dráhu: šok, popření, izolace, zlost, vyjednávání, deprese, přijetí (modifikace stadií přijímání faktu smrti podle Elisabeth Küblerové-Rossovové). Popisuje zde rovněž jiné reakce, jako bezmocnost, ztrátu kontroly nad životními plány, pocity defektivity, které vedou k nárůstu zlosti a strachu, smutek a přijetí, které se projeví realizací odlišných životních plánů a možností.

V dnešní době se psychologové nepřiklánějí k podobným modelům, které jsou definitivní přijetím reality, ale přiklánějí se k dlouhodobějším a složitějším procesům vyrovnávání se s mnoha přidruženými pocity, přičemž tento proces nemá určitý konečný bod (Sobotková, 2001).

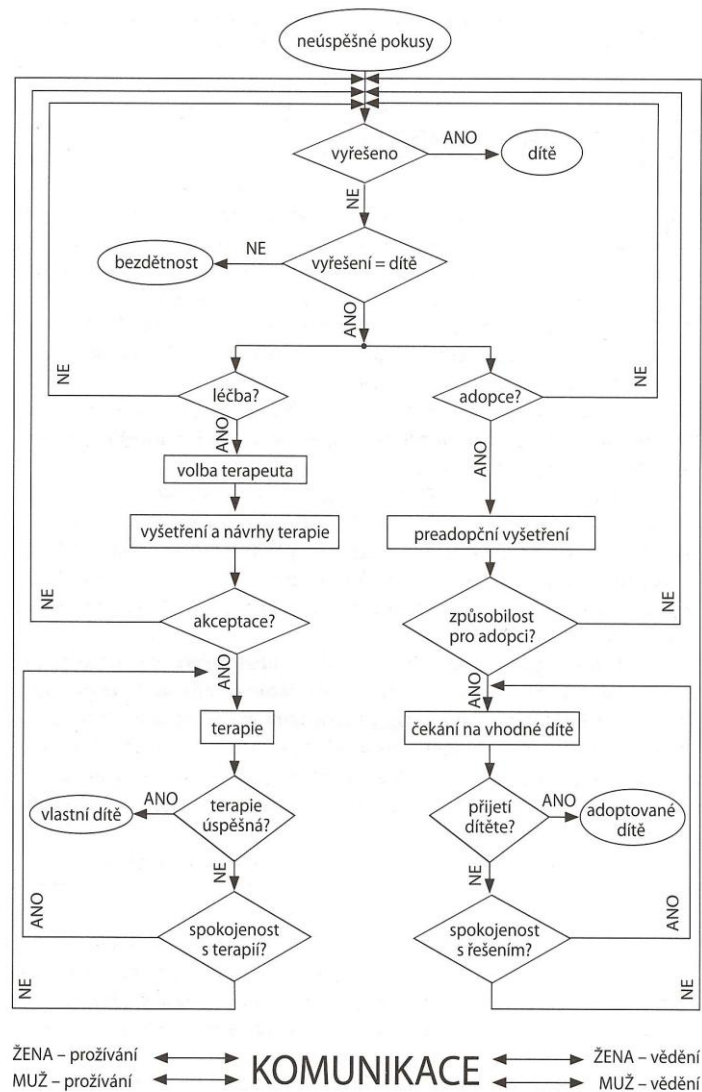
U mužů se uvádějí až 3 roky života s neplodností, než muži začnou pociťovat stejnou úroveň emočního distresu, jako ženy. To je podle Sobotkové (2001) však jiné, pokud je porucha plodnosti diagnostikována na straně muže. Pak bývá stres větší, protože se muž cítí přímo odpovědný za problém, je stigmatizován, cítí pak osobní selhání a újmu na sebeúctě.

Pokud neplodnost považujeme za nemoc, mohli bychom na „škále životních událostí“ změřit, možná lépe řečeno posoudit, jaká úroveň stresu, nemoci odpovídá (Atkinson, 2003, podle Holmes, Rahe, 1967). Na této škále, která se nazývá Posuzovací škála životních událostí, jsou seřazeny nejvíce stresující události seřazeny od hodnoty 100, po ty nejméně stresující. Vlastní zranění, nebo nemoc najdeme pod hodnotou 53, což je docela vysoká hodnota. Jak ale uvádí Atkinson (2003) jsou jedinci, kteří i zátěžové situace a větší změny nepovažují za stresové a takové situace považují za oživení a výzvu k něčemu novému. Proto je zřejmé, že vždy se jedná o konkrétní osoby, muže, ženy, jedince a o skupinách se hovoří pouze statisticky, pro lepší orientaci v problematice. U mužů je typickou reakcí stud, stud za to, že selhali ve schopnosti zplodit dítě, necítí se dostatečně mužní a cítí se zodpovědní za vzniklou situaci. Jak dále uvádí Sobotková (2001), pokud je neplodnost na straně ženy, muž vůči ní může pociťovat zlost, protože mu překáží v jeho roli otce-zploditele. U mužů se rovněž vyskytuje větší rozladění a nepříjemné pocity při nutnosti plánovaného sexu, které mohou vyústit až v poruchy erektility, potíže s ejakulací a snížení sexuální apetence, kdy se sex stane mechanickou událostí bez potěšení.

Podle Sobotkové (2001) je pár při dlouhodobém hledání příčiny, nebo pokud je příčina na straně muže, ve stavu chronického stresu a nelze nikdy předem určit, jak bude pár na stres reagovat. Výhodou je, pokud už partneři spolu nějakou krizi překonali. Některé páry pak společné trápení ještě více posiluje, rozvíjejí se empatické a podporující momenty ve vzájemné komunikaci. U jiných naopak může docházet ke zhoršování manželského soužití v podobě negativních pocitů a rostoucí averze vůči partnerovi, které může znamenat ohrožení vztahu, nebo manželství. Stres může být neočekávaně zvyšován náhodnými podněty, kterým může být například oznámení narození dítěte u přátel.

#### 1.2.4 Možnosti řešení neplodnosti

Existuje hierarchie rodičovství (a zejména mateřství), která je jakousi podobou hierarchie rizik spojených s rodičovstvím na jejím vrcholu stojí biologické a genetické rodičovství, kdy žena porodí, dítě, které má s oběma rodiči genetickou vazbu. Za ním následuje rodičovství realizované pomocí AR a to i s dopomocí dárcovských gamet. Dítě sice nemá s rodiči genetickou vazbu, popřípadě jen s jedním rodičem, ale jedná se tady o prožívání těhotenství a zážitek z porodu. Až na třetím místě a s daleko větším odstupem je adopce, kde chybí jak genetická vazba, tak zážitek těhotenství a porodu, ale je zde jiná vazba, kdy jsou z rodného listu vymazáni biologičtí rodiče dítěte a na jejich místo vepsáni rodiče adoptivní (Hašková, Zamykalová, 2006). Je zřejmé, že pokud má pár problémy s plodností a hledá možnosti řešení, dává většina přednost AR, jejíž rizika bývají diskurzivně potlačována, na rozdíl od adopce, která bývá s mnohačetnými riziky naopak spojována.



(Konečná, 2009, s. 34)

Konečná (2009) uvádí ve své knize výše zobrazené schéma, jak sama píše mapu cesty za dítětem, kde nabízí možnosti, východiska z krize s dalšími možnými řešeními, kde ani jeden z cílů autorka nepovažuje za méněcenný. Je to v podstatě doporučení, aby lidé, kteří touží po dítěti, nespoležali jen na jedno z možných řešení a nedostali se tak do slepé uličky.

Vysvětlivky symbolů:

◇ - rozcestí, místo, kde se o něčem rozhoduje

□ – symbolizuje děj, například volba terapeuta, nebo probíhající léčba

○ – znamená začátek, nebo konec cesty

Celý systém svého průvodce Konečná (2009) popisuje jako provázaný celek, jehož funkčnost vychází z probíhajících psychických dějů: jednání, prožívání a vědění. „*Naše osobní vědění tvoří systém našich názorů, postojů a hodnot, tedy i předsudků. A stejně jako u prožívání, i zde je vztah s jednáním obousměrný. Naše vědění má vliv na naše jednání a naopak, naším jednáním se obohacuje obsah našeho vědění*“ (Konečná, 2009, s. 35). Navržená mapa cest páru k dítěti je jedinečná tím, že každá zdánlivě bezvýhodná situace má další řešení a páru usnadní uchopit situaci do značné míry do vlastních rukou. Jak uvádí Konečná (2009), mnozí lidé se rozhodují, aniž by si byli vědomi toho, že nějaké rozhodnutí činí a jiní zase život do vlastních rukou uchopit nechtějí, nechávají za sebe rozhodovat a pak se litují.

Schéma Konečné je v podstatě shrnutím, zobecněním, zjednodušenou nabídkou. Každý krok je provázen specifiky jednotlivých případů, kdy například zdravotní stav muže, nebo ženy vyžaduje různá vyšetření, chirurgické, zákroky, operace, metody AR, adopci, nebo nepodniknout vůbec nic, odpočinout si, vždy je možnost výběru a rozhodnutí, co dál.

Perspektivní výzkumy psychologie neplodných párů se zabývají neplodností z hlediska resilience (Sobotková, 2001). Výzkum se převážně soustředil na kontext a okolnosti, za jakých se resilience může optimálně projevit, což vyplývá z posunu důrazu ve výzkumu a teorii resilience- od hledání individuálních charakteristik k prozkoumávání celého složitěho kontextu resilientního chování. Resilience je zde pojata jako schopnost zvládat situaci v nekončícím procesu měnících se okolností (Sobotková, 2001).

Sobotková (2001) uvádí výzkum Kerryho Daly, který jako první publikoval výsledky svého kvalitativního výzkumu, který provedl u 74 neplodných párů, na základě čehož vznikla „teorie resilience u neplodných párů“:

1. Oddanost společnému cíli- jedna z nejúčinnějších strategií resilience, kdy i přes značné překážky zůstanou manželé věrni společnému cíli, dosažení rodičovství. Naděje a orientace na dosažení cíle pomáhá páru absolvovat psychicky, fyzicky i finančně náročné léčebné procedury, dodává jim to sílu a schopnost vydržet i přinášet velké oběti.
2. Pohybování se mezi fatalismem a pocitem kontroly- toto výzkumné zjištění znamená, že ani resilientní jedinec nemá trvalý pocit kontroly, nesnaží se naivně za kaž-

dou cenu kontrolovat situaci, ale přebírá kontrolu, když je to možné, jindy realistic-  
ky akceptuje nemožnost cokoli udělat.

3. Reorganizace sebepojetí, cílů a vtaů v průběhu času- jde o adekvátní změny v osobní identitě pod vlivem dlouhodobé stresové situace, posun k dosažitelným cílům. Jde v podstatě o orientaci na fakt, že neplodnost nejde vždy vyřešit, ale pár se s ní musí naučit žít, modifikovat svá očekávání a pružně reagovat na vzniklé požadavky.
4. Rostoucí otevřenost v komunikaci a vyhledávání zdrojů- zde je klíčovým momentem otevřená komunikace, která pomáhá zmírňovat sociálně stigmatizující efekty bezdětnosti, což znamená neskrývat problém, pojmenovat si jej, necítit jej jako ostudu. Při využití téhle strategie pár pocítí výraznou úlevu od stresu. Patří sem rovněž sbírání informací nejen od profesionálů, ale také alternativních zdrojů podpory, například od jiných bezdětných párů.

V dnešní době již většin CAR nabízí pomoc psychologa, kde jak uvádí Sobotková (2001) je hlavním úkolem psychologa- poradce páru porozumět, znát dokonale jeho situaci, naučit jej technikám zvládnání stresu, zabezpečit dostatek informací a pomoci udržet pozitivní sebepojetí. Vhodnou kombinací je rovněž zapojení do aktivit podpůrné skupiny, kde je dána páru možnost najít sociální oporu a pochopení lidí v podobné situaci. Otázkou zůstává, ve které fázi se pár rozhodne pro kontaktování odborné psychologické pomoci a zda k tomu vůbec dojde. Na tuhle otázku jsem rovněž hledala odpověď ve svém výzkumu v praktické části mojí práce.

### 1.2.5 Alternativní způsoby léčby neplodnosti

Jak uvádí Jedelská (2011), než se partneři rozhodnou pro metody AR, měli by využít vhodné psychosomatické péče, protože by údajně mnozí z nich ani pomoc lékařů nepotřebovali. Ilona Haasová, spoluzakladatelka Společnosti pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti, o.p.s. tvrdí, že lékař pracující v CAR by měl být taky trochu psycholog, ale v centrech na to není čas. Pacienti jsou podle ní frustrovaní, zatíženi nadějí i obavami.

Otázkou zůstává, v jakém poměru jsou čas a věk klientů, zda oni vnímají svůj čas za dostatečný na to, aby se nejprve hledal spouštěč, který je příčinou všech problémů. Christiane Northrupová (2003) se ve své odborné publikaci, která je zaměřená na soulad psychických



a fyzických aspektů ženy, snaží najít alternativy ke konvenčním způsobům zajištění zdraví a léčení ženských potíží. Poukazuje na celkovou propojenost mezi ženským tělem a myslí. „*Psychoneuroimunologie a výzkumy v její oblasti prokazují, že hormonální a neurologické pochody, k nimž v těle dochází a elektromagnetická pole uvnitř těla a v jeho bezprostředním okolí, tvoří základní spojnicí mezi tím kulturním traumatem, čili psychologickými, citovými gynekologickými a jinými problémy, jimiž ženy trpí a o kterých se domníváme, že jsou fyzického rázu*“ (Northrupová, 2003, s. 51). To znamená, že pokud psychoneuroimunologie pomůže najít vztah mezi našimi psychologickými a emočními poruchami a fyzickým stavem, pak také pomůže i schopnosti uzdravovat se. Northrupová (2003) rovněž uvádí, že veškerý stres, jeho léčba a práce na vlastním zdraví jsou zároveň procesy fyzické, psychologické, emocionální a duchovní.

Autorka se zabývá pouze ženským zdravím, ale jak uvádí Konečná (2009) při pořizování dítěte se oba partneři musí shodnout, porucha plodnosti je v tomto smyslu zvláštní, je to totiž nemoc páru. Takže ať už je příčina kdekoliv, nebo se jedná o idiopatickou příčinu, každý z partnerů si to prožívá po svém, ale rozhodnutí je jen jedno společné. Jedelská (2011) uvádí, že stálá spolupráce s psychologem patří do nabídky CAR jen výjimečně, avšak možnost, že se klienti někde jinde dostanou k takové pomoci, i lékaři CAR zpravidla vítají, už jenom z toho důvodu, že s klidnými klienty se jim bude lépe pracovat. V centrech se klienti seznámí s pojmem „krizová intervence“. O duševní krizi hovoříme tehdy, pokud se jedinec setká s překážkou, kterou není schopen zvládnout vlastními silami a obvyklým způsobem, ani za pomoci blízkých lidí, což vede k narušení, nebo ztrátě duševní rovnováhy (Hanuš, Hellebrandová, 2006).

Provozovatelé poraden pak vidí velký přínos v tom, že při skupinové terapii se setkají podobně postižené páry a mohou si o všem promluvit. Nabízejí rovněž zprostředkování pomoci arteterapeuta, tanečního terapeuta, ale také akupunkturisty. Jedelská (2011) uvádí, že existují výzkumy, podle kterých zvyšuje akupunktura aplikovaná těsně před embryotransferem účinnost zákroku až o 30%. Uvádí rovněž vstřícnost andrologů a urologů pro spolupráci s psychologem jak pro sebe, tak pro své pacienty, kterým musí například sdělovat diagnózu neplodnosti. Kladným výsledkem krizové intervence pak nemusí být jen těhotenství, ale rovněž to, že si klienti dokážou uspořádat život podle situace, v jaké momentálně jsou a nepodřizují všechna svoje jednání a rozhodnutí myšlence na početí dítěte.

