

# **Problematika realizace rodičovské role u páru s poruchou fertility**

Iveta Kvasničková

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2008/2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Iveta KVASNIČKOVÁ**

Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Problematika realizace rodičovské role u páru  
s poruchou fertility**

Zásady pro vypracování:

**Přípravná fáze bakalářské práce: stanovení cílů a hypotéz.**

**Teoretická část práce: sběr dat a odborné literatury týkající se problematiky realizace rodičovské role u páru s poruchou fertility.**

**Praktická část práce: stanovení výzkumných metod, vytvoření rámce kazuistiky, sestavení polostandardizovaného rozhovoru.**

**Zpracování empirických dat.**

**Interpretace výsledků výzkumného šetření.**

**Praktická aplikace výsledků.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**ŘEŽÁBEK, Karel. Léčba neplodnosti aneb Co dělat když chceme dítě. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. 104 s. ISBN 80-7169-707-9.**

**ŘEŽÁBEK, Karel. Asistovaná reprodukce. Praha : Maxdorf, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7345-154-7.**

**STRUSKOVÁ, Olga, NOVOTNÁ, Jarmila. Metoda Ludmily Mojžíšové : Cesta k přirozenému otěhotnění, 10 cviků pro fyzické a duševní zdraví. Praha : XYZ, 2007. 151 s. ISBN 80-87021-68-1.**

**ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka. Diagnóza – neplodnost : útok protilátek. 1. vyd. Praha : Petrklíč, 1999. 118 s. ISBN 80-7229-020-7.**

**NOVOTNY, Pamela Patrick. Co dělat při neplodnosti. Vlasová Hedvika. 1st edition. Praha : Pragma, 1997. 183 s. ISBN 80-7205-494-5.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jana Křemenová**  
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

**5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

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

Ve Zlíně 14.2.07 .....

.....

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

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo 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 jim 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 přihlídí k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Ve své práci se nezabývám jen neplodností, ale mým hlavním zájmem bylo věnovat se problematice uplatňování rodičovské role, kterou se páry s poruchou plodnosti pokoušejí realizovat někdy jen velice obtížně.

Ačkoliv je řešení neplodnosti spíše lékařskou záležitostí, touto prací chci ukázat, že porodní asistentka má mnoho kompetencí, díky nimž se může podílet na její léčbě především z hlediska psychické podpory.

V teoretické části se zabývám definicí neplodnosti, psychickými dopady, spektrem negativních pocitů, které prožívají při neplodnosti. Dále popisuji pojmy mateřství, otcovství a rodičovství a různé problémy a překážky, které znemožňují párům tyto stavy prožívat. Také se věnuji léčbě této problematiky.

V praktické části jsem zvolila formu srovnávací studie. Stanovila jsem si cíl: srovnat u skupiny vybraných párů předem dané oblasti.

Klíčová slova: neplodnost, prožívání neplodnosti, negativní emoce, mateřství, otcovství, rodičovství

## **ABSTRACT**

The thesis does not only deal with infertility. My primary focus was to examine exercising parental role and the difficulties with it in infertile pairs.

Although infertility is a rather medical concern, the thesis wants to demonstrate that a midwife has a great competence – she can take part in treatment, especially in psychological support.

The theoretical part of the thesis deals with the definition of infertility, psychical aspects of infertility and the range of negative feelings that infertile pairs experience. The theoretical part also deals with maternity, fatherhood, parenthood and various problems and handicaps that infertile pairs experience. The thesis also describes treatment of infertility.

The practical part has a form of comparative study. The aim was to compare specific features in chosen pairs.

Keywords: infertility, experiencing infertility, negative emotions, maternity, fatherhood, parenthood.

## Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Křemenové za odborné vedení, za cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Také děkuji všem dotazovaným párům za informace, ochotu a čas, který mi věnovaly.

Mé díky patří i rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

**MOTTO:** „*Ve svých dětech žijeme dál.*“ *Euripides*



## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Ve Zbýšově 24. 5. 2009

.....

Iveta Kvasničková

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 NEPLODNOST</b> .....	<b>14</b>
1.1 ROZDĚLENÍ A CHARAKTERISTIKA NEPLODNOSTI .....	14
1.2 NEPLODNOST JE NEMOC?.....	15
1.3 DIAGNOSTIKA NEPLODNOSTI.....	16
1.3.1 Vyšetření ženy .....	16
1.3.2 Vyšetření muže .....	18
1.4 PŘÍČINY NEPLODNOSTI .....	18
1.4.1 Sociální vlivy.....	19
1.4.2 Příčiny neplodnosti u mužů .....	20
1.4.3 Příčiny neplodnosti u žen.....	21
<b>2 PROŽÍVÁNÍ NEPLODNOSTI</b> .....	<b>22</b>
2.1 REAKCE NA NEPLODNOST .....	22
2.1.1 Popírání skutečnosti.....	23
2.1.2 Zloba .....	23
2.1.3 Smlouvání a pocit viny .....	23
2.1.4 Deprese .....	24
2.1.5 Smutek a přijetí.....	24
2.2 ZVLÁDNUTÍ SITUACE – ZÍSKÁNÍ SEBEVLÁDY .....	26
<b>3 REALIZACE RODIČOVSKÉ ROLE</b> .....	<b>28</b>
3.1 GENERATIVITA.....	28
3.2 ERIKSONOVA VÝVOJOVÁ TEORIE .....	29
3.3 MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB .....	31
3.4 ŽIVOT BEZ DĚTÍ .....	31
3.5 NÁHRADNÍ RODINNÁ PÉČE.....	32
3.5.1 Adopce.....	32
3.5.2 Pěstounská péče.....	34
3.6 NÁHRADNÍ MATEŘSTVÍ.....	35
3.7 LÉČBA NEPLODNOSTI.....	35
<b>4 RODIČOVSTVÍ</b> .....	<b>39</b>
4.1 ROZDÍLNÉ PROŽÍVÁNÍ RODIČOVSTVÍ .....	40
4.2 GENDEROVÁ TEORIE A RODIČOVSTVÍ .....	41
4.3 MATEŘSTVÍ A OTCOVSTVÍ.....	41
4.4 PRARODIČOVSTVÍ.....	43
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>44</b>