Klienti, kteří se rozhodnou využít nabídky Společnosti pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti, o.p.s. si ovšem musí za nabízené služby zaplatit, protože tyto služby

nespadají pod výkony, které jsou v rámci léčby neplodnosti hrazeny jednotlivými pojišťovny. Výhodou pro klienta však je, že na webových stránkách jsou všechny nabízené služby doplněny informacemi o ceně a rozsahu služby a záleží na každém páru, zda a kterou službu si objedná a to nejen na základě vlastního rozhodnutí, ale může využít i odborné rady a podpory, která služba je pro něho v rámci jeho problémů ta nejvhodnější. " *Srozumitelné informace, podpora duše i podpora těla, by měly být nedílnou součástí léčby neplodnosti. Speciálně proces asistované reprodukce (umělého oplodnění - IVF), s sebou přináší těžkou zkoušku vlastní stability*"(podpora reprodukce, ©2010- 2012). Citát je krédem společnosti, pak už záleží na každém, zda bude považovat tuto část léčby neplodnosti jako osobnostně přínosnou.

Jak uvádí Benson a Starková (1997), někdo musí do tak velkého rozhodnutí o nemalém činu dozrát, přijmout, nechat věci plavat, kdy pacientky s gynekologickými problémy musí nejprve psychicky zvládnout svoji nemoc, naučit se s ní žít a pak ještě najít sílu na to, aby mohly podstoupit některou z metod AR.

## 2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Asistovaná reprodukce je souhrnem metod, při nichž se k léčbě neplodnosti používají laboratorní ošetření, nebo úschova oocytů, spermií, nebo embryí (Řežábek, 2008). Je to v podstatě jakýkoli medicínský zásah, který napomáhá lidskému rozmnožování. V průběhu posledních 20 let se techniky AR staly standardně dostupnými, převážně v rozvinutých zemích a nejen že se lidé naučili s možností umělého oplodnění kalkulovat, ale také je AR spojována s podporou emancipace žen, které dnes v průměru plánují své první dítě o několik let později, než tomu bývalo dřív (Řežábek, 2008). Primárním cílem AR je léčba neplodnosti, dále se zabývá prevencí neplodnosti, která je považována za chorobu.

Prvním směrem, z něhož asistovaná reprodukce vyšla, bylo použití spermií dárce k inseminaci ženy, jejíž manžel, nebo partner trpěl některou z poruch tvorby spermií, azoospermií, nebo těžkou oligoastenoospermií. Druhý směr byl výchozím bodem ze špatné efektivity chirurgické léčby neprůchodných vejcovodů, kde pak jako způsob vyřešení nefunkčních vejcovodů, byla vyvinuta in vitro fertilizace (dále jen IVF) a jiné příbuzné metody (Řežábek, 2008).

### 2.1 Historie asistované reprodukce

Na průkopnických objevech v oblasti oplodnění in vitro, se podíleli Gregory Pincus a Min Chueh Chang. Ve 30. a 40. letech 20. století prováděli, nejprve nezávisle, pokusy o oplodnění in vitro. Gregory Pinus se dočkal opovržení od vědeckého establishmentu ve 30. letech 20. století se svým králíkem ze zkusavky, avšak inicioval ke konci války založení nezávislé Worcester Foundation of Experimental Biology v Shrewsbury, v americkém státě v Massachusetts. O rok později tam přijal pozvání od Pincuse Min Chang, čínský biolog z anglické Cambridge. Prvním výsledkem jejich mnohaletého zkoumání syntetických estrogenů a gestagenů přinesl úspěšné zavedení perorálních kontraceptiv na přelomu 50. a 60. let. Další výzkumy v Shrewsbury položily základy pro techniky oplodnění in vitro. Anglický gynekolog Patrick Steptoe- průkopník laparoskopie- spolu s biologem Robertem Edwardsem byli autory prvního úspěšného pokusu oplodnění in vitro a Louise Brownová se tak v létě roku 1978 stala prvním dítětem ze zkusavky, jak se píše v úvodu knihy (Řežábek, 2008).

## 2.2 Metody a techniky asistované reprodukce

- Chirurgické zákroky- jsou využívány od počátku 70. let, v souvislosti se vznikem mikrochirurgických zákroků. Od 80. let se stále více užívá neinvazivní chirurgie- laparoskopie, která tvoří až 90% všech operativních zákroků na specializovaných pracovištích (Ventruba, 2008).
- Farmakoterapie- zde patří například hormonální léčba, je nasazeno kontinuální užívání antikoncepce po dobu 4- 6 měsíců, nebo až 9- ti měsíční vytvoření pseudomenopauzy. Úspěšnost se uvádí mezi 30- 70% léčených žen (Ventruba, 2008).
- Arteficiální inseminace (dále jen AI)- je vnesení spermií do pohlavního ústrojí ženy. Podle zdroje spermií se rozlišuje AIH (Arteficial insemination from Husband), což je inseminace manželovými, či partnerovými spermii, nebo AID (Arteficial insemination from Donor), kdy jde o inseminaci se spermii od dárce. Při těchto metodách jsou po odběru spermií propláchnuty od seminální plazmy a pak jsou vstříknuty hrdlem děložním přímo do dělohy. Tato metoda se opírá o zkušenosti ve veterinární medicíně, kde je použití spermií k inseminaci dobytka velmi rozšířeno (Řežábek, 2008).
- In vitro fertilizace (IVF)- skládá se z několika základních kroků, které pak mohou být doplněny o další techniky AR, podle potřeby v případě komplikací a nově zjištěných problémů při samotném průběhu IVF.
  1. Prvním krokem je kontrolovaná stimulace ovarií, s cílem dosažení 7- 12 folikulů. Folikul je váček ve vaječniku vyplněný tekutinou, který obsahuje vajíčko, jenž se v něm vyvíjí a zraje až do fáze ovulace (Konečná, 2009). Aby mohlo dojít ke vzniku embrya a následnému transferu, musí žena dle rozpisu užívat všechny předepsané léky ( hormonální tablety, injekce, spray atd.). Následně se také s předstihem, pomocí folikulometrie a analýzy hormonů odhadne ovulace, protože odběr vajíček se musí provést těsně před tím, než dojde k samovolné ovulaci s uvolněním vajíček z vaječniku (Unica, ©2008- 2012).
  2. Pak následuje punkce, neboli napíchnutí zralých folikulů na ovariích. Jak uvádí Řežábek (2008), v současné době se provádí vždy punkce vedená ultrazvukem, transvaginálně, v krátké celkové anestezii, dříve se používala

laparoskopie, kdy byl do dutiny břišní veden endoskopický nástroj- laparoskop (Konečná, 2009). V laboratoři jsou pak ve folikulární tekutině vyhledávány oocyty. Pokud ta není vajíčko nalezeno, může být folikul opakovaně proplachován, dokud není vajíčko z folikulu odsáto. I přes opakovaný proplach se však někdy vajíčko z folikulu nezíská (Unica, ©2008- 2012).

3. Příprava spermií- získání masturbací, zbavení seminální plazmy, bakterií a nepohyblivých spermií a jejich přidání k oocytům, 4- 6 hodin po punkci folikulů (Řežábek, 2008). V tabulce č. 1 jsou uvedeny základní hodnoty normálního spermioqramu dle WHO. V tabulce č. 2 jsou normální a patologické základní nálezy. Patologický nález se označuje jako mužský andrologický faktor sterility.

<i>množství spermií</i>	<i>více jak 20 milionů / ml</i>
<i>pohyblivost spermií celková</i>	<i>více jak 50% se pohybuje</i>
<i>pohyblivost progresivní ( vpřed )</i>	<i>více jak 25% se pohybuje progresivně</i>
<i>morfologie spermií ( tvar hlavičky, krčku, bičíku)</i>	<i>více jak 30% má normální tvar</i>

Tabulka č. 1 (Unica, ©2008- 2012)

4. Kontrola oplození první den po oplození, obvykle za 18 hodin po přidání spermií. Pak se nadále sleduje vývoj embryí a vybírají se embrya vhodná pro embryotransfer (dále jen ET) a pro kryokonzervaci. ET se provádí druhý den po oplození, nebo později, obvykle 3- 6. den po oplození. Tento proces se nazývá prodloužená kultivace a slouží k tomu, aby se co nejpřesněji určilo, která embrya se dobře vyvíjejí (Řežábek, 2008).
5. Embryotransfer se provádí přes děložní hrdlo do dutiny děložní, tenkým kateérem. Jde o nebolestivý zákrok, který má celkovou dobu asi 10 minut. Zavádějí se jedno až dvě embrya v malém množství tekutiny. Přínosem pro počínající těhotenství je vždy podpora progesteronem, kdy se po 14 dnech od transferu provádí test moči na přítomnost hCG, až po dvou negativních nezávislých testech na hCG z krve se provede vysazení substituce a tak dojde k potratu chtěné gravidity (Řežábek, 2008).

AR ovšem v případě, že spermiogram vykazuje patologie (uvedeno v tabulce č. 2) nabízí ještě další pomocné techniky, bez nichž by v některých případech nebyla metoda IVF vůbec proveditelná, nebo se tím zvyšuje pravděpodobnost oplodnění vajíček.

<i>stav spermií</i>	<i>hodnocení</i>	<i>způsob oplodnění</i>
<i>normospermie</i>	<i>viz tab.č.1.</i>	<i>přirozený, IUI, IVF</i>
<i>oligospermie</i>	<i>méně než 20 mil. / ml</i>	<i>přirozený, IVF, ICSI</i>
<i>asthenospermie</i>	<i>omezená pohyblivost</i>	<i>IVF, ICSI</i>
<i>teratospermie</i>	<i>více jak 70% patologický tvar</i>	<i>ICSI</i>
<i>kryptospermie</i>	<i>méně než 1 mil. / ml</i>	<i>ICSI</i>
<i>azoospermie</i>	<i>žádné oplození schopné</i>	<i>MESA, TESE, ICSI, dárce</i>

Tabulka č. 2 (Unica, ©2008- 2012)

- IntraCytoplasmic Sperm Injection (dále jen ICSI)- je to metoda, při které se skleněnou jehlou vpíchne jedna spermie do cytoplasmy oocytu.
- Techniky MESA, TESE- jsou techniky chirurgického získání spermií z varlete, nebo nadvarlete muže. Přínos těchto technik je největší u paraplegiků, nebo u obstrukce chámovodu, nebo v případech, kdy nejsou ve spermatu nalezeny žádné živé spermie a pomocí ICSI lze dosáhnout gravidity (Řežábek, 2008).
- Další metodou, která by měla zajistit vyjití (hatching- vylíhnutí), je metodou používanou jen zřídka. Dlouhodobá sledování asistovaného hatchingu (dále jen AH), nepotvrdila přínos narušení obalu obklopujícího oocyt a poté embryo, které by mělo po technice snáze implantovat.
- Preimplantační genetická diagnostika (dále jen PGD) je metodou, která umožňuje pomocí mikromanipulátoru vyjmout z osmibuněčného embrya jednu, nebo dvě buňky a použít je k analýze DNA. Nevýhodou však je, že jen malé procento- 30-40% takto testovaných embryí implantuje a vede ke vzniku klinické gravidity (Řežábek, 2008).

### 2.2.1 Rizika spojená s asistovanou reprodukcí

- Mnohočetné těhotenství- s cílem větší pravděpodobnosti těhotenství se zavádí 1- 2 embrya, výjimečně 3. Vícečetné těhotenství je větším rizikem pro ženu- sociální i zdravotní a je větší pravděpodobnost předčasného porodu, který je pak ohrožením pro nedonošené plody. Redukce se provádí jen v případě troj- a vícečetných těhotenství, až po 10. Týdnu gravidity, kdy je samovolné odumření plodu už méně pravděpodobné, ale jsou zde problémy s etikou prováděného výkonu, který je rovněž spojen s 2- 5% rizikem potratu všech plodů (Řežábek, 2008).
- Ovariální hyperstimulační syndrom (dále jen OHSS)- jje novým onemocněním a kauzálně souvisí se stimulací ovarií. „*Vyznačuje se zvětšením ovarií mnohačetnými cystami, ascitem, někdy perikardiálním výpotkem a hydrothoraxem, často hemo-koncentrací, leukocytózou, oligurií, rizikem trombózy a patologickými hodnotami jaterních testů*“ (Řežábek, 2008, s. 80). Podle odborníků léčebné postupy nemají na délku trvání (asi 3 týdny) vliv, ale mohou zabránit komplikacím a snížit nepříjemné subjektivní pocity pacientky.
- Mimoděložní těhotenství (dále jen GEU)- po IVF asi u 0, 5- 3 % cyklů.

Vzhledem k tomu, že od narození prvního dítěte počatého metodou IVF uplynulo teprve 34 let, nelze všechna rizika odhalit. Další potencionální pravděpodobnost jak pro dítě, tak matku je zvýšené riziko nádorových onemocnění, které souvisí s vysokými dávkami hormonů, jenž jsou zapotřebí pro růst folikulů a jsou také podávány zvýšené dávky na podporu těhotenství. Zda se tyto předpoklady zakládají na skutečnosti, bude možné zjistit až s odstupem let v budoucnosti, na základě výzkumů.

### 2.2.2 Etické a právní otázky asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce je způsobem léčby nemoci a proto je nutné, aby byla zákonně upravena. Konečná (2009) sice uvádí, že AR samotné příčiny poruch neplodnosti neléčí, ale jen obchází, ale rozměr zásahu při metodách AR je tak velký, že bez správné legislativy by byl pravděpodobně velmi často zneužíván. Není to rovněž krátkodobé rozhodnutí, jde o narození dítěte, které bude pár vychovávat a pečovat o něj a je velmi důležité, aby všechny informace týkající se etických aspektů byly předem zodpovězeny.

Podle Sociologického slovníku (Jandourek, 2001), je etika souhrnem všech principů, podle kterých se ve společnosti posuzuje správnost jednání. Jak uvádí Dostál (2007), etické

aspekty medicíny lze najít už ve starověku, Hippokratova přísaha byla napsána roku 400 před našim letopočtem. Norimberský kodex, který byl vyústěním soudu s válečnými zločinci, by základem pro přípravu dalších dokumentů, které byly přijímány mezivládními i mezinárodními profesními organizacemi. Z mezinárodních organizací je to především UNESCO, která přijala, samozřejmě kromě spousty dalších dokumentů, také dvě stěžejní deklarace týkající se biomedicíny-

- Všeobecnou deklaraci o lidském genomu a lidských právech
- Mezinárodní deklaraci o lidských genetických datech

V roce 2001 Česká republika podepsala a ratifikovala Úmluvu o lidských právech a biomedicíně a její Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí. Hlavním cílem organizace ESHRE- Evropská společnost pro lidskou reprodukci a embryologii (dále jen ESHRE), která byla založena v roce 1985, je podpora zájmu a porozumění v oblasti reprodukční biologie a medicíny. Z důvodu závažnosti etických aspektů AR Výkonný výbor ESHRE schválil vytvoření Zvláštní zájmové skupiny pro etiku a právo ESHRE, která má sloužit pro pacienty a odbornou veřejnost. Smyslem je vypracovávání etických pravidel praxe asistované reprodukce. Týkají se následujících témat:

1. *Morální postavení preimplantačního embrya*
2. *Kryokonzervace lidských embryí*
3. *Dárcovství gamet a embryí*
4. *Kmenové buňky*
5. *Preimplantační genetická diagnostika*
6. *Etické souvislosti mnohočetných těhotenství v lékařsky asistovaném rozmnožování*
7. *Etické úvahy ke kryokonzervaci gamet a reprodukčních tkání pro vlastní užití*
8. *Etika lékařsky asistované léčby neplodnosti pro HIV pozitivní muže a ženy*
9. *Význam preimplantační genetické diagnostiky pro HLA typizaci embryí*
10. *Náhradní mateřství*
11. *Etika asistované reprodukce po smrti*
12. *Dobro dítěte v lékařsky asistované reprodukci*
13. *Darování oocytů pro výzkum a terapeutické účely (Dostál, 2007, s. 20- 21).*



Nejdůležitějším profesním etickým kodexem, který navazuje na tyto dokumenty, je Etický kodex České lékařské komory (Dostál, 2007).

Jak uvádí Dostál (2007) všem živým tvorům jsou dány určité vlastnosti vývoje, tou existenční je schopnost reprodukce, které organismy ji neměly, tak v procesu vývoje zanikly. Člověk je však tvor myslící a zabezpečil si systém reprodukce, který ovšem pro udržení regulace a kontroly tohoto typu léčby neplodnosti, vyžaduje v každém státě právní regulaci.

*„Léčba neplodnosti má mezi ostatními způsoby léčby nemocí velmi výjimečné postavení-dotýká se dvou lidí, muže a ženy a jejím cílem je narození dítěte, o které bude nutno dlouhá léta pečovat. Proto je léčba neplodnosti - a speciálně asistovaná reprodukce - upravena řadou zákonů“* (Řežábek, 2008, s. 28).

Česko se řadí mezi státy, které mají jak zákonnou úpravu, tak směrnice. V procesu AR nastávají pořád nové a nové skutečnosti, které vyžadují tvorbu a aplikaci nových právních norem. Podle Dostála (2007) bylo v České republice provádění AR ovlivněno existencí Zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, Zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku a Zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Podle Dostála (2007) však žádné zákony, ani ta nejdokonalejší právní úprava nezabrání bezohledným lidem v tom, aby konali nesvědomitě a bez ohledu na to, co jejich činy způsobí, ať už je to v medicíně, obchodu, žurnalistice, nebo vzdělávání.

Záleží vždy na tom, jak mají CAR nastavenou léčbu, nakolik jsou lékaři schopni být současně lidmi, kteří naslouchají potřebám a problémům svých klientů, nejenom po tělesné stránce, ale myslí rovněž na to, zda jsou schopni podstoupit další cyklus, jestli to zvládnou psychicky.

### 3 KVALITA ŽIVOTA DOSPĚLÝCH

Termín „kvalita života“ se v historii zmiňuje v 20. letech 20. století a to v souvislosti s ekonomickým vývojem a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Pak se v poválečné době tento termín objevil v 60. letech, kdy americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života za cíl domácí politiky. Podle jeho mínění totiž nebyla ukazatelem společenského blaha kvantita spotřebovaného zboží (*how much*), ale to jak se lidem za určitých podmínek žije (*how good*). Začalo se totiž ukazovat, že soustavný ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti, ale spíše k růstu požadavků, které nebylo možné vždy naplnit. V sociologii pak brzy tento pojem zdomácněl a sloužil k tomu, aby bylo rozlišeno to, jaký mají lidé vlastní životní pocit, od toho, kolik mají aut, jakou mají výši příjmu, politické zřízení a podobně (Payne, et al., 2005).

V posledních letech, se ve světě věnují celé výzkumné týmy hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Ideologií tohoto studia je především podporovat a rozvíjet takové životní podmínky a prostředí, které budou pro lidi tím nejlepším způsobem žítí, v němž najdou smysl a který si dovedou a mohou užít. Koncept „salutogeneze“, profesora Aarona Antonowského, byl významným impulzem pro takovéto pojetí kvality života, avšak o kvalitě života se pojednává v různých vědních disciplínách a souvislostech. V sociologii se sleduje kvalita života u různých sociálních skupin, srovnávají ji a hledají nejvíce určující faktory. Psychologie je zaměřena na subjektivní pohodu jednotlivců a ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče, nebo jednotlivé zdravotnické programy (Payne, et al., 2005).

#### 3.1 Vymezení pojmu kvalita života

V běžné komunikaci se termín „kvalita života“ většinou vnímá s pozitivním hodnocením tohoto pojmu, protože kvalitní = dobrý, na rozdíl od odborného jazyka, kde se pojmu užívá k popisu pozitivních i negativních aspektů života a jeho hodnocení se žádoucí, nebo očekávanou úrovní existence, nebo se životy jiných lidí (Gurková, 2011).

„WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám (Vaňurová, Muhlpačr, 2005, s. 11). Tento koncept je však ovlivněn mnoha faktory- jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a

vztahem ke klíčovému oblaku jeho životního prostředí. Existuje spousta definic a zjednodušeně lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept objektivní a subjektivní dimenzi, přičemž subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem a objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví (Payne, et. al., 2005).

Je nespočet způsobů, jimiž se dá vyjádřit kvalita života, od těch nejjobecnějších, například „schopnost vést normální život“, „seberealizace“, atp. až po komplexnější definice, které jsou zaměřeny na určitý aspekt kvality života:

- Naplnění osobních cílů- schopnost jedince dosáhnout bezpečí, sebeúcty s možností využívat intelektuálních a fyzických schopností na cestě za svými cíli.
- Pocit štěstí a spokojenosti- Ferransova definice spatřuje v subjektivní kvalitě života pocit spokojenosti, který pramení z pocitu uspokojení, či neuspokojení v oblastech života, které jsou pro daného jedince důležité (Vařurová, Muhlpachr, 2005).

V psychologických definicích kvality života se velmi často setkáváme s pojetím, že kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen a spokojen je tehdy, když se mu daří dosahovat cílů, které si předsevzal (Křivohlavý, 2002).

Kvalita života posuzovaná jen z pohledu jednotlivce, je jen výběrem dílčí oblasti z celé problematiky. Křivohlavý (2002, podle Engel a Bergsma, 1988) zmapoval celou problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách:

- Makro- rovině- zde se problematika kvality života stává součástí politických úvah dané země, kontinentu a jde o absolutní smysl života, který je v tomto pojetí chápán, jako absolutní morální hodnota, která musí být respektována v závěru definice kvality života.
- Mezo- rovině- otázky vztahů v malých sociálních skupinách, sociálního klimatu a uspokojování, či neuspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny.
- Osobní personální rovina- zde do hry vstupují hodnoty každého z nás, jako jednotlivce- představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení atp.

### 3.1.1 Oblasti života, jichž se tematika asistované reprodukce dotýká

Při hodnocení změn v kvalitě života, v souvislosti s AR, posuzujeme život na všech třech úrovních, jak v makro- rovině, jelikož početí nového života je bezesporu absolutní smysl života, který se týká celé společnosti. Metody AR jsou však stále častěji využívány a třeba jejich existenci vnímat v širším kontextu, než jenom jako prostředek nahrády. Tato úroveň je velmi úzce spojena s mezo- rovinou, jelikož funkčnost malých sociálních skupin je závislá na uspokojení potřeb každého jejich člena, například člena rodiny. Pro mnoho párů je AR jediným způsobem, jak vytvořit rodinu s vlastním dítětem. Otázkou je, zda existence metod AR, které někdo neuznává je větším trápením, než nechtěná bezdětnost. Zde už je problematika posuzována na úrovni osobní personální roviny a vše lze posoudit i ve zpětné návaznosti. Je samozřejmé, že vždy se posuzují oblasti, které se dotýkají pojetí kvality života a ty se mohou měnit u každého jedince, každý totiž přikládá větší význam jiné oblasti.

Při hledání oblastí, jenž by mohly být metodami AR ovlivněny, jsem si uvědomila, že je zapotřebí posuzovat souhrn všech oblastí, je nutné zohlednit běžný život jedince, jako člena menších sociálních skupin, které tvoří celou naši společnost, bez bagatelizování, či upřednostňování některých oblastí jeho života, protože teprve výzkumem dojde k rozpoznání možných vlivů a změn AR.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUM

Když jsem se začala zajímat o tematiku AR, uvědomila jsem si, že čím více je lidí, kteří z jakýchkoliv důvodů vyhledávají pomoc v CAR, tím méně se o daném tématu hovoří. Nabízí se otázka, jestli je to dobře, nebo ne. Veškeré počínání lékařů, kteří pomáhají bezdětným párům, je ošetřeno zákonem a pokud je cyklus úspěšný, je záležitost považována za uzavřenou, pokud ne, CAR nabídne páru další možná řešení. Zatím však nebyly provedeny žádné výzkumy, které by se zabývaly tím, zda proces, který podstoupí páry při AR, nezapříčinil kvalitativní změny v jejich životě. Z tohoto důvodu mě zajímalo, co si myslí bývalí i současní klienti CAR, zda se jejich život nějak změnil, když se rozhodli pro početí dítěte metodami AR a zda nepocítují následky dnes, s odstupem doby. Rovněž jsem se ve výzkumu zaměřila na to, jestli klienti využili pomoci psychologa, nebo odborné poradny a jaký je jejich názor na existenci tohoto způsobu pomoci bezdětným párům.

### 4.1 Výzkumný problém

Jako výzkumný problém jsem stanovila **vliv metod AR na jednotlivé oblasti života dospělých**. Zvolila jsem deskriptivní formu výzkumného problému, který zjišťuje a popisuje situaci, stav, nebo výskyt určitého jevu. Typ výzkumného problému do značné míry udává výzkumné a statistické metody (Gavora, 2000).

### 4.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo **zjištění kvalitativních změn v životě klientů CAR**. Následně pak byly vytýčeny dílčí výzkumné cíle:

- Okolnosti a zdroje motivace vedoucí k využití metod AR
- Zkušenosti klientů CAR s okolím
- Vnímání fyzického zdraví a jeho změn u klientů CAR
- Vnímání psychického zdraví a jeho změn u klientů CAR
- Osobní zkušenost klientů s poradnami při CAR
- Přínos spolupráce bývalých a nových klientů CAR, spočívající ve sdílení osobních zkušeností
- Vnímání metod AR s odstupem času

Okruhy byly návodem na sestavení samotné struktury rozhovoru tak, aby otázky vystihovaly podstatu zkoumaného tématu. Podstatná část sběru dat prostřednictvím rozhovoru totiž probíhá při přípravě otázek, ale také promýšlení potencionálních odpovědí, pro případné doplňující otázky na informanta (Švaříček, Šed'ová, et al., 2007).

### 4.3 Stanovení a výběr výzkumného vzorku

V této fázi jsem zvolila záměrný, neboli účelový výběr, který je podle Miovského (2006) v kvalitativním výzkumu tím nejvíce používaným. Kritériem výběru je určitá vybraná vlastnost, projev této vlastnosti, nebo také stav, což znamená, že vyhledáváme pouze jedince, kteří tyto kritéria splňují a chtějí se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006). Z hlediska citlivosti mnou zvoleného tématu nabylo jednoduché získat výzkumný vzorek, který by splňoval objektivní předpoklady, to znamená úspěšné i neúspěšné klienty CAR a zároveň byl ochotný poskytnout mi rozhovor.

- Oslovila jsem 2 jedince, kteří byli v metodách AR úspěšní a mají dvojčata
- Dále se mi do výzkumu zapojila paní, která ani po několikaletém snažení neotěhotněla a má za sebou 6 pokusů IUI, 4 pokusy IVF a jeden pokus IVF s darovanou gametou.
- Další paní otěhotněla metodou IVF a porodila zdravá dvojčata, ale dodnes se potýká s rozsáhlými zdravotními problémy, které přisuzuje metodám AR.
- Výzkumu se zúčastnila rovněž paní, která podstoupila metody AR před více než 10 lety, z původních dvojčat se narodil zdravý chlapec a paní brzy otěhotněla spontánně a narodilo se jí ještě děvče.
- O účast v mém výzkumu jsem rovněž požádala manželský pár, který počal dítě metodou IVF, paní je s v současné době ve 20. týdnu těhotenství.
- Jako poslední jsem oslovila pár, který podstoupil v CAR všechna potřebná vyšetření, ale nakonec se pro metody AR nerozhodli, což pro mě bylo velmi zajímavé zjistit, proč raději zvolili nedobrovolnou bezdětnost, než metody AR. Výzkumu se účastnilo 6 žen a tři muži. Přestože nebylo cílem výzkumu zjistit genderové odlišnosti ve zkoumaných oblastech, ve zpracování dat byly rozdíly zmíněny. Všech

těchto informantů se metody AR nějakým způsobem dotýkají, ale každý do výzkumu přinesl jinou zkušenost s nimi.

#### 4.4 Metoda výzkumu

Již v názvu mé práce je uvedeno, že se jedná o kvalitativní výzkum. K jeho výběru mě přivedla především podstata zkoumaného problému, což jsou životy lidí, lidí, jako jednotlivců a jejich osobních příběhů, zkušeností a plánů do budoucna a jejich vnímání v kontextu současného prožívání. Pokud bych použila kvantitativní typ výzkumu, nebylo by možné vystihnout to, co si respondenti myslí, co cítí a jaké jsou jejich názory na danou problematiku. Zkoumané téma je velmi osobní a citlivé a je proto rovněž důležité, aby byly otázky kladeny s ohledem na to, zda nejsou informantům nepříjemné, je možno sledovat neverbální projevy, využít toho, když je informant nakloněn co nejvíce otevřeným odpovědím a podle toho přizpůsobit styl vedení rozhovoru. *„Kontakt tváří v tvář výzkumníkovi by měl být zárukou pravdivých a dostatečných odpovědí* (Gavora, 2000, s. 110).

Jako výzkumnou metodu jsem použila rozhovor, který je podle Miovského (2006) nejvýhodnější a současně nejobtížnější metodou pro získávání kvalitativních dat. Původně jsem chtěla použít nestrukturovaný rozhovor a provedla jsem předvýzkum, ale informantka si bohužel nepřála, aby byl rozhovor monitorován. Nicméně i tento krok měl pro můj výzkum velký význam, protože jsem zjistila, že pokud nebude rozhovor strukturovaný, nebude pro mne možné výzkumem odpovědět na výzkumné problémy v celé šíři. Proto jsem zvolila polostrukturovaný, neboli semistrukturovaný rozhovor, který je podle Miovského (2006) nejrozšířenější podobou metody rozhovoru a dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného rozhovoru. Do schématu rozhovoru jsem zařadila otevřené i polootevřené otázky, čemuž předcházelo detailní prostudování teorie AR.

Otázky v rozhovoru:

1. Jak vnímáte dobu, kdy jste se rozhodovali, zda podstoupit některou z metod AR?
2. Hledali jste při tomto rozhodování pomoc a radu u jiných lidí, myslíte si, že sdílení je osvobozující?
3. Kde je podle Vás snadnější bydlet, pokud jste klientem CAR, na vesnici, nebo ve městě, proč?
4. Jak se k Vám choval zaměstnavatel při častějších absencích z důvodů vyšetření a léčebných procedur, obeznámili jste ho s důvody své absence?



5. Měl/a jste pocit, že je vaše pracovní pozice v souvislosti s AR nějak ohrožena?
6. Jste sám/a se sebou spokojen/a, co jste udělal pro početí dítěte?
7. Byla někdy tematika AR příčinou Vašich manželských neshod?
8. Jaký je Váš názor na metody AR v souvislosti s člověkem, přírodou?
9. Myslíte si, že člověk musí přehodnotit svoje morální zásady, aby svěřil početí dítěte do rukou lékařů?
10. Jak vnímáte AR v souvislosti s Vaším fyzickým zdravím?
11. Ovlivnila tahle cesta bezdětnosti nějak Váš sexuální život?
12. Zasáhly Vám finance, spojené s AR do rodinného rozpočtu?
13. Vzdali jste se díky AR některých svých zálib, nebo oblíbených činností?
14. Narušily Vám okolnosti, spojené s AR Váš spánek?
15. Myslíte si, že byly nějakým způsobem ovlivněny, nebo změněny mezilidské vztahy v místě Vašeho bydliště? (řekl/a jste o Vašem problému někomu blízkému?)
16. Máte nějaký námět, jak pomoci lidem, kteří se na AR chystají, nebo už mají nějaké pokusy za sebou a jsou bezradní, využili jste Vy osobně nějaké poradny, nebo psychologa? Myslíte si, že je dostatek informací o tom, kde hledat pomoc?