<b>5</b>	<b>PRŮZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>45</b>
5.1	CÍL PRŮZKUMU .....	45
5.2	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU .....	45
5.3	METODA PRŮZKUMU .....	46
5.4	ZPRACOVÁNÍ PRŮZKUMU .....	47
5.5	VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU.....	66
5.5.1	Vliv věku matky na dobu snažení se o dítě.....	66
5.5.2	Vliv rodinného stavu na rychlost řešení problémů .....	67
5.5.3	Příčiny neplodnosti páru a podíl mužů a žen na neplodnost .....	68
5.5.4	Metody, které vedly k početí dítěte .....	70
5.5.5	Saturace potřeb.....	72
5.5.6	Vliv prostředí a profese .....	73
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>81</b>

## ÚVOD

Práci na téma problematika realizace rodičovské role u páru s poruchou fertility jsem si vybrala proto, že v dnešní době přibývá párů, které tento problém mají a jehož řešení vyžaduje spolupráci lékařů, psychologů a dalších odborníků.

Na počátku 21. století stojí lidstvo před závažným problémem, kterým je snížená plodnost. Podle statistik má v České republice potíže s početím dítěte každý šestý pár. Z výzkumu WHO vyplývá, že můžeme očekávat zhoršení situace a zaznívají i pesimistické prognózy, které předpokládají během dvou desetiletí zdvojnásobení počtu neplodných párů.

Také mám ve svém okolí dvojice, které si musely projít velkým bojem s právě již zmíněnou neplodností, a všechny nad ní úspěšně zvítězily. Píšu, že to pro ně byl boj a myslím, že se mnou všichni souhlasí, že to opravdu tak je. Na tento souboj je potřeba velké množství odvahy a taky mnoho síly, protože na cestě za jejich vysněným cílem je mohou překvapit mnohé překážky. Je to cesta do neznáma, plná nástrah, obtížná a namáhavá, ale také plná poznání a dobrodružství. I přesto mohou mít z této nečekané cesty hezké zážitky a dojmy, protože poznají, kolik síly a odhodlání v sobě mají a co všechno jsou schopni udělat pro dosažení svého vysněného cíle. Někdy samozřejmě tyto problémy mohou ovlivnit život páru i negativně.

Tito lidé si mohou předem představit jakousi pomyslnou mapu, po které se vydají, ale ona se jim bude kreslit postupně sama. Budou se na ní objevovat křižovatky, kopce, ale i temná zákoutí.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 NEPLODNOST

Neplodnost (infertilita) je definována jako neschopnost početí po jednom roce nechráněného pohlavního styku, nebo jako neschopnost donosit a porodit životaschopné dítě.

Na rozdíl od sterility, kdy těhotenství není možné v žádném případě, nejedná se u infertility o trvalý a nevyléčitelný stav.

### 1.1 Rozdělení a charakteristika neplodnosti

- × Primární neplodnost – o primární neplodnosti hovoříme u párů, které mají potíže s početím a ještě nikdy neměly dítě.
- × Sekundární neplodnost – týká se těch dvojic, které již mají nejméně jedno dítě, ale mají problémy s početím dalšího.
- × Pravidelné spontánní potraty, kojenecká úmrtnost – úmrtnost živě narozených dětí před dosažením pátého roku života.
- × „Neobjasněná neplodnost“ – absence početí způsobená faktory jako laktace, antikoncepce, ztížená sexuální aktivita nebo z neznámých příčin.
- × Omezená plodnost (subfertilita) – naprostá neplodnost je neobvyklá. Daleko častější je stav snížené plodnosti u jednoho nebo obou partnerů, proto se častěji užívá tento termín, který popisuje obtížné nebo opožděné otěhotnění.

Početí dítěte nějaký čas trvá, a to i v případě, kdy si pár vytvoří ty nejideálnější podmínky. Zdravá a plodná žena má asi 20% pravděpodobnost, že otěhotní během každého cyklu. A tak není překvapivé, že může uběhnout pár měsíců, než muž a žena dostanou svoji šanci.

Ve většině případů se podaří počít dítě již během jednoho roku. Statistiky ukazují, že asi 85 % dvojic počne dítě v prvním roce nechráněného pohlavního styku, dalším asi 5 % to bude trvat o něco delší dobu, aniž by potřebovaly pomoc.

Asi polovina párů, které se léčí, nakonec počne a donosí dítě, ale bohužel druhá polovina zůstává bez svého biologického dítěte. V praxi se setkáváme i s páry, které nemají problémy s početím, ale žena nemůže počaté dítě úspěšně donosit. Na jedné straně u nich převládá

radost, že počít dítě není jejich hlavní problém, ale na druhé straně i smutek, že žena nemůže dítě donosit až do okamžiku porodu.

Většina žen s těmito problémy potrácí již v prvním trimestru. Musí proto dojít k vyšetření, kdy se zjistí, z jakého důvodu žena potrácí. Ale z psychologického hlediska je pro ženu horší, když dítě žena ve svém těle vnímá a cítí, ale přesto nastanou komplikace a žena dítě potrácí. Ovšem nejnáročnější situace na psychiku ženy je, když dítě z různých důvodů zemře ještě v děloze, a to v konečné fázi gravidity, kdy už se žena těší na porod, nebo nastanou komplikace při porodu a dítě se narodí mrtvé. Výjimečně se stává, že celé těhotenství probíhalo v pořádku a nic nenasvědčuje tomu, že by došlo k nějakým komplikacím, ale těsně před porodem nebo v jeho průběhu může být v ohrožení života žena i dítě. Potom lékaři přistupují k tomu, že v první řadě zachraňují ženu.

Vzhledem ke skutečnosti, že v dnešní době mnoho dvojic odkládá založení rodiny do svých třiceti let, ale i déle, mnozí lékaři nechtějí proto čekat s vyšetřováním plodnosti a začínají s vyšetřením dříve.

Plodnost mužů i žen vrcholí ve věku dvacet až pětadvacet let. S postupným přibýváním let mohou nastat další problémy, u žen se zvyšuje riziko potratu, mohou nastat komplikace v těhotenství.