#### 4.4.1 Průběh sběru dat

Rozhovory s informanty byly předem domluveny, proběhly v měsíci březnu 2012. S jednou informantkou byl rozhovor veden a natáčen v její kanceláři, protože pro jejího manžela je tohle téma velmi citlivé a nebylo by možno nerušeně mluvit v jeho přítomnosti v informantčině domě. S ostatními byly rozhovory uskutečněny v domácím prostředí informantů, na základě jejich přání. Všichni chtěli být předem seznámeni s otázkami, na které se jich budu ptát, takže většina dotazů, týkajících se nepochopení otázek byla zodpovězena ještě před samotnými rozhovory. Podle Švaříčka, Šed'ové, et al. (2007) jde o tzv. úvodní otázky, kde jsem si navzájem s informanty jednak ujasnila proč, za jakým účelem a s jakým cílem výzkum provádím a také jsem od všech získala souhlas s použitím získaných informací pro moji bakalářskou práci. Všechny rozhovory byly anonymní, takže souhlas s rozhovorem je vždy na samotném začátku nahrán na diktafon. Rozhovory trvaly v průměru od 20 do 30 minut. V závěru vždy byla ukončovací otázka, ve které byl infor-

mantům ponechán prostor na vlastní vyjádření, k danému tématu a byli ještě jednou ubezpečeni o tom, že bude dodržen princip důvěry a anonymity rozhovoru. Jak uvádí Disman (2002), je respektování anonymity základním požadavkem výzkumné etiky, stejně tak informace o tom, jak dlouho bude rozhovor trvat a čeho se bude týkat. Podané informace by měly být dodrženy, aby na výzkumníkovu bezohlednost nedoplátili výzkumníci, kteří by chtěli zkoumat naše informanty v budoucnosti.

## 4.5 Metoda zpracování a analýza dat

Po rozhovorech následoval proces převodu mluveného projevu do písemné podoby. Tato část je velmi časově náročná, ale pro dobrou analýzu a vyhodnocení výsledků výzkumu je nezbytná.

Dále jsem použila techniku otevřeného kódování, která byla vyvinuta v rámci výzkumného designu zakotvené teorie. Je to velmi efektivní způsob analýzy dat, který může sloužit samostatně, nebo na něm lze stavět další řadu analytických technik (Švaříček, Šed'ová, et al., 2007). Autory zakotvené teorie jsou Barney Glaser a Anselm Strauss, kteří se pak v pozdější době rozhodli rozvíjet vlastní teorii. Jejich teorie se liší v přístupu ke kódování, kde u Glasera výzkumník hledá sám spojení mezi kategoriemi, nebo proměnnými, kdežto Strauss s Corbinovou tato spojení předem modelují (Švaříček, Šed'ová, et al., 2007).

### 4.5.1 Otevřené kódování

**Kódování** je procesem analýzy údajů, kde **pojmy** znamenají označení událostí, případů a jiné výskyty jevu. **Kategorie** je třídou pojmů a je objevena vzájemným porovnáváním, pojmy jsou pak seskupovány do vyššího řádu- kategorie (Strauss, Corbinová, 1999).

Všechny přepsané rozhovory jsou nejprve rozděleny na jednotky, což může být slovo, věta, nebo celý odstavec a vzniklým jednotkám pak jsou přiřazeny kódy, podle toho, o čem vybraná sekvence vypovídá, co reprezentuje. Souběžně s tím, jak kódujeme, vytváříme seznam kódů, jež jsou pak výstupem pro kategorizaci, kterou podle Švaříčka a Šed'ové, et al (2007) provádíme nesystematicky a intuitivně v průběhu kódování. Jde vlastně o to, že pod nově vytvořený název kategorie slučujeme kódy, o kterých si myslíme, že souvisejí se stejným jevem (Švaříček, Šed'ová, et al., 2007).

„Proces kódování má za úkol podněcovat objevování nejen kategorií, ale právě také jejich vlastností a dimenzí, na kterých se tyto vlastnosti nacházejí“ (Miovský, 2006, s. 229). Což pak napomáhá hledat, identifikovat a popisovat vztahy mezi kategoriemi a subkategoriemi, pro usnadnění a upřesnění další fáze zpracování.

## KATEGORIE:

### **Kategorie č. 1 SOCIÁLNÍ TLAK**

Kódy: rozhodnutí, možnosti, informace, naděje

#### **Vlastnosti:**

touha

tlak okolí

#### **Dimenze:**

silná

slabá

Ze všech rozhovorů bylo znát, že informanti cítili silnou touhu po dítěti, hrálo to v jejich životech v daném momentě hlavní úlohu, proto byla všechna rozhodnutí podřízena tomuto pocitu.

- **Subkategorie č. 1. 1. EXISTENCE METOD AR**

Samotný fakt, že je možnost využití metod AR je pro některé informanty nadějí a jedinou možností, které přidělili všechny nutné okolnosti, pro jiné je silným stresorem, jehož existenci nevnímají pozitivně.

„Nepřemýšleli jsme nad tím, bylo pro nás nejdůležitější to, aby se cyklus povedl, abychom měli dítě, nic nás na tom neodrazovalo, prostě jsme byli rozhodnutí, že to chceme podstoupit. Vždycky jsme toužili dokázat to, aby dítě bylo geneticky naše. Chtěli jsme samozřejmě počít normálně, no ale pak jsme chtěli dítě za každou cenu.“ (R1- žena)

„Do mých 30 jsme stavěli dům, mysleli jsme, že to půjde samo, pak ejhle, ono to nejde, pak jsme v Brně na Fakultní nemocnici zkoušeli asi 6x IUI, IVF jsme oddalovali. Místo jsem pak pustila, protože by mou práci za mě musel dělat někdo jiný a mě by to stresovalo, byla by to taková nejistota, bylo to dilema, ale dala jsem přednost klidu pro mě samotnou a myšlence na dítě. Ze začátku jsem měla problém vidět kočárek, dnes už je to v pohodě.“ (R3)

„Spíš bych uvítala možnost, že by AR nebyla a já nemusela tohle rozhodnutí dělat. Čím víc jsem o tom věděla, tím víc jsem to nechtěla. Je to rozhodnutí hodně velké, pro mě osobně jedno z největších, co jsem kdy udělala.“ (R5)

„No já si myslím, že pokud člověk za každou cenu to dítě chce, tak nemusí nic přehodnocovat, udělá proto cokoliv, je rozhodnutý udělat cokoliv.“ (R6)

„Když jsme zjistili, že je problém, jeli jsme do Zlínského CAR, doktor mi stejně řekl, že jinak to nepůjde, než AR, mám už 35 let, takže jsem spokojená.“ (R7- žena)

### • Subkategorie 1.2. PŘÍNOS INFORMACÍ OD JINÝCH KLIENTŮ

Informanti pocítovali vzájemné sdílení a získávání informací od ostatních klientů jako uklidňující, fakt, že nejsou sami, komu se nedaří počít dítě, jim dával naději, nepřipadali si pak tak „nenormální“. Pro někoho bylo naopak sdílení takových informací někomu cizímu nepřijatelné.

„Kamarádka měla dvojčata z cyklu AR, tak nám řekla všechno, co je zapotřebí, na co se nás budou ptát, jaké vyšetření nám budou dělat, bála jsem se ze začátku, jestli to zvládnou já sama, dokud jsem s kamarádkou nemluvila, ale pak podle toho vyprávění to nebylo až tak těžké a složité, pomohla mi to celé pochopit, až pak jsem šla k lékaři i s manželem, ten nám to všechno vysvětlil, dal nám brožurky, pak už nám to bylo jasné.“ (R1-žena)

„Ne, nehledali jsme nikde, neptali jsme se, neradili jsme se s nikým, Unicu v Brně jsme dostali jako doporučení od lékařky, nedokážu si představit, jít k někomu na radu.“ (R2)

„Od kamarádek jsem věděla, že na cyklech AR byly, ale spíš jsem hledala odbornou literaturu, četla jsem v knížkách, jinak ne. Ale poradila jsem kamarádce, my jsme měli dělanou genetiku, tak na to šla taky, tam jí zjistili genetickou vadu, tak aspoň věděla, proč mnohokrát potratila.“ (R3)

„Kdybych před těmi 13 lety neměla kamarádku, tak bych se možná sama neodhodlala hledat tuhle možnost, bylo to pro mě velmi důležité, popovídat si s ní o stejném problému.“ (R4)

„Hledala jsem pomoc u švagrové, která byla na AR, podstoupili toho hodně, tak byla dost informovaná, dost mi poradila. Je to pro mě hodně osvobozující, se poradit, promluvit si o tom, zvláště, když je to příbuzný.“ (R5)

*„No já jsem se tak trochu o tom bavila se známou, která na IVF taky byla, ale jinak jsem věděla o co se jedná.“ (R7- žena)*

- **Subkategorie 1.3. INTERNET**

Jestliže zdroje informací pocházejí z internetu, jsou sice velmi snadno dostupné, ale u nejistých zdrojů mohou být matoucí a klamavé. Přesto pro většinu informantů byly internetové zdroje stěžejním materiálem, kde hledat nejen informace, ale také rady a příběhy ostatních klientů.

*„Hledali jsme na internetu, z počátku jsme nevěděli, kam jít, na koho se obrátit, tam jsme našli spoustu rad a podobných dotazů, no a pak od kamarádky, ale na internetu nás to nutilo jít pořád dál, nám nejvíc pomohl internet, tam bylo hodně odpovědí a otázek, takové, které jsme potřebovali.“ (R1- muž)*

*„Dnes už je na internetu spousta informací, když my jsme byli na AR, tak nebylo nic.“ (R4)*

*„Informací jsme měli dost, nejvíc jsme hledali na internetu.“ (R5)*

*„Nehledal jsem pomoc u jiných lidí, strávil jsem hodiny, dny a týdny hledáním na internetu. Našel jsem o AR snad úplně všechno, co najít šlo, věnoval jsem tomu spoustu času, ale sám, ve spojení s internetem, kde se dá najít všechno. Dnes není problém, zajít si na internet, tam si najít problematiku, lidé jsou tam sdílní, jsou tam názory pro i proti, záleží na tom, jak si to každý zpracuje, je to téma na dlouhé a dlouhé hodiny.“ (R6)*

*„Na internetu jsme byli, ale jen málo, víc informací nám podal doktor.“ (R7- žena)*

## **Kategorie č. 2 SEBEHODNOCENÍ KLIANTA CAR**

Kódy: sebehodnocení

<b>Vlastnosti:</b>	<b>Dimenze:</b>
vnitřní napětí,	silná
odhodlanost	velká
spokojenost	nejistá

Informanti v průběhu rozhovorů často přemýšleli nad tím, zda CAR navštívili ve správnou dobu, pak se ujišťovali, že vlastně ano, že to tak mělo být. U některých byl znát pocit, že jednali správně, v některých případech nastaly pochybnosti.

- **Subkategorie č. 2.1. UDĚLAL/A JSEM VŠE, CO ŠLO?**

Pro informanty nebylo rozhodující, zda byli úspěšní, ale moment, kdy nabyli pocit, že udělali opravdu vše, co bylo v jejich silách a možnostech.

*„Určitě jsme se sebou spokojeni, no možná jsme chvíli váhali, ale proto, že jsme doufali, že se nám to podaří normálně.“ (R1- muž)*

*„Byla to nejlepší doba, neotáleli jsme s tím a určitě to nemělo být dřív, sice jsme pořád doufali, že otěhotním sama, že se to prostě stane samo, no a pak jsme začali hledat příčinu, ten problém, proč to nejde, vyšetření trvalo zhruba rok, než jsme podstoupili AR, myslím, že to opravdu bylo v pravou chvíli, jsme spokojeni po všech stránkách.“ (R1- žena)*

*„Já si myslím, že jsme proto udělali všechno, v poslední fázi už jsme se rozhodli i pro darované vajíčka, ale taky to nevyšlo. Teď když chci někomu udělat radost a taky sobě, tak koupím, nebo přispěji na něco hezkého pro děti příbuzných. Moje tělo prostě asi to, co jsme pro to dělali, nepřijímalo. Připadala jsem si, jako že já jsem zklamala.“ (R3)*

*„No myslím si, že v rámci možností, našich možností, jsme proto udělali, co šlo. Asi jsem spokojená. Ale nakonec jsem se rozhodla, že na to nepůjdu, z vyprávění na internetu téměř všechny ženy měly problémy, ta dávka hormonů je velká.“ (R5)*

*„Hm, nejsem spokojený, ale ze své stránky jsem udělal maximum, myslím si, ale spokojený určitě nejsem, i když rozebírali jsme to, u nás to bylo trochu jiné, my jsme se rozhodovali dlouho, ale nic zásadního se v tomhle směru nedělo, my jsme své zásady nezměnili, takže vlastně spokojený jsem. Co bych mohl jen z vlastní zkušenosti doporučit, ať si každý předem rozhodne, co je pro to ochotný udělat, Kam až půjde, my jsme to neudělali a byl to zbytečný stres navíc.“ (R6)*

*„Jo, jsem spokojený, snad to dopadne dobře, neřešili jsme nic jiného, než jestli to vyjde, nebo ne, prostě jsme chtěli miminko a to bylo vše, poradím jen jednu věc, nebát se toho a prostě když chci dítě, tak jít do toho.“ (R7- muž)*

- **Subkategorie č. 2.2. NEMĚLI JSME JEŠTĚ POČKAT?**

Potřeba ovládat plně svůj život a mít vše pod kontrolou není vždy uskutečnitelná, pro neplodné páry metody AR však poskytují velké možnosti v tomhle směru a touha bývá natolik silná, že se páry rozhodnou podstoupit metody AR brzy.

*„Myslím si, že jsme se s tím vyrovnali velmi rychle, asi ano, jsem spokojená, možná by se to podařilo i samo, protože teď se nám narodilo třetí dítě po spontánním otěhotnění. Při-*

*tom nám lékaři řekli, že šance na to není prakticky žádná. Měli jsme oba velké problémy, ale asi to tak mělo být.“ (R2)*

*„Určitě ano, jsem spokojená, ale mně bylo strašně málo, měla jsem něco málo přes 20, takže jsme ještě třeba mohli počkat, připadala jsem si mezi klientkami, kterým bylo kolem 40, jako jejich dítě.“ (R4)*

### **Kategorie č. 3 VZTAHY KLIENTŮ CAR**

Kódy: vše pro dítě, vzájemnost,

<b>Vlastnosti:</b>	<b>Dimenze:</b>
pochopení	silná
závist	silná
moment rozhodnutí	nutný

Každý klient se do CAR dostal už s existujícími sociálními vazbami a vztahy a všichni informanti, ať už později, nebo dříve, se známým a kolegům v práci svěřili, že se rozhodli počít dítě touhle cestou. Otázkou zůstává, do jaké míry se vztah změnil díky novým informacím, nebo zda změny nezpůsobily nějaké jiné okolnosti, které proběhly ve stejný čas.

- **Subkategorie č. 3.1. MANŽELSKÉ NESHODY**

V otázce, co udělat pro početí dítěte musí být partneři jednotní, nemůže jít každý svou cestou. Řešení těchto obtížných a zásadních problémů sebou přináší řadu momentů, na které informanti neradi vzpomínají.

*„...potřebovala jsem trochu víc podpory od manžela, ale ten to spíš zvládal horší, než já. Ze začátku jsme uvažovali o adopci, ale pak se to nějak seklo a manžel už nechtěl. My jsme měli problém oba, to bylo horší, bylo nižší procento úspěšnosti. Ještě předtím, když mi vyšel test negativní, tak jsme stejně museli na potvrzení negativy těhotenství do nemocnice, no a tam potřebuješ tu podporu partnera , i když víš, že nic není, že nejsem těhotná, tak mi řekl, že zas nic, byl takový odcizený, bylo to náročné.“ (R3)*

*„Ano, hádali jsme se dost často, trvalo velmi dlouho, než jsme se odhodlali vůbec někam zajít a myslím, že dodnes nemáme jednotný názor na to, jak to pojmout.“ (R5)*

*„Ano, manželské neshody byly a velmi často. Dál to nechci rozebírat.“ (R6)*

- **Subkategorie č. 3.2. VZTAHY OSOBNÍ**

Vědomí veřejnosti o metodách AR je už poměrně široké, rovněž počty nechtěně bezdětných stoupají, přesto se někdy najde člověk, který tento způsob početí vnímá negativně a ztrpčuje tím klientům CAR život. Ve většině případů se informanti setkali jen s kladnými reakcemi.