Někdy je žena přesvědčena, že už nikdy nebude mít děti a že si za svou neplodnost může sama. Ten pocit viny jí trápí, kazí jí chvíle strávené s partnerem a případně i pocit uspokojení z práce, která ji ještě třeba nedávno tolik naplňovala. [9]

## 1.2 Neplodnost je nemoc?

Když se řekne nemoc nebo nemocný člověk, každý z nás si určitě představí příznaky určitých onemocnění. Těmi nejběžnějšími jsou bolesti různých částí těla, orgánů, kašel. Člověk má zlomeniny, je obvázaný, zkrátka nějakým způsobem fyzicky trpí. Ale pár, který nemůže mít děti, nemá žádné z těchto příznaků. Neuvidíme na první pohled, že nemohou mít děti. Oni nekašlou, nekulhají, nic je nebolí. Pokud nějak trpí, pak „jen“ psychicky. Tak se ptáme: je tedy neplodnost nemoc?

Jak uvádí Hana Konečná (2003, s. 16): „Světová zdravotnická organizace WHO označila v roce 1977 neplodnost za nemoc a je-li stanovena jako nemoc, má být léčena.“

Neplodnost je ale nemocí zvláštní, je to nemoc páru. Ať už je příčina kdekoliv a jestli je u partnera či partnerky nebo je neznámá, následky vždy nese i druhý partner. V léčbě neplodnosti jsou často důležité informované souhlasy druhého partnera. Bez nich by nebylo vůbec možné přistoupit k některým terapeutickým metodám. Proto se uvádí, že neplodnost jako nemoc postihuje celý pár. V psychoterapii je párový problém běžný, ale v medicíně je výjimkou.

### 1.3 Diagnostika neplodnosti

Diagnostikou zjistíme, v čem spočívá problém, zjistíme tedy příčinu, proč žena nemůže otěhotnět. Vyšetřují se jak ženy, tak i muži.

#### 1.3.1 Vyšetření ženy

- vyšetření ovulace,
- vyšetření průchodnosti vejcovodů,
- hormonální vyšetření,
- ostatní vyšetření ženy.

#### Vyšetření ovulace

Jestli dochází k ovulaci, můžeme zjistit několika způsoby.

- a) Měření bazální teploty – v případě, že žena ovuluje, stoupá její bazální teplota bezprostředně po ovulaci o 0,3 až 0,7 stupňů Celsia. A zůstává zvýšená po celý zbytek cyklu až do další menstruace. Vzestup teploty způsobuje hormon progesteron, který je produkován v tzv. žlutém tělísku. Tento vzestup teploty tedy nenastává u žen, které neovulují. Teplotu si žena může měřit sama a měla by si zaznamenávat výsledky. Je velmi důležité, aby měření probíhalo vždy ráno, než žena vstane z postele a také vždy na stejném místě (konečník, pochva nebo ústa).
- b) Měření hladiny progesteronu – na toto vyšetření se odebírá krev ve fázi luteální, což je 5 až 10 dní před očekávanou menstruací. Je to především rychlejší a spolehlivější vyšetření než měření bazální teploty.



- c) Histologické vyšetření vzorku endometria – vyšetření spočívá v odebrání vzorku sliznice dutiny děložní a zjišťuje se, zda na ní dochází ke změnám, kdy je schopna poté přijmout oplozené vajíčko, které se v ní uhnízdí (implantuje).
- d) Ultrazvukové vyšetření – při posuzování ovulace se provádí ultrazvukové vyšetření vaječníků i děložní sliznice. Hodnotí se velikost tzv. dominantního folikulu, který je připraven k ovulaci. K ovulaci dojde, jestliže folikul dosáhne velikosti 18–26 mm. U děložní sliznice hodnotíme pak výšku a charakter.
- e) Měření hladiny luteinizačního hormonu – test je jednoduchý a může si ho provést žena sama. Spočívá v tom, že bez výrazného vzestupu tohoto hormonu nedojde k ovulaci. Žena má k dispozici proužky k vyšetření první ranní moči, při zbarvení dojde k ovulaci během 24–40 hodin.

### **Vyšetření průchodnosti vejcovodů**

Principem vyšetření je zjistit, zda jsou vejcovody průchodné či nikoliv. Neprůchodnost může být způsobena řadou příčin. Jednou z častých příčin může být endometrióza. Provádí se u ženy tato tři vyšetření.

- a) Laparoskopie – do dutiny břišní je malým řezem zaveden laparoskop, kterým lze prohlédnout vnitřní pohlavní orgány, vejcovody a vaječníky. Poté se vstříkne kontrastní látka do dělohy a sleduje se, zda projde vejcovody.
- b) Hysteroskopie – provádí se současně s laparoskopií. Jde o zavedení optického přístroje do dutiny děložní. Může odhalit patologické odchylky, které mohou způsobovat neplodnost.
- c) Hysterosalpingografie – průchodnost vejcovodů se sleduje pomocí speciální fluorescenční nebo rentgen kontrastní látky, která se pacientce zavádí přes vagínu.

### **Hormonální vyšetření**

Odebráním krve se zjistí hladiny folikulstimulačního hormonu (FSH), estradiolu, luteinizačního hormonu (LH), prolaktinu.

### **Ostatní vyšetření ženy**

Další vyšetření mohou být imunologická, kdy se zjišťují případné protilátky proti spermiím a genetické vyšetření.

### 1.3.2 Vyšetření muže

Muži se v dnešní době vyšetřují dříve než ženy, protože vyšetření spermiogramu není tolik invazivní jako vyšetření ženy.

#### Spermiogram

V případě muže je hlavním zdrojem informací spermiogram, jehož vyšetření je vhodné provést již při první návštěvě sterilního páru. Jde o mikroskopické vyšetření spermií v jednom mililitru. Hodnotí se jejich kvalita, morfologie a pohyblivost. Výrazná odchylka zmíněných parametrů ukazuje na poruchu plodnosti.