*„Nikdo se nás na nic neptal, nic nezjišťoval, byly případy, že se někdo snažil na toto téma zavést řeč, když pochopil, že nemáme zájem, tak nás neobtěžoval, bylo to v pohodě. S manželkou jsme byli taky za jedno, z rodiny nás podporovali určitě všichni a ze známých, komu jsme to řekli taky, nevím o nikom, kdo by s tím měl problém.“ (R1- muž)*

*„Ne, ne s manželem jsme byli vždycky za jedno, když jsme začali chodit do centra, jsme si byli hodně blízcí. Řekli jsme o tom taky známým, v některých případech na to nerada vzpomínám, ten začátek tím pak byl velmi ovlivněn, byly to velmi negativní reakce, nerada na to vzpomínám.“ (R2)*

*„Lidi o tom věděli, ptali se, kdy to bude, pak už ne, ze začátku jsem měla divný pocit. Negativně se ke mně nikdo nechoval, do očí mi nic neřekli, možná rodičům, ale nám ne.“ (R3)*

*„S manželem jsme se na všem shodli, to bylo bez problémů, my jsme o tom mluvili otevřeně, nebyl ani jeden případ, že by se někdo ke mně otočil zády, měli jsme s manželem pocit, že nikdo proti tomu nic nemá.“ (R4)*

*„Já se tím rozhodně netajím, věděli to všichni, kam chodíme, nikdo nebyl proti, v práci mám známého, a ti podstoupili AR a dopadlo jim to dobře, všichni jim fandí, nikdo nebyl proti, mají všichni radost, nevím o nikom, kdo by za to někoho odsoudil.“ (R5)*

*„Ano, řekli jsme o tom, nejsem si jistý, ale myslím si, že u některých to, že jsme podnikli jen to nejzákladnější, to bylo za nedostatečné, myslím si, že nás za to někteří odsuzovali, že nechceme jít dál, že to vnímali negativně.“ (R6)*

*„...člověk se tak ze začátku trochu stydí, moje mamka byla taky v pohodě, všichni známi taky, spíš nám fandili, že děláme dobrou věc.“ (R7- muž)*

### • Subkategorie č. 3.3. REAKCE V ZAMĚSTNÁNÍ

Stejně jako dvě předchozí kategorie i tahle se týká vztahů. Ve vztahu pracovním však musí poměrně často absentující informanty někdo zastupovat a závist kolegyně, které se IVF nepovedlo pak značně informantce komplikovala život. I zde platí tvrzení, že hraje velkou roli kvalita vztahu před tím, než se informanti rozhodli pro metody AR.



„...zaměstnavateli jsem o tom řekla, až když jsem byla těhotná, šla jsem radši na neschopenku, za celou dobu ale nikdo neměl námitky, že jsem často pryč, všechno bylo v pořádku, vyšli mi vstříc.“ (R1- žena)

„Bylo to bez problémů, vždy jsem řekl v práci, že jdu k lékaři na vyšetření s manželkou, na nic se mě neptali, vše bylo stejné, jak dřív, než jsme začali chodit na kliniku.“ (R1- muž)

„Zaměstnavatel o tom věděl vše, ten mě maximálně podpořil, kolegové naopak. Od kolegů jsem si naopak ze začátku užila ten největší stres. Panovala vzájemná nevraživost, jako by mi to nepřáli. Kolegyně, která měla za sebou několik pokusů AR a nakonec se jim podařilo spontánně otěhotnět a má dítě, tak ta se ke mně chovala asi nejhůř, jako by mi to snad nepřála. O pracovní místo jsem se nebála, v době, kdy jsme šli do CAR jsem studovala doktorát, kde byly stanoveny nějaké podmínky pracovní smlouvou, takže jsem se nebála.“ (R2)

„Výhodou pro mě bylo, že jsem přes týden pracovala v Brně, na všechny kontroly jsem chodila z práce a pak si to nadělala. V práci to věděli, pracovní neschopnost jsem měla až při samotném zákroku, jen když jsem byla na zákroku v roce 2007, kdy jsem měla cystu, tak to jsem byla 3,5 měsíce doma. Problémy nebyly, protože jsme chodili po delších intervalech, ne po půl roce, tak po roce, až dvou. V roce 2007 jsem byla vedoucí, tak jsem se musela rozhodnout, zda přestoupím, pokud by se to podařilo, nemohla bych tým vést dál. Ze strany kolegů nevraživost nebyla, sama jsem se rozhodla o přestupu, zaměstnavatel mi problémy nedělal.“ (R3)

„Mistrová na dílně to věděla, ale nikdy to nebylo bez problémů, vždycky to byly takové ty komentáře, že zase někam jedu, co tam pořád dělám, takže to bylo hodně nepříjemné, bylo to náročnější. V té době mi to ale bylo jedno, vůbec jsem nad tím nepřemýšlela, všechno jsme s manželem podřizovali tomu, abych otěhotněla.“ (R4)

Zaměstnavatele jsem s tím neobeznámila, problémy jsem neměla, protože si můžu napsat směny podle potřeby, tak si toho vlastně nikdo nevšiml. Ale spolupracovník podstoupil AR, řekl o tom a dostal volno, kdy potřeboval, bylo to bez problémů.“ (R5)

„Absence nebyla žádná, má pracovní dobu na turnusy, takže jsem si to naplánoval podle potřeby, nebyl žádný problém, vztahy s nadřízeným jsou dobré, takže bez problémů.“ (R6)

„On tam ani nebyl problém, protože manželův nadřízený je můj strýc, no a já jsem mívala odpolední, na kliniku jsem jezdila ráno, tak taky problém nebyl, věděli o tom, kam jezdím, o práci jsem se nebála.“ (R7- žena)

*„Ano, vedoucí o tom věděl, když jsem potřeboval, vždycky mě to umožnil, když jsem jel s manželkou, nikdy mi neřekl, že nemůžu jet, když jsem pak chtěl jet s manželkou na první ultrazvuk, tak řekl, že musím jet!“ (R7- muž)*

#### **Kategorie č. 4 METODY AR A LIDSKÝ ORGANISMUS**

Kódy: problémy, hormony, operace, stres, komplikace

<b>Vlastnosti:</b>	<b>Dimenze:</b>
obavy	stálé
spokojenost	silná
sebeobrana	potřebná
změny	dočasné- trvalé

Všichni mnou dotazovaní muži podstoupili v rámci léčby a vyšetření pouze odběr spermatu, takže k fyzickým zásahům nedošlo. Odlišné to bylo u žen, které s rozdílnou mírou citlivosti snášely aplikaci hormonálních léčiv. Celé dění však obě pohlaví vnímají také emocionálně, je pak otázkou odolnosti jedince, jak nové a neznámé prožitky dokáže zvládnout.

- **Subkategorie č. 4. 1. JAK DÁVKY LÉČIV PŮSOBÍ NA ŽENY**

Míra snášenlivosti informantek byla různá, podle zdravotního stavu, celkových dávek a jejich opakování, u některých zdravotní problémy přetrvávají dodnes, přestože podstoupily jen jeden cyklus. Strach z možných následků byl důvodem, proč jedna informantka vše na poslední chvíli zrušila a IVF nepodstoupila.

*„Žádné změny nenastaly, všechno bylo v pořádku, až pak když jsem otěhotněla, čekala jsem dvojčata, tak jsem musela odpočívat, byly to takové ty běžné problémy s těhotenstvím, jinak ani dnes nepociťuji žádné problémy a změny.“ (R1-žena)*

*„Na ženské tělo je to určitě nápor, ty dávky hormonů, myslím si, že zdraví člověka to ovlivní hodně, mám dodnes problémy, jak po ženské stránce, rozhodily se mi hormony, byla jsem an operaci, kdy mi nikdo nedokázal říct ano, ani ne, jestli nebyl důvodem zvýšený přísun hormonů. Já jsem brala velmi vysoké dávky. Mám hodně anovulačních cyklů, bez prášků nemenstruuji.“ (R2)*

*„...hodně jsem přibírala, měla jsem prodloužený cyklus, bylo mi z těch hormonů blbě, nejhorší bylo, když se to nepovedlo, pak jsem přestala píchat hormony a bylo mi hrozně zle, byla jsem jak v přechodu, výkyvy nálad. Já mám odjakživa nepravidelné menzes, pak se mi*

začaly tvořit cysty, určitě jsem tím trpěla, ty dávky hormonů byly velké, moc jsem přibrala, doted' jsem po hormonální stránce taková rozhozená.“ (R3)

„Nemyslím si, že to na mě nějak působilo, když jsem pak po druhé otěhotněla normální cestou, tak mi to připadalo stejné, nebylo mi ani špatně, zvýšené dávky hormonů jsem snášela bez komplikací, nemám ani teď žádné problémy.“ (R4)

„Když jsem se rozhodovala, tak jsem se hodně bála, že by do mě narvali hodně chemikálií a hormonů. Znáám někoho, do koho ty hormony cpali a teď ta holka má velké zdravotní problémy a nejsem si jistá, jestli to není z toho IVF, takže vím určitě, že bych problémy měla.“ (R5)

„Já jsem se cítila úplně v pohodě, hormony mi nevadily (pozn. žena měla prodloužený cyklus), prostě pokud je žena zdravá, tak si nemyslím, že by tam mohlo hrozit nějaké nebezpečí, na mě to působilo normálně, žádné problémy.“ (R7- žena)

- **Subkategorie č. 4. 2. PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ METOD AR**

Když se klienti CAR dostanou do koloběhu vyšetření a nových informací, znamená to pro ně natolik zásadní změny, že to u nich může vyvolat stavy, které oni označili za stresující.

„Bylo to stresující, bylo to nečekané, nové informace, na ten prvopočátek raději ani nevzpomínám, protože i manžela to hodně překvapilo, to že má tak špatné výsledky, myslel si, že je o.k.“ (R2)

„Stresující to bylo spíš pro manžela, že tam musí taky, pak si zvykl, víc stresující pro mě byl samotný průběh cyklů IVF. Pak, když už se nedařilo po druhé, po třetí, když jsme se rozhodovali pro dárkyni, bylo to na mě, byl to nápor na psychiku, to řešení nebývalo vůbec jednoduché.“ (R3)

„Myslím, že to zasáhne úplně do všeho, když nad tím člověk začne přemýšlet a jde na IVF, tak jde všechno stranou. My jsme na to nešli, ale určitou dobu jsem nebyla schopná myslet na nic jiného, pořád jsme to řešili, všechno ostatní šlo pryč.“ (R5)

„Z mé strany velká nervozita, určitě, velmi velká nervozita, to je tak asi vše.“ (R6)

„Já bych řekla, že to ani stresující nebylo, tam byli tak úžasní doktoři, že jsme prostě žádný stres nevnímali. My jsme na to vůbec nemysleli, byli jsme v pohodě, hlavní je nestresovat se, pak to ani nemusí vyjít, jak říkal manžel, nebát se toho.“ (R7- žena)

- **Subkategorie č. 4. 3. SPÁNEK, ZÁLIBY A SEX**

To jak se člověk vyspí, zda má čas a myšlenky na své záliby a ukojení sexuálních potřeb hraje v životě a spokojenosti s jeho kvalitou bezesporu velkou roli.

*„...věnovali jsme tomu spoustu času, ale na sex jsme chuť neztratili, všechno fungovalo dobře. Nebylo to náročné ani z hlediska času, nic takového, je to o povaze, pokud to někoho sebere tak, že není schopný se odreagovat, nebrali jsme to jako povinnost, pak by to mohlo špatně skončit.“ (R1- muž)*

*„...ten začátek jsme tomu věnovali hodně času, hledali jsme pořád, myslím, že sex to bylo v pořádku, když už jsem začala brát léky a šli jsme na cyklus, tak to bylo dobré, jen když jsme chodili na všechny ty vyšetření a museli jsme plánovat styk podle ovulace, to bylo únavné, to pak někdy nešlo, takové to pojďme na to..“ (R1- žena)*

*„Řekla bych dokonce, že sex fungoval ještě lépe. Horší byly začátky, když jsme měli mít plánovaný styk, to byl problém, ale to je asi pro většinu mužů, že se jim nechce, když to musí být. Bylo to omezující, musí se spousta věcí dodržovat, bylo málo času, koničky šly stranou, byla jsem unavená, po odběru vajíček, to nebyla na nic ani nálada. Spánek byl bez problémů.“ (R2)*

*„Sex asi jo, ovlivnilo to, ale spíš až pak, až toho bylo moc, spíš až potom, co jsme zjistili, že nejsem těhotná, když jsme vysadila hormony, tak po určitou dobu nefungovalo nic. Byla jsem unavenější, když jsme tam jezdili, tak šlo všechno ostatní stranou, pak se to zase vrátilo do starých kolejí. Spánek jsem měla narušený možná až tehdy, když když mi ty hormony odcházely z těla, přestala jsem užívat hormony, když jsem nebyla těhotná, ale to bylo tak týden, 14 dní, pak se to zlepšilo, možná to bylo i po psychické stránce.“ (R3)*

*„Než jsme šli na AR, tak sex jsme brali jako povinnost, nebylo to ono, v průběhu pak už to byla taková rutina, když se o tom pořád mluvilo v souvislosti s dítětem, tak na to nabyla nějaká chuť. Byla jsem hodně unavená, všechno se v tu dobu podřídilo jen AR, častěji jsem spala, ale spala jsem klidně, hormony na mě nijak nepůsobily.“ (R4)*

*„Sex, já myslím, že se s tím doted' potýkáme. Je to hodně propojené, takže nás to ovlivnilo dost. No když jsme se rozhodovali, tak ty bezesné noci jsem určitě měla.“ (R5)*

*„Myslím, že do jisté míry se náš sexuální život změnil, po návštěvě CAR je tam určitá změna. Předtím, než jsme tam jeli, hodně jsem přemýšlel, bylo hodně bezesných nocí, nebyl jsem si jistý, u koho je vina, proč nemůžeme mít dítě, bylo mi jasné, že do té doby, než po-*

*jedu na spermiogram, což mi trvalo dlouho, než jsem se odhodlal, tak určitě jsem dobře nespál.“ (R6)*

*„Se sexem? No to my problémy nemáme, to funguje dobře, ospalá jsem, ale až teď v důsledku těhotenství, předtím to bylo taky v pohodě.“ (R7- žena)*

*„Změna v sexu, ne vůbec, pokračujeme, jako by se nic nedělo, manželka teď může pořád. Spánek ten mi problémy nedělá, ani nedělal, já spím pořád dobře.“ (R7- muž)*

### **Kategorie č. 5. ETIKA AR POHLEDEM KLIENTŮ CAR**

Kódy: cíl, hranice zásahu

<b>Vlastnosti:</b>	<b>Dimenze:</b>
vnímání	žádné- silné
potřebnost	silná
dopad na lidstvo	nejednotná

V této kategorii se vyčlenily dvě subkategorie. Jedni informanti buď o téhle otázce ani nepřemýšleli, nebo se jim na tom nezdá nic zvláštního, nebo zkrátka mají proti AR námitky, ale touha po dítěti je pro ně silnějším argumentem. Druhá subkategorie jsou informanti, pro které otázky etiky znamenaly hranici, přes kterou jít dál nechtěli.

- **Subkategorie č. 5. 1. DÍTĚ JE PRIORITY**

Naplnění mateřství a rodičovství je pro mnohé natolik silnou potřebou, že do své mysli buď nic negativního o metodách AR nepustí, nebo přiznají, že o tom tématu uvažovali, ale nic to na rozhodnutí nemění.