Mezi další metody můžeme zahrnout vyšetření moči, z kterého se dají odhalit záněty močových cest, prostata nebo také cukrovka. A dále stejně jako u žen se provádí imunologické vyšetření, vyšetření hormonálních hladin a v neposlední řadě je někdy nutno provést biopsii varlete. [16]

### 1.4 Příčiny neplodnosti

Není známá přesná odpověď, existuje mnoho rizikových faktorů, které mohou mít vliv na plodnost páru. Zvýšený výskyt pohlavně přenosných nemocí má zcela velký podíl na oslabení neplodnosti u některých mužů i žen. A stejně tak používání nitroděložních tělísek, kde je pravděpodobnost vzniku infekcí větší než u jiných antikoncepčních prostředků. Komplikace nebo infekce při porodu či potratu se také považují za faktory negativně ovlivňující plodnost. Dále příčiny související se stavem životního prostředí – zvýšená intenzita radiace, jedovatých chemikálií a znečištění ovzduší.

Pro některé lidi neplatí nic z toho, co jsem doposud napsala. Jeden pro druhého je tím jediným sexuálním partnerem. Donedávna si mysleli, že pohlavně přenosné choroby se jich nemohou týkat, pro tyto dvojice je neplodnost pak obzvlášť velkým překvapením.

Uvedla bych další rizikové faktory, které mohou být důvodem neplodnosti a také proč by páry neměly čekat další roky, než se nechají vyšetřit:

- větší počet sexuálních partnerů, prodělaná pohlavně přenosná choroba,
- žena, která má za sebou jeden nebo více potratů,

- muž, který prodělal v pubertě příušnice, zraněné varlete, operace dětské kýly, operace břicha, nesestouplé varle,
- jestliže matka muže či ženy, kteří se snaží počít dítě, užívala během těhotenství diethylstilbestrol,
- žena, která měla endometriózu, výskyt tohoto onemocnění v rodině,
- nepravidelný menstruační cyklus, problémy s menstruačním cyklem po vysazení antikoncepce.
- ruptura apendixu, mohla způsobit zjizvení nebo srůsty v dutině pánevní,
- kouření, užívání drog, nadměrné pití alkoholu,
- působení negativních vlivů v pracovním prostředí jako jsou chemikálie, radiacem,
- nepravidelnost v životosprávě, přibývání a ubývání na váze během krátké doby.

Některé páry už po pár měsících vycítí, že něco není v pořádku, jiné čekají roky a někteří si nikdy nepřipustí fakt, že mohou být neplodní.

#### 1.4.1 Sociální vlivy

Do lidské společnosti zasáhla v poslední době řada sociálních vlivů.

- × Mění se role a ambice žen. Mnoho žen si nejdříve chce vytvořit svoji kariéru, chtějí dosáhnout svých vysněných cílů a až poté se chystají založit rodinu nebo ji vůbec neplánují.
- × Odklad založení rodiny. Dnešní ženy porodí své první dítě v průměru o tři roky později, než tomu bylo před dvaceti lety. Výzkumy ukazují, že plodnost klesá s věkem, k velkému poklesu pak dochází po dovršení 35 let. Schopnost otěhotnět v prvním měsíci snah u ženy 25leté je 25 %, u ženy 30leté 15 % a u ženy 40leté je to pouhých 5 %.
- × Častější užívání antikoncepce. Užívání hormonální antikoncepce je v dnešní době velice rozšířené a málokdy proto dochází k náhodným otěhotněním. Lidé si mohou naplánovat početí potomka až v době, kdy se jim to bude co nejlépe hodit, popř. až se na to budou

cítit, až budou mít finanční prostředky apod. Ale nikdo příliš nepřemýšlí nad tím, že až se rozhodnou, může být už pozdě a počít dítě nebude tak jednoduché.

- × Rozšíření pohlavně přenosných chorob. Také tyto choroby mohou zapříčinit zvýšenou neplodnost. Zejména neléčené choroby. [2]

#### 1.4.2 Příčiny neplodnosti u mužů

Když se hovoří o neplodnosti a jejich příčinách, mnozí z nás by řekli, že se jedná o ženský problém. Ale není tomu tak. V dnešní době jsou problémy s plodností u obou pohlaví, a to v jedné třetině u žen, do další třetiny spadají muži a zbylá třetina se dělí mezi problémy obou pohlaví a nevysvětlitelné příčiny neplodnosti.

Zjištění mužské neplodnosti může vést k tomu, že se muži za toto zjištění stydí a nechtějí, aby se to dozvěděli všichni v jejich okolí. Lidé často zaměňují neplodnost s mužností, což může způsobit, že se muž nebude cítit dostatečně dobrý pro zplození potomka. Ve skutečnosti je sexuální dysfunkce u neplodných mužů vzácná, z čehož vyplývá, že mužnost a neplodnost jsou dvě odlišné věci.

I přesto může mít muž snížené sebevědomí, protože nedokáže své partnerce dát, po čem oba touží. I jejich pohlavní život může být narušen. V tomto případě je užitečná komunikace mezi partnery a udržení správného náhledu na mužův problém. Aby si oba uvědomili, že vinit se navzájem v případě neplodnosti k ničemu nepovede. [17]

Nejdříve se vyšetřuje muž, protože vyšetření je jednodušší a méně agresivní než u žen. Poté, co se prokáže nebo neprokáže problém u muže, přistupuje se k vyšetření ženy, které bývá přesnější.

Příčiny u muže:

- poruchy tvorby a zrání spermií,
- problémy s pohyblivostí spermií,
- překážky a blokády ve vývodních pohlavních cestách,
- potíže s přenosem a uložením spermií.

### 1.4.3 Příčiny neplodnosti u žen

- Poškození nebo ucpaní vejcovodů – anatomické příčiny,
- chromozomální poruchy,
- hormonální poruchy,
- endometrióza (přítomnost sliznice dělohy v sousedních reprodukčních tkáních),
- příliš hustý cervikální hlen,
- imunologická rejekce spermatu,
- problémy s uhnízděním oplodněného vajíčka,
- předčasná menopauza.

Ale vliv na otěhotnění mohou mít také faktory, jako je nesprávná výživa, nedostatek vitamínů, nadměrná hmotnost nebo přílišná hubenost.

Zmínila bych zde psychogenní příčinu u žen.

Tato příčina může působit samostatně nebo být součástí již uvedených příčin. Ženy, které se snaží otěhotnět, se většinou soustředí jen na tento cíl. Pečlivě si zaznamenávají změřené bazální teploty, zjišťují tím tak plodné dny a na partnerovi vyžadují pohlavní styk právě ve dnech určených. To může ale vést k neshodám v partnerství, ke konfliktům jak doma, tak i na pracovišti. Ženy jsou úzkostné a čekání každý měsíc na to, že nepřijde menstruace, je neurotizuje.

Ale jsou i faktory, které mohou ovlivnit psychický stav ženy a pak mají dopad na její plodnost. Mezi ně patří náhlé úmrtí v rodině, nenadálá změna v okolí, ať už je to nemoc, rozvod, zkoušky a jiné situace, které vedou k vynechání menstruačního krvácení, snížená pohyblivost vejcovodů.

Regulace psychosomatického stavu ženy bývá někdy velice obtížná. [14]

## 2 PROŽÍVÁNÍ NEPLODNOSTI

Neploďnost může každý vnímat jinak. Pro někoho je to jen jedna z mnoha překážek v životě, nad kterou se pozastaví, bude pro něho nepříjemná, ale bude se ji snažit vyřešit jako všechno ostatní před tím.

Pro jiného, který se dozví, že má problémy s plodností, může nastat velká životní krize.

Lidé považují svoji plodnost za naprosto samozřejmou věc. Vždyť všude slýcháme, co máme dělat, abychom neotěhotněli, dnes máme k dispozici celou řadu antikoncepčních prostředků, ale nikdo nám nesdělil tu možnost, že můžeme být také neplodní.

Pro mnohé páry je to šokující stav, když zjistí, že se jim nedaří mít dítě hned, jak si představovaly. Nepovažují se za neplodné.

Ačkoli neplodnost je dynamický stav, který nevylučuje, že budou mít jednou dítě, zní to velmi negativně a definitivně.

Někteří se raději snaží porozumět své plodnosti, než aby se zabývali svou neplodností.

Myslím si, že párům, které právě začaly řešit problém s neplodností, pomůže, když se dozví něco o stavech, kterými prošla většina lidí, aby správně pochopily tento problém.

### 2.1 Reakce na neplodnost

Jde o stadia, která Elisabeth Kubler-Rossová vytvořila ve své práci o smrti a umírání.

- Popírání skutečnosti.
- Zloba.
- Smlouvání a pocit viny.
- Deprese.
- Smutek a přijetí.

Mnoho lidí, kteří jsou neplodní, by doplnili mezi stavy, které provázejí tyto páry, slovo překvapení. Jak jsem se již zmínila, vždycky jsme slýchali o tom, jak neotěhotnět, a najednou máme opačný problém. Je to jen krátkodobá reakce, ale myslím si, že je velmi silná.

### 2.1.1 Popírání skutečnosti

Jak už název napovídá, v této reakci lidé popírají skutečnost, že právě oni jsou ti, kteří mají překážku v plození dětí. Počáteční překvapení přechází v popírání: „To se nám nemůže stát!“ Pak následují další představy a situace, po kterých prostě dítě přijít musí, např., že příští měsíc bude ten pravý, nebo plány, že se to stane o dovolené aj.

Popírání skutečnosti se zdá být balamutění a zastírání pravdy, ale mnozí psychologové se domnívají, že popírání má svůj smysl v tom, že partneři se na skutečnost, že nemohou mít dítě přirozenou cestou, nachystají. Jejich tělo se připraví na vlastní tempo, přizpůsobí se událostem, které přicházejí. Popírání skutečnosti jim umožní postupně pochopit jejich situaci, a jestliže budou chtít dítě, musí začít dělat to, co dosud nedělali.

### 2.1.2 Zloba

Popírání skutečnosti je vlastně únikem před realitou. Ale páry se musí postavit před fakt, že nejsou schopny počít dítě nebo donosit životaschopné dítě. Lidé se zlobí na sebe, na partnera, na přátele, kteří děti mají, na Boha nebo na těhotné ženy. Může se to také projevit negativně na počátku řešení neplodnosti, kdy se zlobí na lékaře a na celý zdravotnický personál.

U některých lidí je zloba pochopitelná, ale jiní se zlobí až přehnaně, nerozumně.

V takové situaci jako jsou neplodní lidé, se nemůžeme divit, že u nich přetrvává zlost, ale sama neodezní, lidé se musí zamyslet nad tím, jak s hněvem naloží a jakým způsobem se s ním vyrovnají. Nevyjádřená zloba u většiny lidí vede k depresi. Deprese je také součástí stadií v prožívání neplodnosti, ale potlačovaný hněv ji může zbytečně prohloubit.

### 2.1.3 Smlouvání a pocit viny

V této fázi dojde mnoho párů k prvnímu rozhodnutí. Zjistí, že nejde o konec světa, ale že jsou prostě „jen“ neplodní. Jak už z názvu vyplývá, lidé začínají smlouvat. Doufají, že když se v něčem změní jeden nebo oba partneři, dosáhnou svého cíle a to je počít dítě. Například věřící lidé smlouvají s Bohem, slibují, že budou dělat všechny věci přesně tak, jak se dělat mají. Budou štedří, hodní, nebudou nikoho považovat za nepřítele a vyřknou další podobné sliby. Domnívají se, že se jejich stav změní, odčiní-li své provinění.

Ale pokud všechny jejich oběti, které přinášejí, všechna jejich přání a naděje nevedou k jejich vysněnému cíli, ztrácejí naději, nevěří už ničemu, žádným radám od známých, od lékařů. Někteří věřící lidé navíc odsuzují umělé oplodnění jako věc, která je nepřírozená a proti Bohu. V takovém případě je velmi potřebná psychoterapie.

Měli by si uvědomit tři klíčové pravdy, které zdůrazňuje Barbara Eck Menningová.

1. Lidé neovládají všechny aspekty svého života.
2. Život není vždy spravedlivý.
3. Hodnota člověka a jeho plodnost spolu nesouvisí.