*„Nevidím na tom nic špatného, víme, že jsou to naše děti. Kdybychom v dnešní době nechali všechno na přírodě, tak by mě zajímalo, jak by to za chvíli na tom světě vypadalo, člověk dnes už dělá všechno jinak. Je to hodně o povaze člověka, my jsme s tím problém neměli, to by možná někdo nechtěl, když to není tak, jak to má být, ale nám to problém nedělalo, nic zvláštního jsme neřešili.“ (R1- muž)*

*„To jako že jsme tomu trošičku pomohli? Jsou to naše děti, nepřišlo nám na mysl nic co by jsme měli řešit.“ (R1- žena)*

*„Člověka to určitě poznamená, nicméně pro toho, kdo to chce, je to asi nepodstatné. Morální zásady jsem nemusela nějak měnit, asi ne, ale jsem katolík a vím, že tohle není zrovna*

*téma, které by bylo v rámci katolické církve moc uznávané, spíše naopak, v tomhle směru jsem to tak nebrala, šla jsem za svým cílem, mít dítě.“ (R2)*

*„To záleží na každém člověku, hlavní je, když se to povede. Člověk přemýšlí, jestli na to jít, nebo ne, ale moc to chce, tak pro to dělá všechno. Když jsme zkoušeli cyklus s dárkyní, tak to bylo horší rozhodování, je to risk, je to cizí vajíčko, ale šli jsme do toho, nijak zvlášť jsme nad tím nepřemýšleli.“ (R3)*

*„Je to takové zvláštní, někdo za tebe udělá něco, co bys měla zvládnout ty, ale zas na druhou stranu, proč lidem nepomoci, když lidi taky přírodě ubližují, nic jsme neřešili.“ (R4)*

*„Já si myslím, že je to úplně normální věc, věda se posunula dopředu a když doktoři můžou pomoci, tak proč by to neměli dělat?“ (R7- žena)*

*„Dřív to bylo takové divné, ale dnes už je to normální, neřešíme to.“ (R7- muž)*

- **Subkategorie 5. 2. POTŘEBUJE ČLOVĚK AR?**

Pro druhou subkategorii bylo břímě moct rozhodovat nad věcmi, které jim nepřísluší, tak velké, že se pro metody AR nerozhodli.

*„Připadalo mi neetické, když nám nabídli celá darovaná embrya, o které už neměli zájem jejich biologičtí rodiče, připadalo nám to jako kukaččí děti, to jsme už nepřijali.“ (R3)*

*„Myslím si, že to není přirozené, jsou tam velká rizika, proto jsem do toho nakonec nešla, mám názor, že když to nejde přirozenou cestou, tak se do toho nemá moc šťourat, no a kdyby to nějak nevyšlo, že by se stalo, že by to dítě bylo nějaké postižené, tak bych si hrozně vyčítala, že je tady kvůli tomu IVF. Myslím si, že člověk musí přehodnotit svoje morální zásady, pokud je věřící, já sice nejsem, u mě je to vyloženo v souvislosti přes přírodu, tak by tam vlastně neměl jít, ty dvě věci si odporují a hodně, fakt hodně.“ (R5)*

*„Můj názor je docela dost negativní, vzhledem k tomu, že si myslím, že je v dnešní době docela dost lidí, kteří mají problémy, no a myslím, že často ty problémy souvisejí nejen s tím, co se týče AR, ale všeobecně lékařských zásahů do nějakých zásadních věcí, možná to nebude znít dobře, ale příroda to má vymyšlené dobře a když do toho zasahuje člověk, tak pak následně se můžou objevit nějaké komplikace, takže nevnímám to moc dobře.“ (R6)*

## **Kategorie č. 6. SPOLUPRÁCE CAR S ODBORNÝMI PORADNAMI**

Kódy: komunikace, anonymita, samostatnost

Vlastnosti:	Dimenze:
potřeba	nejednotná
vědomí existence	slabá

Ani jeden z informantů nevyužil možnosti poradny, nebo psychologa, jako pomoc při řešení neplodnosti metodami AR.

- **Subkategorie č. 6. 1. PORADNY TO NEVYŘEŠÍ**

Informanti pomoc psychologů spíše neuznávají, stejně tak odborné poradny, věří lékařům a sami sobě.

*„Člověk musí být trpělivý a věřit, na naší klinice nám vždycky ukázali a vysvětlili, jak to bude probíhat, možná, kdyby se to nepodařilo, tak by jsme to vnímali jinak, ale myslíme si, že hlavní je to nevzdat, nemáme co kritizovat.“ (R1- žena)*

*„...všechno je tak, jak má být, není to o poradnách, o tom, že člověk bude někde něco zjišťovat, záleží, jak on to bude snášet, jak bude reagovat, radu mám, ať to lidi berou tak, jak to přichází, být v pohodě.“ (R2)*

*„Poradnu jsme nevyužili, nebyli jsme v žádné poradně, ani u psychologa.“ (R3)*

*„Poradny by nebyly špatné, internet je základ, kde člověk nemůže čekat odborné rady, ale je to velmi citlivé téma, tak je pak otázkou, jestli by lidé chtěli navštěvovat poradnu, no a pokud už jste v CAR, tak poradna je zbytečná, tam je informací dostatek, není už důležitá.“ (R6)*

*„...pomoc psychologa jsme nepotřebovali, ani v žádné poradně jsme nebyli.“ (R7- žena)*

- **Subkategorie č. 6. 2. PORADNY MAJÍ SMYSL**

Informanti vidí smysl poraden v tom, že si lidé se stejnými problémy vyměňují vlastní zkušenosti.

*„Ráda bych se podělila o vlastní zkušenosti, my jsme nikde nebyli, nevěděli jsme o možnosti někam jít na radu. Klinik je dnes víc, hodně bych se ptala, vědět co nejvíc je dobré, mně vadilo, když jsme v tom tápali, nevěděli jsme, co nás čeká, dnes už je to jiné.“ (R4)*

*„...nevím, jestli jsou nějaké skupiny, které by pomohly těmto lidem, ale určitě by měly být, ti lidé by měli mezi sebou komunikovat, vyměnit si informace, kdo tohle nepodstoupil, děti*

*se mu rodí, jak na běžícím páse, tak tohle všechno nepochopí, je třeba mluvit s těma, kdo jsou na tom stejně.“ (R5)*

### **Kategorie č. 7. ŠEL/ŠLA BYCH DO TOHO ZNOVU?**

Kódy: lokalita bydlení, úspory, buď a nebo

#### **Vlastnosti:**

náklady

místo bydlení

naděje a plány

#### **Dimenze:**

zvládnutelné

nepodstatné

podmíněné „kdyby“

Informanti se shodli na tom, že v dnešní době už není podstatné, jestli bydlíte na venkově, nebo ve městě, peníze na to vždy obětovali, ale někteří z nich už necítí na další cykly ani sílu a mají pocit, že už proto udělali a investovali dost.

#### **• Subkategorie č. 7. 1. ANONYMITA**

Informanti se shodli, že město je anonymnější, snadněji dostupné, ale nepocíťovali žádné nevýhody bydlení na vesnici.

*„Podle mě v dnešní době už to není rozhodující, sice na městě bych nebyla tak pozorovaná, vím, že si lidi o tom povídali, ale na nic se mě neptali, byli jsme tehdy na dědině první, kdo byl na AR, vím, že se po vsi šeptalo.“ (R1)*

*„Ne, není tam rozdíl, tam je to jedno, když chcete dítě, tak to neřešíte, pojedete kamkoliv, dnes už ta anonymita je i na vsi, každý je pořád v práci, tak je to stejné. Jsem z města, ale nevadila by mi i vesnice.“ (R2)*

*„Ani ne, nevnímám rozdíl, anonymitu nevnímám nějak zvlášť jinou, nemyslím si, že je tam rozdíl, v případě města je tam snadnější dostupnost.“ (R3)*

*„Určitě město je lepší, ale my jsme miminko chtěli moc, že nám to bylo jedno, jestli to někdo ví, nebo se ptal.“ (R4)*

*„Ve městě je to určitě lepší z hlediska dostupnosti, dnes jdou centra ve všech větších městech, když jsme museli pořád jezdit. Z hlediska anonymity to nevnímám, to mi nevádí, nepřipadá mi na tom nic špatného, s čím bych se měla tajit.“ (R5)*

*„Podle mě už v dnešní době není žádný problém, problémy mají všichni, jak na vesnici, tak ve městě, je to naprosto jedno, nehledal bych tam rozdíly.“ (R6)*



„Já bych řekla, že na měště je to víc v pohodě, lidi se tam o tom nedoví, je to jen tvoje věc.“ (R7- žena)

„Na vesnici se s tím počítá, že každý vidí, jak se říká pomalu až do talíře.“ (R7- muž)

- **Subkategorie č. 7. 2. STÁLY TY FINANCE ZA TO?**

Informanti se shodli na tom, že jim náklady spojené s léčbou metodami AR nijak zvlášť nenarušily rozpočet. Buď měli našetřeno, popřípadě něco obětovali.

„ Ne půjčka žádná nebyla, peníze jsme měli bokem našetřené, vždyť jsme byli pořád sami, tak nebylo kde je utrácet, vždycky jsme měli rezervy.“ (R1- žena)

„Finance spojené s Ar nám do rozpočtu nezasáhly, protože jsme měli po svatbě, peníze jsme měli našetřené, tak jsme to platili z toho.“ (R2)

„Ze začátku to nebylo finančně náročné, ty inseminace nestály moc, ale pak jsme vždycky museli našetřit, abychom mohli jít na další cyklus. Půjčky jsme neměli. Když jsme postavili dům, tak jsme jeli na dovolenou, ale když jsme podstupovali cykly, tak jsme nejezdili, to bychom neutáhli finančně.“ (R3)

„Určitě ze začátku zasáhlo, stálo to dost, ale zvládli jsme to bez půjček.“ (R4)

„ Nezasáhly, ale jen proto, že jsme se v konečné fázi rozhodli, že na to nepůjdeme. Mělo by se to upravit finančně. My jsme se pro to nerozhodli, ale toho, kdo se proto rozhodl, tak ho v tom podporuju a rozhodně ty lidi obdivuju, podstoupí tam spoustu nepříjemných věcí, ale musí si být jistý tím, že mu to za to stojí.“ (R5)

„Ne, vzhledem k tomu, že jsme podnikli jen to nejzásadnější, tak nám finance do rozpočtu nezasáhly.“ (R6)

„Trochu jo, ale ty peníze jsme obětovali.“ /R7- žena)

„Zasáhly nám finance do rozpočtu, ale nelitujeme toho.“ (R7- muž)

- **Subkategorie č. 7. 3. OBĚTOVAL/A JSEM UŽ DOST?**

Informanti přemýšleli podmiňovacím způsobem, co by byli ještě schopni a ochotni udělat, popřípadě co by udělali jinak.

„...kdybych děti neměla, tak bych do toho šla znova.“ (R2)

„ Ted' už bych na to asi neměla sílu, stálo by to spoustu peněz. Já kdybych ještě někam šla, tak bych zkusila možná do Zlína, tam jsem ještě nebyla. Už bych se víc na všechno ptala,

*zjistila bych, jaké výsledky má embryologie, zdá se mi, že si kliniky jen falešně zvyšují procenta úspěšnosti. Víc bych hledala, když bych si brala dárkyni, tak bych si vzala tu, která už má nějaké úspěchy, ne ta, která je na tom poprvé.“ (R3)*

*„ ...shodli jsme se na názoru, že pokud to nepůjde normálně, nebudeme dělat žádné zásadní kroky.“ (R6)*

#### 4.6 Shrnutí výzkumu

Pro analyzovaná data pomocí otevřeného kódování jsem zvolila techniku „vyložení karet“, která je velmi jednoduchou nadstavbou otevřeného kódování a je vhodná pro téma mojí práce.

Princip spočívá v tom, že kategorizovaný seznam kódů je sestaven do nějakého obrazce a následně jsou kategorie, které jsou spolu nějakým způsobem spjaty, volně převyprávěny podle jejich obsahu tak, aby spolu vzájemně souvisely a vztahovaly se k výzkumné otázce (Švaříček, Šedřová, et al., 2007).

Změny, které klienti CAR prožívají v souvislosti s metodami AR jsem rozdělila do pěti kategorií a první z nich je **sociální tlak**, který u všech informantů vyvolal velmi silnou touhu po dítěti. Existence metod AR, informace od jiných klientů a internet jsou pak faktory, které rozdělily skupinu informantů toužících po dítěti na dvě skupiny. Pro jedny jsou metody AR motivem k jednání a informace získávají spíše náhodně, nepátrají cíleně, důvěřují lékařům, část života, kdy se rozhodovali, zda podstoupit metody AR vnímají pozitivně. Druhá skupina sice pocítuje stejný sociální tlak, ale sdílené negativní zkušenosti z internetu a od známých pro ně byly natolik zásadní, že metody AR začali vnímat jako něco, co jim svou existencí život spíše ztrpčuje.

Druhou kategorií jsou **vztahy klientů CAR**. Zde je pro všechny informanty velmi silným faktorem pochopení, ať už se jedná o vztahy přátelské, pracovní, nebo manželské. Mezi některými manžely zůstávají dodnes odpovědi na otázky metod AR nejednotné a informanti je vnímají jako příčinu neshod, na rozdíl od druhé skupiny, kde od začátku cesty za dítětem manželé cítili soulad, posílení vztahu, otevřenost. Ve vztazích osobních se téměř všichni informanti setkali s pochopením a všichni o tom otevřeně dříve, či později hovořili, ačkoliv to nebylo nutné, aby jejich přátelé, známí a sousedé věděli, jakým způsobem počali, nebo se snažili počít dítě. V otázkách pochopení od kolegů a nadřízených v zaměstnání

jsou odpovědi informantů jednotné v tom, že zásadní roli hraje předchozí úroveň vztahu a od toho se odvíjely další reakce, jak kladné, tak i záporné, jako je závist a nepochopení.

**Metody AR a lidský organismus** je kategorie, která se u mnou zkoumané skupiny informantů týkala po fyzické stránce pouze žen. Jedna skupina žen pocítovala negativní vliv vysokých dávek hormonů, jako je váhový přírůstek, výkyvy nálad a hormonální nesoulad, které přetrvávají dodnes a přestože je nelze lékařsky označit jako příčinu metod AR, informantky je za původce označují. Pro jednu informantku byl strach z těchto možných následků jedním z důvodů k odstoupení od metod AR. Druhá skupina žen necítila žádné následky, byla naopak velmi spokojená. Prožívání změn, které sebou přineslo rozhodnutí řešit bezdětné manželství, bylo velmi negativně emočně laděné převážně zjištěním mužů, že mají problémy s plodností. Vliv metod AR na spánek, záliby a sex je informanty označen za negativní, v případě plánovaných pohlavních styků, neschopnosti vytěsnit metody AR z myšlenek před spaním a při věnování se obvyklým zálibám. Ostatní informanti žádný vliv nepocítovali. Kromě jedné informantky všichni ostatní označují negativní působení metod AR na jejich psychiku za dočasné.

Čtvrtou kategorií je **spolupráce CAR s odbornými poradnami**. Ani jeden z informantů této možnosti nevyužil a skupina se dělí podle pocitu potřebnosti poraden. Pro první skupinu je pomoc psychologa a poraden zbytečná a spoléhají se sami na sebe a lékaře. Druhá skupina vidí smysl této pomoci klientům ve vzájemné komunikaci lidí se stejným osudem, ve sdílení pocitů a pochopení, které oni sami potřebovali, ale těchto služeb nevyužili, protože jim je nikdo nenabídl a nevěděli o jejich existenci.