#### **2.1.4 Deprese**

Fáze, kterou nazýváme deprese, je přechod mezi zlobou a popíráním skutečnosti. Mnoho lidí z nás již depresi zažili. Je to stav, kdy je nám vše lhostejné, trápí nás smutek, nenalzáme východiska z našich problémů. Páry, které zjistí, že jsou neplodné, prožívají krátkodobou depresi. Uvádí to jako „pocity zániku a smrti“. Někdo může truchlit nad ztrátou své plodnosti, protože zplodit dítě bylo hlavním cílem jejich života, jiní mohou truchlit nad ztrátou potencionálních vajíček. Depresi zažívají také ve chvíli, kdy čekají na testy, které by jim měly prozradit výsledek jejich snažení, ale dozví se, že opět byli neúspěšní.

Uváděla jsem na začátku, že 10 % párů patří mezi ty, kteří se nikdy nedozvědí, proč nemohou mít děti, jejich diagnóza je nevysvětlitelná, nenajde se žádná příčina. Pro takové partnery je obtížné dostat se z deprese, protože pro ně neexistuje konkrétní léčba, neví, kterým směrem se mají uchýlit. Jejich situace je bezvýchodná. V takovém případě je pro ně vhodné, aby se snažili uvědomit si, že jejich neplodností život nekončí a zaměřit se na své ostatní důležité potřeby v jejich životě.

#### **2.1.5 Smutek a přijetí**

Když napíšu tato dvě slova zármutek a truchlení, mnozí z nás si tyto pojmy spojí s truchlením nad zemřelým člověkem nebo nad ztrátou nějaké věci. Ale dvojice, u kterých byla diagnostikována neplodnost, nemají nad kým truchlit. Neztratily věc jako takovou, něco, co můžeme vzít do ruky, čeho se můžeme dotýkat. Ztratily svoji možnost mít dítě, založit rodinu, něco, po čem toužily a o čem si myslely, že naplní jejich život.



Ale tímto si musí každý projít. Je to způsob, jak se vyrovnat s neuskutečnitelností svých snů, tužeb, přání a pochopit realitu a přijmout ji.

Ne všechny tyto fáze musí procházet postupně, jak jsou zde uvedeny, je možné, že se někteří budou pohybovat jen mezi některými a neustále se k nim vracet než dospějí k té závěrečné.

Během tohoto období se mohou dvojice cítit osamoceny. Připadá jim, že jim nikdo nerozumí.

Lidé se často izolují, protože mají od ostatních pocit odlišnosti, vydělují se z jejich společnosti. Dávají vinu na sebe nebo na partnera, hledají viníka všude, kde je to možné, ale ve většině případů je snaha najít viníka marná a hlavně ničivá.

Skutečnost, že se partneři izolují od ostatních, může být ale v něčem příznivá. Najdou a ohraničí si svůj prostor a v něm se snaží vyrovnat se svým problémem. Dočasné osamocení párů jim může umožnit vytvořit si ochranu před situacemi a lidmi, o kterých ví, že jim mohou ublížit. Do takových situací mohou spadat narozeniny malých dětí, návštěva rodiny, které mají už ty nejmenší ratolesti. Ale také potkávat těhotné ženy a ženy s kočárky.

Taková izolovanost od ostatních může vyvolat v mnohých otázky, proč se nám straní, proč nás nenavštěvují aj. Oni ale párům, kteří jsou neplodní, nemusí rozumět. Neví, čím prochází, jak těžké je vyrovnání se s neplodností a že musí načerpat síly, aby se mohly vrhnout do boje a jít si za svým cílem. Pro ně nemá smysl vysvětlovat každému, jak to v jejich případě je. Musí si uvědomit svoji situaci a zaměřit se na další kroky, které podniknou. Proto raději hledají společnost a taky lidi, kteří jim pomohou a třeba i ty, kteří mají stejný problém a pochopí jejich chování a jednání.

Postupem času se lidé z okolí dovědí, že jejich blízcí mají problémy s početím dítěte, že procházejí vyšetřováním a léčbou a to může vést k tomu, že se začnou ptát a mít poznámky určitého druhu. To vysvětluje, že nemají mnoho vědomostí o tomto problému a také že jsou lhostejní k těm, kteří tuto situaci řeší. Páry pak nemají sílu vysvětlovat všem, jak je to v jejich případě s dítětem, proč je ještě nemají a na co čekají. Svou energii potřebují na řešení samy sebe. Ale přece jen někomu mohou vysvětlit, oč jde a tímto krokem mu může poskytnout více informací a také možnost jim nějakým způsobem pomoci.

Proto párům v takových situacích pomůže, když si na některé dotazy předem připraví odpovědi a tím se vyhnou stresu z nepříjemného vyslyšení. [9]

## 2.2 Zvládnutí situace – získání sebevlády

Mnoho lidí si nepřipouští, že by měli problém s plodností zrovna oni a mají čas na jiné aktivity, věnují se věcem, které jsou pro ně zřejmě důležitější a aktuálnější. Proč by zrovna oni, kteří se narodili rodičům, kteří byli zjevně plodní, měli mít tento problém.

A právě po zjištění diagnózy, jakou je neplodnost, nastane v jejich hlavách zmatek a začnou si klást různé otázky. Začnou se pít po informacích spojených s touto problematikou. Vyhledají si, co všechno mohlo zabránit početí jejich dítěte, jaká je možnost léčby a spousta jiných poznatků. Snaží se ze všech stran porozumět svému problému, ale všechny ty články a zprávy od lékařů jim mohou připadat nesrozumitelné a mohou v nich vyvolávat beznaděj a pocit, že s tím nedokážou nic udělat, že je vše strašně složité. Najednou si připadají, že to všechno nezvládnou.

Ale jsou způsoby, které jim pomohou tuto situaci překonat. Prvním z nich je **vzdělávání**. Měli by se snažit porozumět tomu, čím momentálně procházejí a co prožívají jak po stránce psychické, tak i fyzické. Najít si literaturu týkající se jejich problému, aby se dozvěděli, jaké možnosti mají v dnešní době. Kam spadá právě jejich problém, je-li to příčina nevysvětlitelná nebo má konkrétní název. A taky je dobré mít přehled, když se jich na to budou ptát lidé z okolí, aby byli při odpovědi sebejistí a nekrčili jen rameny a říkali, že neví a že to všechno je na ně moc a nezvládnou to.

Dalším krokem, který je pro partnery důležitý, je naučit se, aby **byli trpěliví**. Jak jsem se již jednou zmiňovala v úvodu, cesta k početí dítěte může být zdlouhavá a plná překážek, a proto je důležité mít dostatek trpělivosti. Žena každý měsíc čeká jen na to, že konečně nepřijde menstruace a bude těhotná. Ale po každém dalším neúspěchu nastává stejně dlouhý další měsíc čekání a co když se to zase nepovede? Těmto párům připadá, že měsíce čekání mají stejnou délku jako roky. Mnohdy ani odborníci nám nezaručí pozitivní výsledek. Proti přírodě nic nezmůžeme. A tak nezbude nic jiného, než se naučit trpělivosti.

**Udělat si plán a realizovat ho** je další způsob, jak se nestát obětí situace, do které se dvojice dostaly. Je dobré si udělat seznam možností, které mají, a realizovat je. Začít těmi pro ně nejdůležitějšími a až je budou mít vyčerpány, tak nepropadat panice a zabývat se

dalšími body ve svém seznamu. Tím, že budou něco dělat a nebudou jen čekat na to, co se přihodí a co jim spadne do klína, berou věci do svých rukou. Nebudou si připadat tak bezmocní a neschopní. Budou mít pocit, že alespoň něčím přispěly k řešení svého problému.

**Zamyslet se nad rozdílem mezi rodičovstvím a biologickým rodičovstvím.** Pár si musí dobře promyslet, zdali chce vychovávat opravdu jen svoje biologické potomky, nebo věnovat svou péči a lásku i dětem, které neponesou jejich vlastní geny. V případě, že se rozhodnou pouze pro své vlastní děti, měly by si uvědomit, že se jim zúží možnosti, které vedou k jejich vysněnému cíli.

Stále je třeba mít na mysli, aby honbou za tímto cílem neutrpěl jejich partnerský vztah. Je důležité žít jako partneři, trávit svůj volný čas nejen spolu, ale aby se každý věnoval svým koníčkům. Aby se jejich manželské soužití neproměnilo jen v počítání plodných dnů. Tím, že se budou věnovat jiným věcem, ať už je to nějaká fyzická aktivita nebo psychoterapie, tím budou chránit to nejcennější, co mají, a to je vztah se svým partnerem. Neměli by dopustit, aby se tento problém stal hlavním tématem jejich života.

**Najít podporu.** Důležité je, aby si partneři byli navzájem sobě oporou. Protože může nastat situace, kdy po dítěti touží jen jeden z partnerů a druhý všechny jeho snahy přehlídí a léčbu odmítá, např. vyšetření spermiogramu. V tomto případě je nutná i pomoc širší rodiny, která by měla partnery podpořit v jejich cestě za dítětem. Nebo se mohou páry obrátit na zkušeného psychoterapeuta, který ví, čím vším si procházejí a jaké je mohou potkat překážky po stránce psychické.

**Vyhýbat se bolestivým situacím.** Do takových situací bych zahrнула návštěvy rodin a přátel, kteří mají již malé děti nebo teprve čekají příchod miminka. Také může být těžké se pohybovat v nákupních centrech a zvláště v obchodech, kde se prodává dětské oblečení. A co když má někdo z dětí z rodiny narozeniny a pozvou dvojici na oslavu? Nejlepším řešením je koupit dárek přes internet nebo koupit jen poukázku na odběr zboží. V tomto období musí ženy myslet zejména na své potřeby.

**Vést si deník.** Je vhodné si během léčby zaznamenávat, jaké má člověk pocity během léčby a jak se postupně mění jeho uvažování a názory. Partneři by si měli zapisovat nejen průběh léčby a třeba i někdy svoje pochybnosti, ale i pěkné, radostné věci.

### 3 REALIZACE RODIČOVSKÉ ROLE

#### 3.1 Generativita

Generativitou se rozumí snaha generovat, vytvářet něco, co přesahuje hranice sebestředných – egocentrických až egoistických zájmů člověka. Tvořit, případně i stvořit něco, co by člověka přežilo, co by obohatilo druhé lidi. V obecné formě je tomuto pojmu lépe možno porozumět tam, kde hovoříme o plození, kreativitě, umělecké či vědecké činnosti, případně i o dobrovolné formě pomoci druhým lidem – často s podtitulem „aby mě to přežilo“. S generativitou se setkáváme např. u rodičů, kteří vychovávají své děti, u učitelů, kteří se věnují další generaci. [24]

Generativita je hlavně zájmem o vznik a vedení další generace. Dospělý člověk cítí potřebu mít dítě jako pokračování svého rodu, to se týká hlavně mužů, u žen je to hlavně mateřský pud, touha se o někoho starat. Dítě nabízí člověku možnost pokračování sebe sama. Většina lidí považuje děti za smysl svého života, očekávají od dítěte obohacení svého života a pocit radosti a potěšení z jeho rozvoje. Někdy člověk nedokáže říci, proč vlastně dítě chce, ale cítí, že ho ke svému životu prostě potřebuje.

Děti a péče o ně jsou přirozeným pojátkem mezi partnery. Pokud selžou všechna úsilí přivést na svět svého biologického potomka, tak dříve či později je partnerství ohroženo nevěrou nebo následným rozchodem. Přitom nehraje významnou roli, kdo z páru je na vině, protože partneři stejně v podvědomí označují za viníka toho druhého.