Pátá kategorie je souhrnem druhé, páté a sedmé kategorie, které odpovídají na dílčí výzkumný cíl, vnímání metod AR s odstupem času. V tom, jak klienti vnímali své vlastní úsilí- **sebehodnocení klienta CAR**, jedna skupina po zhodnocení situace dospěla k názoru, že udělali vše správně, v pravý okamžik, kdy rozhodujícím pocitem nebyl úspěch, ale moment, kdy informanti cítili, že udělali opravdu vše, co mohli, co byli schopni zvládnout, podle názoru jedné informantky její tělo nepřijímalo pozitivně jejich snažení. Pro druhou skupinu informantek byla touha po dítěti velmi silná a domnívají se, že metody AR možná podstoupily zbytečně, že mohly otěhotnět spontánně.

Na tuto kategorii se přímo váže **etika AR pohledem klientů CAR**, kde je pro všechny informanty jednotný cíl, dítě, ale nejsou jednotní v tom, kde jsou hranice, kam jsou schopni a ochotni v cestě za svým cílem dojít. V první skupině si informanti žádné pochybnosti

bud' nepřipouštěli, nebo cítili rozpory- římsko- katolická církev, dárcovství gamet, zvláštní pocity, ale nadřazenou prioritou všemu je již zmíněný cíl- dítě, pro který byli ochotni změnit své názory, nebo alespoň tyto pochybnosti nevnímat. Druhá skupina však měla své hranice, kde podle nich rozhodování nepřísluší do rukou člověka. Pro jednu informantku bylo nepřijatelné darované embryo, další dva informanti postupem času dospěli k otázce, zda člověk vůbec metody AR potřebuje, jestli je schopen unést zodpovědnost nad tím, kdyby dítě počaté metodami AR nebylo zdravé.

Poslední kategorie se ptá, **zda by toho šli znovu**. V této kategorii informanti nevnímají rozdíl, zda je jako klient CAR lepší bydlet na venkově, nebo ve městě, myslí si, že anonymita je vlivem životního stylu hodně podobná a případné negativní pocity se snažili ignorovat, stejně tak nelitují obětovaných financí, které sice nepovažují za zanedbatelné, ale na žebříčku hodnot pro ně dítě bylo nejdůležitější a úspory určené k jiným účelům použili na metody AR. Jedna informantka uvedla, že pokud by děti neměla, šla by toho znovu. Jistý předpoklad k dalším pokusům vidí i informantka, která doposud úspěšná nebyla, a všechny negativní okolnosti jejího dosavadního snažení vidí jako zkušenost, ale je dnes natolik vyčerpaná, že necítí k dalším pokusům sílu, ani ochotu obětovat další nemalé finance.

## ZÁVĚR

V současné době, kdy se problémy s početím týkají stále většího počtu párů, je tematika metod AR velmi aktuální. To, jestli metody AR zanechávají nějaké následky v životě klientů CAR, se rovněž stává častějším tématem a v řadách české odborné i laické veřejnosti přibývají lidé, kterým osudy párů, toužících po dítěti nejsou lhostejné.

Moje práce má především popisný charakter a na téhle úrovni bylo cílem výzkumu zjistit, zda u klientů CAR dochází ke kvalitativním změnám v životě a zda je existence odborných poraden pro případné negativní změny přínosem, či nikoliv. Všichni informanti o AR hovořili jako o zkušenosti, která se nerasmazatelně zapsala do jejich životů a názory každého jednoho z nich jsou velmi individuální a osobité.

Metody AR zbavily neplodnost, díky vědě, mýtu o vůli boží. Pokud se však bezdětné páry nepodrobí léčbě, může to způsobit, že budou obviňovány, že se nechtějí léčit, nebo že po dítěti netouží. Už samotná existence metod AR je pro klienty CAR tlakem, kterému museli a někteří z nich ještě stále musí čelit, aby byli sami se sebou spokojeni a dokázali si odpovědět na otázku, zda pro početí vlastního dítěte udělali vše, co bylo v jejich silách, nejenom psychických a fyzických, ale také v morálních a etických přesvědčeních jedince a v určení žebříčku priorit v daném životním období.

Lékařská terapie, jako cesta řešení bezdětnosti má spoustu rizik, možných následků, ale je pro mnohé páry otevřenou nadějí pro biologicky vlastní dítě. Pokud jsou na této cestě páry neúspěšné, nezavírá se jim, ale je pro ně výzvou k osobnímu růstu a zrání ve smyslu posunu životních hodnot podle aktuální situace a podle toho, jak je daný jedinec schopen zvládat nepříznivé životní události, nakolik je schopen pochopit vše, co se stalo a jaké je jeho místo v centru oněch událostí. Jestliže je pár úspěšný a metodami AR se mu podaří počít výtoužené dítě, nelituje toho, ale zaznívají úvahy, zda by k otěhotnění nedošlo spontánně.

Při zvládání osobních neúspěchů a složitých životních situací hrají velkou roli také faktory, které na člověka působí zvenčí, to jsou blízcí, známí, spolupracovníci, kteří mohou poskytnout pochopení, oporu, dodat víru a naději, ale také způsobit bolest, nepříjemné prožitky a dostat jedince do situací, na které velmi nerad vzpomíná. Je však těžké posuzovat, zda tyto problémy nebyly jen vyústěním předchozích neshod a protistrana jen nevyužila zranitelnosti objektu.

Přestože podle mého výzkumu žádný z klientů nevyužil odborné psychologické a poradenské činnosti, myslím si, že tato činnost má velký význam, což část z nich připouští. Každý má odlišnou potřebu sdílení, pro někoho je nepřijatelná a plně se spokojí s komunikací s partnerem. Někdo však potřebuje pocit sebevědomí a vlastní pocit hodnoty, jako člověka, ženy, nebo muže najít v komunikaci s někým, kdo je do problematiky nějak zasvěcený, ale není s jedincem v příbuzenském vztahu, má tedy podobné problémy, nebo je psychologem, či členem nějaké odborné organizace.

Je velmi obtížné a vlastně nemožné jednoznačně říct, zda se na klientech CAR projeví metody AR, nějakým negativním způsobem. Každý informant se na CAR dostavil v určité fázi života, která mohla a nemusela být pro tuto situaci vhodná a záleží vždy na resilienci každého jedince, jak další přicházející události spojené s metodami AR vnímal. Už samotný fakt, že mnou oslovení informanti byli schopni na toto téma otevřeně hovořit, vypovídá o tom, že svou zkušenost si každý jedinec nějakým způsobem zpracoval, zhodnotil si svou perspektivu a nově poznané skutečnosti mu pomohly vytříbit si názory na svět, život a svou roli v něm. Všichni informanti v úvodní části rozhovoru projeví zájem o výsledky mého výzkumu, což značí zájem a touhu po poznání, jak jsou na tom jiní a v čem se jejich názory a zkušenosti liší. V tom já osobně vidím aplikační rozměr mé práce. Pro člověka a lidstvo je velmi důležité, aby byla vždy možnost volby, v ní také spatřuji smysl metod AR a odborných poraden. Jsou svobodnou volbou, která dává nedobrovolně bezdětným párům jiný směr a je jen na nich, jestli se na cestu vydají, kolik do ní investují síl, času, financí, jestli budou potřebovat podat „pomocnou ruku“, anebo se utvrdí v názoru, že plodný život lze prožít i bez dětí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ATKINSON, Rita L. et al., 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
- [2] BENSON, Herbert a STARKOVÁ Marg, 1997. *Moc a biologie víry v uzdravení*. Praha: Práh. ISBN 80-85809-60-5.
- [3] DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- [4] DOSTÁL, Jiří, 2007. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: Situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 1994*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1700-4.
- [5] GAVORA, Petr, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6
- [6] GIDDENS, Anthony, 1999. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 80-7203-124-4.
- [7] GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [8] HANUŠ, Petr a HELLEBRANDOVÁ Kateřina, 2006. *Krizová intervence*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-84-9.
- [9] HARTL, Pavel, 1996. *Psychologický slovník*. Praha: Tercie. ISBN 80-90 15 49-0-5.
- [10] JANDOUREK, Jan, 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-535-0.
- [11] KELLER, Jan, 2011. *Nová sociální rizika: a proč se jim nevyhneme*. Praha: Slon. ISBN 978-80-7419-059-9.
- [12] KONEČNÁ, Hana, 2005. *Reprodukční zdraví 2005*. Praha: Nadace Mateřská naděje. ISBN 80-7040-765-4.
- [13] KONEČNÁ, Hana, 2009. *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-591-8.
- [14] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.
- [15] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- [16] MAREŠ, Jiří, 2007. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-008-1.

- [17] NORTHRUPOVÁ, Christiane, 2008. *Zdravá žena: od narození k prvnímu početí*. Praha: Columbus. ISBN 978-80-7249-249-7.
- [18] PAYNE, Jan, et al., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- [19] ŘEŽÁBEK, Karel, 1999. *Léčba neplodnosti: aneb co dělat, když chceme mít dítě*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-707-9.
- [20] ŘEŽÁBEK, Karel, 2008. *Asistovaná reprodukce*. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi, svazek 32. ISBN 978-80-7345-154-7.
- [21] ŘEŽÁBEK, Karel. Asistovaná reprodukce. In: ROB, L., A. Martan a K. CITTEBART et al., ed. *Gynekologie: druhé, doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén, 2008, s. 163-178. ISBN 978-80-7262-501-7.
- [22] ŘÍČAN, Pavel, 2004. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.
- [23] SOBOTKOVÁ, Irena, 2001. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-559-8.
- [24] STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- [25] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [26] VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.
- [27] VENTRUBA, Pavel. Poruchy plodnosti. In: ROB, L., A. Martan a K. CITTEBART et al., ed. *Gynekologie: druhé, doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén, 2008, s. 149-161. ISBN 978-80-7262-501-7.

### Internetové zdroje:

- [1] HAŠKOVÁ, Hana a Lenka ZAMYKALOVÁ. *Mít děti - co je to za normu? Čí je to norma?* [online]. 2006 [cit. 2012-04-26]. ISSN 1211-5770. Dostupné z: <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v4001>



[2] Podpora léčby neplodnosti: Společnost pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti. *Podpora reprodukce* [online]. 2010 [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://www.podporareprodukce.cz/>

[3] Unica. *Klinika pro léčbu neplodnosti* [online]. 2008 [cit. 2012-04-26]. Dostupné z: <http://www.unica.cz/index.php>

#### **Odborné časopisy:**

[1] SLEPIČKOVÁ, Lenka. *Sociologický časopis: Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006, č. 42: s. 937-951. ISSN 0038-0288.

[2] JEDELSKÁ, Eva. *Psychologie Dnes: Čekání na miminko*. Praha: Portál, 2011, roč. 17, č. 10: s. 32-33. ISSN 1212-9607.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AH	Asistovaný Hatching
AI	Arteficiální inseminace
AID	Artificial Insemination from Donor
AIH	Artificial Insemination from Husband
AR	Asistovaná reprodukce
CAR	Centrum asistované reprodukce
ESHRE	Evropská společnost pro lidskou produkci a embryologii
ET	Embryotransfer
GEV	Mimoděložní těhotenství
ICSI	Intracytoplasmatic Sperm Injection
IVF	In Vitro Fertilizace
OHSS	Ovariální hyperstimulační syndrom
PGD	Preimplantační genetická diagnostika
WHO	World Health Organisation

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I- Rozhovor č. 2

Příloha II- Rozhovor č. 3

Příloha III- Rozhovor č. 5

## **PŘÍLOHA I: ROZHOVOR 2**

**Já se Vás zeptám dopředu, jestli souhlasíte s tím, aby náš rozhovor byl použit pro účely mé bakalářské práce**

Ano

**Jak vnímáte dobu, kdy jste se rozhodovali, zda podstoupit některou z metod AR?**

Bylo to stresující, bylo to nečekané, nové informace, nicméně si myslím, že jsme se s tím vyrovnali velmi rychle, ale vzpomínky na ten prvopočátek radši ani nevzpomínám, protože i manžela to hodně překvapilo, to že má tak špatné výsledky, myslel si, že je o.k.

**Hledali jste při tomto rozhodování pomoc a radu u jiných lidí, kteří řešili stejný problém, myslíte si, že sdílení je osvobozující?**

Ne, nehledali, nebyli jsme se radit s nikým, Unicu v Brně jsme dostali na doporučení od lékařky.

**Kde je podle Vás snadnější bydlet, pokud jste klientem CAR, na vesnici, nebo ve městě, proč?**

Ne, není tam rozdíl, tam je to jedno, když chcete dítě, tak to neřešíte, pojedete kamkoliv, dnes už ta anonymita je i na vsi, každý je pořád v práci, tak je to stejné. Jsem z města, ale nevadila by mi i vesnice.

**Jak se k Vám choval zaměstnavatel při častějších absencích z důvodů vyšetření a léčebných procedur, obeznámili jste ho s důvody své absence?**

Zaměstnavatel o tom věděl vše, ten mě maximálně podpořil, kolegové naopak. Od kolegů jsem si naopak užila ze začátku ten největší stres. Panovala vzájemná nevraživost, jako by mi to nepřáli. Kolegyně, která měla za sebou několik pokusů AR a nakonec se jim podařilo spontánně otěhotnět a má dítě, tak se ke mně chovala asi nejhůř, jak by mi to snad nepřála.

**Měl/a jste pocit, že je Vaše pracovní pozice v souvislosti s AR nějak ohrožena?**

Ne neměla, v době, kdy jsme šli do CAR jsem studovala doktorát, kde byly nějaké podmínky stanovené pracovní smlouvou, takže jsem se nebála.

**Jste sám/a se sebou spokojen/a, co jste udělal pro početí dítěte?**

Asi ano, jsem spokojená, možná by se to podařilo i samo, protože teď se nám narodilo třetí dítě po spontánním otěhotnění. Přitom nám lékaři řekli, že šance na to není prakticky žádná. Měli jsme oba velké problémy. Ale asi to tak mělo být.

**Byla někdy tematika AR příčinou Vašich manželských neshod?**

Ne, ne nikdy, vždycky jsme byli za jedno.

**Jaký je Váš názor na metody AR v souvislosti s člověkem, s přírodou?**

Člověka to určitě poznamená, na ženské tělo je to určitě nápor, ty dávky hormonů, nicméně pro toho, kdo to chce je to asi nepodstatné, kdybych děti neměla, tak bych do toho šla znovu

**Myslíte si, že člověk musí přehodnotit svoje morální zásady, aby svěřil početí dítěte do rukou lékařů?**

Morální zásady asi ne, jsem ale katolík a vím, že tohle zrovna není téma, které by bylo v rámci katolické církve moc uznávané, spíše naopak, v tomhle směru sem to tak nebrala, šla jsem za svým cílem, mít dítě

**Jak vnímáte AR v souvislosti s Vaším fyzickým zdravím?**

Myslím, si, že zdraví člověka to ovlivní hodně, mám dodnes problémy, jak po ženské stránce, rozhodily se mi hormony, byla jsem na operaci, kdy mi nikdo nedokázal říct ano ani ne, jestli nebyl důvodem zvýšený přísun hormonů. Já jsem brala velmi vysoké dávky. Mám hodně anovulačních cyklů a bez prášků nemenstruuji.

**Ovlivnila tahle cesta řešení bezdětnosti nějak Váš sexuální život?**

Ne řekla bych dokonce, že ve fázi, kdy jsme začali do centra chodit, jsme si byli hodně blízcí a vše fungovalo ještě lépe. Horší byly začátky, když jsme měli mít plánovaný styk, to byl problém, ale to je asi pro většinu mužů, že se jim nechce, když to musí být.

**Zasáhly Vám finance spojené s AR do rodinného rozpočtu?**

Nezasáhly, protože jsme byli po svatbě, peníze jsme měli našetřené, tak jsme to platili z toho

**Vzdali jste se díky AR některých svých zálib, nebo oblíbených činností?**

No to určitě ano, musí se spousta věcí dodržovat, bylo to omezující, bylo málo času, koničky šly stranou, byla jsem unavená, po odběru vajíček, tak nebylo na nic ani nálada.

**Narušily Vám někdy okolnosti spojené s AR Váš spánek?**

Ne bylo to v pohodě, bez problémů

**Myslíte si, že byly nějakým způsobem ovlivněny, nebo změněny mezilidské vztahy v místě Vašeho bydliště? (řekl/a jste o Vašem problému někomu blízkému?)**

Řekli, v některých případech na to nerada vzpomínám, ten začátek tím pak byl velmi ovlivněn, byly to velmi negativní reakce, nerada na to vzpomínám.

**Máte nějaký námět, jak pomoci lidem , kteří se na AR chystají, nebo už mají nějaké pokusy za sebou a jsou bezradní, využili jste Vy osobně nějaké poradny, nebo psychologa?, myslíte si, že je dostatek informací o tom, kde hledat pomoc?**

Nedokážu si představit jít k někomu na radu, všechno je tak, jak má být, není to o poradnách, o tom, že člověk bude někde něco zjišťovat, záleží, jak to on bude snášet, jak bude reagovat, radu mám, ať to lidi berou tak jak to přichází, být v pohodě.

## **PŘÍLOHA II: ROZHOVOR 3**

**Já se Vás zeptám dopředu, jestli souhlasíte s tím, aby náš rozhovor byl použit pro účely mé bakalářské práce**

Ano

**Jak vnímáte dobu, kdy jste se rozhodovali, zda podstoupit některou z metod AR?**

Do mých 30 jsme stavěli dům, mysleli jsme, že to půjde samo, pak ejhle, ono to nejde, pak jsme v Brně na Fakultní nemocnici zkoušeli asi 6x IUI, pak jsme IVF oddalovali, stresující to bylo spíš pro manžela, že tam musí taky, pak si zvykl, víc stresující pak byl pro mě samotný průběh cyklů IVF

**Hledali jste při tomto rozhodování pomoc a radu u jiných lidí, kteří řešili stejný problém, myslíte si, že sdílení je osvobozující?**

Od kamarádek jsem věděla, že na cyklech AR byly, ale spíš jsem hledala odbornou literaturu, četla jsem v knížkách, jinak ne.

**Kde je podle Vás snadnější bydlet, pokud jste klientem CAR, na vesnici, nebo ve městě, proč?**

Ani ne, anonymitu nijak zvlášť nevnímám jinou, nemyslím si že je tam rozdíl, v případě města snadnější dostupnost, výhodou pro mě bylo, že jsem přes týden pracovala v Brně a na všechny kontroly jsem si chodila z práce, pak jsem to nadělala, manžel tam jezdil jen na odběry, nebo pak se mnou na zákroky

**Jak se k Vám choval zaměstnavatel při častějších absencích z důvodů vyšetření a léčebných procedur, obeznámili jste ho s důvody své absence?**

V práci to věděli, pracovní neschopnost jsem měla až při samotném zákroku, jen když jsem byla na zákroku v roce 2007, kdy jsem měla cystu, tak to jsem byla 3,5 měsíce doma. Problémy nebyly, protože jsme chodili po delších intervalech, ne po půl roce, tak po roce až dvou. V roce 2007 jsem byla vedoucí, tak jsem se musela rozhodnout, zda přestoupím, pokud by se to podařilo, nemohla bych tým vést dál, tak jsem místo pustila, protože by mou práci za mě musel dělat někdo jiný a mě by to stresovalo. Byla by to taková nejistota, bylo to dilema, ale dala jsem přednost klidu pro mě samou a myšlenku na dítě.

**Měl/a jste pocit, že je Vaše pracovní pozice v souvislosti s AR nějak ohrožena?**

Ne ze strany kolegů nebyla nevraživost, sama jsme se rozhodla o tom přestupu, zaměstnavatel mi problémy nedělal.

**Jste sám/a se sebou spokojen/a, co jste udělal pro početí dítěte?**

Já si myslím, že jsme proto udělali všechno, v poslední fázi už jsme se rozhodli i pro darované vajíčka, ale taky to nevyšlo, ale hodně jsem přibírala, měla jsem prodloužený cyklus, bylo mi z těch hormonů blbě, nejhorší bylo, když se to nepovedlo, pak jsem si přestala píchat hormony a bylo mi hrozně zle, byla jsem jak v přechodu, výkyvy nálad, potřebovala jsem trochu víc podpory od manžela, ale ten to spíš zvládal horší, než já. Ze začátku jsme uvažovali i o adopci, ale pak se to seklo a manžel už nechtěl. Připadalo mi ale neetické, když nám nabídli celá darovaná embrya, o které už neměli jejich biologičtí rodiče zájem, připadalo nám to jako kukaččí děti, to jsme už nepřijali. Teď už bych na to neměla asi ani sílu, stálo by to spoustu peněz. Ze začátku jsem měla problém vidět kočárek, dnes už je to v pohodě, když chci někomu udělat radost a sobě taky, tak koupím, nebo přispěji na něco hezkého pro děti příbuzných.

**Byla někdy tematika AR příčinou Vašich manželských neshod?**

My jsme měli problém oba, to bylo horší, bylo nižší procento úspěšnosti. Pak už když se nedařilo, po druhé, po třetí, když jsme se pak rozhodovali pro dárkyni, bylo to na mě, by to nápor na psychiku, to řešení nebývalo jednoduché, někdy trvalo dýl, než jsme se s manželem shodli, na té adopci třeba vůbec ne.

**Jaký je Váš názor na metody AR v souvislosti s člověkem, s přírodou?**

To záleží na každém člověku, hlavní je když se to povede, moje tělo prostě asi to, co jsme pro to dělali, nepřijímalo. Člověk přemýšlí, jestli na to jít nebo ne, ale moc to chce, tak proto dělá všechno.

**Myslíte si, že člověk musí přehodnotit svoje morální zásady, aby svěřil početí dítěte do rukou lékařů?**

Když jsme zkusili cyklus s dárkyní, tak to bylo horší rozhodování, je to risk, je to cizí vajíčko, ale šli jsme do toho, nijak zvlášť jsme nad tím nepřemýšleli

**Jak vnímáte AR v souvislosti s Vaším fyzickým zdravím?**



Já mám odjakživa nepravidelné menses, pak se mi začaly tvořit cysty, určitě jsem tím utrpěla, ty dávky hormonů byly velké, moc jsem přibrala, doteď jsem po hormonální stránce taková rozhozená

### **Ovlivnila tahle cesta řešení bezdětnosti nějak Váš sexuální život?**

No asi jo, ale spíš až pak, až toho bylo moc, spíš až po tom, co jsme zjistili, že nejsem těhotná, když jsem vysadila hormony, ještě předtím, když mi vyšel test negativní, tak jsme stejně museli na potvrzení negativy těhotenství do nemocnice, no a tam potřebuješ tu podporu partnera, i když víš, že nic není, že nejsem těhotná, tak mi řekl, že zas nic a byl takový odcizený, bylo to náročné, připadala jsem si, jako že já jsem zklamala, tak pak po určité dobu nefungovalo nic.

### **Zasáhly Vám finance spojené s AR do rodinného rozpočtu?**

Ze začátku to nebylo finančně náročné, ty inseminace nestály moc, ale pak jsme vždycky museli našetřit, abychom mohli jít na další cyklus. Půjčky jsme neměli.

### **Vzdali jste se díky AR některých svých zálib, nebo oblíbených činností?**

Já jsem unavenější byla. Jak v kterém roce, když jsme postavili dům, tak jsme jeli na dovolenou, ale když jsme podstupovali cykly, tak jsme nejezdili, to by jsme neutahli finančně. Spíš když jsme ta jezdili, tak všechno šlo stranou, pak seto zase vrátilo zpátky do starých kolejí.

### **Narušily Vám někdy okolnosti spojené s AR Váš spánek?**

Možná až když ty hormony odcházely z těla, přestala jsem užívat hormony, když jsem nebyla těhotná, ale to bylo e tak týden 14 dní, pak se to zlepšilo, bylo to možná i po psychické stránce.

### **Myslíte si, žebyly nějakým způsobem ovlivněny, nebo změněny mezilidské vztahy v místě Vašeho bydliště? (řekl/a jste o Vašem problému někomu blízkému?)**

Lidi o tom věděli, ptali se kdy to bude, pak už ne, ze začátku jsem měla divný pocit. Negativně se ke mně nikdo nechoval, do očí mi nic neřekli, možná rodičům, ale nám ne.

### **Máte nějaký námět, jak pomoci lidem , kteří se na AR chystají, nebo už mají nějaké pokusy za sebou a jsou bezradní, využili jste Vy osobně nějaké poradny, nebo psychologa?, myslíte si, že je dostatek informací o tom, kde hledat pomoc?**

Poradnu jsme nevyužili, měli jsme ale genetiku a poradila jsem to i kamarádce, tam ji zjistili, genetickou vadu. Pak mnohokrát potratila, ale aspoň věděla proč. Já kdybych ještě někam šla, tak bych zkusila možná do Zlína, ta jsem ještě nebyla. Už bych se víc na všechno ptala, zjistila bych, jaké výsledky má embryologie, zdá se mi, že kliniky si jen falešně zvyšují procenta úspěšnosti. Víc bych hledala, když bych si brala dárkyni, tak bych si vzala tu, která už má nějaké úspěchy, ne ta, která je na tom poprvé. Nebyli jsme v žádné poradně ani u psychologa.

## **PŘÍLOHA III: ROZHOVOR 5**

**Já se Vás zeptám dopředu, jestli souhlasíte s tím, aby náš rozhovor byl použit pro účely mé bakalářské práce**

Ano

**Jak vnímáte dobu, kdy jste se rozhodovali, zda podstoupit některou z metod AR?**

Věděla jsem, že je to pro mě definitivní, ať se rozhodnu tak, nebo tak, je to pro mě definitivní, stresovalo mě to hodně. Spíš bych uvítala možnost, že by AR nebyla a já nemusela tohle rozhodnutí dělat.

**Hledali jste při tomto rozhodování pomoc a radu u jiných lidí, kteří řešili stejný problém, myslíte si, že sdílení je osvobozující?**

Hledala jsem pomoc u švagrové, která byla na AR, podstoupili toho hodně, tak byla dost informovaná, dost mi poradila. Je to pro mě hodně osvobozující, se poradit, promluvit si o tom, zvláště, když je to příbuzný.

**Kde je podle Vás snadnější bydlet, pokud jste klientem CAR, na vesnici, nebo ve městě, proč?**

Ve městě je to určitě lepší z hlediska dostupnosti, dnes jsou centra ve všech větších městech, když jsme museli pořád jezdit. Z hlediska anonymity to nevnímám, to mi nevadí, nepřipadá mi na tom nic špatného, s čím bych se měla tajit.

**Jak se k Vám choval zaměstnavatel při častějších absencích z důvodů vyšetření a léčebných procedur, obeznámili jste ho s důvody své absence?**

Ne neobeznámila jsem ho s tím, problémy jsem neměla, protože si můžu napsat směny podle potřeby, tak si toho vlastně nikdo ani nevšiml. Ale spolupracovník podstoupil AR a řekl o tom a dostal volno kdy potřeboval, bylo to bez problémů.

**Měl/a jste pocit, že je Vaše pracovní pozice v souvislosti s AR nějak ohrožena?**

Ne, myslím, že nebyla, ale pokud by jsme se rozhodli jít na IVF, tak bych musela marodit, protože dělám fyzicky velmi náročnou práci a pak by byl problém, protože to dělám jen s jednou kolegyní na střídání a nevím, jak by to pak bylo. Narušila bych jim plány.

**Jste sám/a se sebou spokojen/a, co jste udělal pro početí dítěte?**

No myslím si, že v rámci možností, našich možností, jsme udělali pro to, co šlo. Asi jsem spokojená

**Byla někdy tematika AR příčinou Vašich manželských neshod?**

Ano, hádali jsme se dost často, trvalo velmi dlouho, než jsme se odhodlali vůbec někam zajít a myslím, si že dodnes nemáme jednotný názor na to, jak to pojmout.

**Jaký je Váš názor na metody AR v souvislosti s člověkem, s přírodou?**

Já to vnímám tak, že jsem se nakonec rozhodla, že tam na to nepůjdu, ale jenom proto, že si myslím, že to není přirozené, jsou tam velké rizika, proto jsem nakonec do toho nešla, mám názor, že když to nejde přirozenou cestou, tak se do toho nemá moc šťourat, no a kdyby to nějak nevyšlo, že by se stalo, že by to dítě bylo nějaké postižené, tak bych si to hrozně vyčítala, že je to tady kvůli tomu IVF. Čím víc jsem o tom věděla, tím víc jsem to nechtěla.

**Myslíte si, že člověk musí přehodnotit svoje morální zásady, aby svěřil početí dítěte do rukou lékařů?**

Myslím si, že určitě, protože pokud je člověk věřící, já sice nejsem, u mě je to vyloženě v souvislosti přes přírodu, tak by tam vlastně jít neměl, ty dvě věci si odporují a hodně, fakt hodně.

**Jak vnímáte AR v souvislosti s Vaším fyzickým zdravím?**

Když jsem se rozhodovala, tak jsem se hodně bála, že by do mě narvali hodně chemikálií a hormonů. Zním někoho, do koho ty hormony cpali a teď ta holka má velké zdravotní problémy a nejsem si jistá, jestli to není z toho IVF, takže vím určitě, že bych problémy měla, z vyprávění na internetu téměř všechny ženy měly problémy, dávka hormonů je velká.

**Ovlivnila tahle cesta řešení bezdětnosti nějak Váš sexuální život?**

Já myslím, že se s tím doteď potýkáme. Je to hodně propojené, takže nás to ovlivnilo dost.

**Zasáhly Vám finance spojené s AR do rodinného rozpočtu?**

Nezasáhly, ale jen proto, že jsme se v konečné fázi rozhodli, že na to nepůjdeme. Kdyby jsme se ale rozhodli, že na to půjdeme, tak by jsme museli sehnat peníze, není to zrovna levné.

**Vzdali jste se díky AR některých svých zálib, nebo oblíbených činností?**

Myslím, že to zasáhne úplně do všeho, když nad tím, člověk začne přemýšlet a jde na IVF, tak jde všechno stranou. My jsme na to nešli, ale určitou dobu jsem nebyla schopná myslet na nic jiného, pořád jsme to řešili, všechno ostatní šlo pryč.

**Narušily Vám někdy okolnosti spojené s AR Váš spánek?**

No když jsme s rozhodovali, tak určitě, ty bezesné noci jsem měla, je to rozhodnutí hodně velké, pro mě osobně jednou z největších, co jsem kdy udělala.

**Myslíte si, že byly nějakým způsobem ovlivněny, nebo změněny mezilidské vztahy v místě Vašeho bydliště? (řekl/a jste o Vašem problému někomu blízkému?)**

Já se tím rozhodně netajím, věděli to všichni, kam chodíme, nikdo nebyl proti a v práci mám toho známého, jak jsem říkala a ti AR podstoupili a dopadlo jim to dobře a všichni jim fandí, nikdo nebyl proti, mají všichni radost, nevím o nikom, kdo by za to někoho odsoudil.

**Máte nějaký námět, jak pomoci lidem , kteří se na AR chystají, nebo už mají nějaké pokusy za sebou a jsou bezradní, využili jste Vy osobně nějaké poradny, nebo psychologa?, myslíte si, že je dostatek informací o tom, kde hledat pomoc?**

Informací jsme měli dost, hledali jsme nejvíc na internetu, taky pak na klinice nám dali dost informací, ve všech směrech, vzhledem k tomu, že jsme se nedostali dál, tak nevím, jestli jsou nějaké skupiny, které by pomohly těmto lidem, ale určitě by měly být, ty lidi by měli mezi sebou komunikovat, vyměnit si informace, kdo tohle nepodstoupil, děti se mu rodí, jak na běžícím páse, tak tohle všechno ani nepochopí, je třeba mluvit s těma, kdo jsou na tom stejně, mělo by se to upravit určitě i finance. My jsme se proto nerozhodli, ale toho kdo se proto rozhodl, tak ho v tom podporuju a rozhodně ty lidi obdivuju, podstoupí tam spoustu nepříjemných věcí, ale musí si být jistý tím, že mu to za to stojí.