Stát se rodičem není jen o tom počít své biologické dítě. Partneři si musí uvědomit, zda chtějí dítě za každou cenu. Až si toto spolu ujasní, zjistí, že cesta za dítětem skrývá cíle, a to hned tři: vlastní dítě, adoptované dítě a bezdětnost – ani jeden z těchto cílů není méněcenný. Přijetí možnosti, že dítě adoptují nebo zůstanou bezdětní, je ale úkol pro silné lidi a často na dlouhou dobu. Není to rozhodnutí lehké a musí zvážit všechna pro a proti. Jestli budou šťastní, i když zůstanou sami, nebo jestli mít dítě je jediným smyslem jejich života. Vývoj člověka může dosáhnout osmého stadia zrání osobnosti podle Eriksonova pojetí, ale může se též zarazit dříve a ustrnout. Erikson označuje tento stav jako stagnaci – ustávání v pohybu vpřed, zastavení rozvoje osobnosti.

### 3.2 Eriksonova vývojová teorie

Etapy lidského života tvoří někdy kapitoly jasně oddělené událostmi, které rozhodujícím způsobem ovlivní jeho běh (přestěhování, sňatek, smrt někoho blízkého...). Zákonité etapy psychického vývoje platné pro všechny lidi takto až na výjimky odděleny nejsou. Různí autoři proto dělí lidský život na vývojová období poněkud různě.

Zmíním se zde o vývojové teorii E. H. Eriksona, protože souvisí s tématem, o kterém píš. Objevuje se u něho termín generativita, která vychází z latinského slova genero = plodit, rodit, tvořit. A právě tyto potřeby může člověk uspokojit realizováním rodičovské role a tím naplnit svoje poslání v životě.

Teorie E. H. Eriksona vychází z koncepce životních etap člověka. Erikson je srovnává s biologickými zákonitostmi rozvoje organismu, ale je citlivý vůči tvořivé síle člověka a jeho možnosti svobodně hledat vlastní cestu. Lidský život vidí jako cestu k výšinám přes propasti. Integrita osobnosti může být však narušena zpětnými kroky způsobenými nedořešenými problémy předcházejících fází života. Během života jsou některá období kritická, obrat je v nich nevyhnutelný. Za normálních okolností jde o kritické období zvýšené zranitelnosti a zároveň o nové možnosti, nebo naopak zdroj nedostatku ochoty se přizpůsobit.

Erikson určil v lidském životě osm etap s jejich specifickými krizemi a významnými rozhodnutími, které musí osoba učinit, chce-li dosáhnout cíle.

1. Důvěra nebo nedůvěra. Vytváří se v období útlého věku, je-li dítě přijímáno s láskou. Vyrůstá na ní celý život dítěte. Základní důvěra však nevylučuje smysluplnou nedůvěru, která je potřebná pro pozdější schopnost rozlišování. Základní důvěra se má stát a zůstat nejhlubší vrstvou osobnosti, která přežije všechna pozdější zklamání. Zároveň se objevuje i základní naděje, o které se správně říká, že „umírá poslední“.
2. Autonomie nebo pocit studu. Kolem třetího roku věku začne dítě projevovat svou vrozenou tendenci ke zdůrazňování svého já, své vůle. Je to základní potřeba každého člověka žít svůj vlastní život, řídit se podle svého svědomí. Autonomie člověka může být pravá jen tehdy, když uznává autonomii ostatních. Není dobré lámat vůli dítěte silou. Je třeba jim pomáhat, aby jejich autonomie byla v souladu

s autonomií ostatních. Jinak se u dítěte může vytvořit spíše zahanbená nejistota a v pozdějších letech může blokovat rozvíjení svobody.

3. Iniciativa nebo pocit viny. Předškolní věk je věkem dětské hry, proto bychom dítěti neměli bránit v prostoru a času, které věnuje hram. Objevuje se v této době také svědomí. Zpočátku se dítě bojí jen prozrazení a trestání za chyby. Postupně se začne ale vyvíjet jeho vlastní schvalující nebo odsuzující „vnitřní hlas“. Krize je překonána, když v popředí nejsou výčitky a pocit viny, ale objevení vlastní role, vlastních schopností.
4. Snaživost nebo komplex méněcennosti. Vytrvalá, systematická snaha o dosažení cíle, který je vzdálený, překonání překážek a nezdarů. S neúspěchem je spojena hrozba – komplex méněcennosti. Dítě tak může rezignovat na své plnohodnotné uplatnění ve společnosti.
5. Identita nebo nedostatek identity. Budování vlastní identity je náročný úkol. Znamená rozchod s názory a postoji, které jsme si osvojili v dětství, jež jsme bez velkého přemýšlení převzali od rodičů nebo od jiných autorit. Je třeba toto všechno přezkoumat a říct si, co nechci, čemu nemohu věřit, co jsem dělal jen ze zvyku.
6. Intimita nebo izolace. V této fázi mladé dospělosti se rozhoduje, zda mladý člověk naváže hluboké vztahy přátelství a lásky, nebo zda zvolí únik do samoty. Člověk, který má problémy s identitou, je nejistý, úzkostný, kontakty jsou povrchní a je neschopen navázat trvalý vztah. Naopak vyřešená identita přináší hlubokou zkušenost, přijmout závazky, sloužit druhým.
7. Generativita (plodnost), produktivita, sociální zralost nebo izolace, stagnace. Generativita je hlavním vývojovým úkolem střední dospělosti, očekává se zde zralost člověka. Především se jeho tvořivost projevuje v jeho rodičovství, když přijímá dítě ve vnitřní svobodě a odpovědnosti. Také ochota převzít odpovědnost, obohacovat život přítomné i budoucí generace. Stagnace je opakem tvořivé síly.
8. Integrita nebo zoufalství. Poslední etapa života – stáří. Přivádí život k plné plodnosti, stavu naplněnosti nebo definitivně zjeví vlastní selhání, život zbavený smyslu. V této fázi života se lidé stávají prarodiči. Tato role odpovídá sociálnímu očekávání a potvrzuje kvalitu tohoto člověka, jeho generativity, která má na této

vývojové úrovni podobu prarodiče. Pro prarodiče se vnouče může stát smyslem jejich života, ono je potřebuje a zároveň uspokojuje i jejich psychické potřeby. Tato role posouvá generační příslušnost jedince, a proto má největší význam, když ji člověk získá poprvé. Také potvrzuje normalitu rodiny, splňuje určité sociální očekávání. Je jednou ze složek seberealizace starší dospělosti. [3]

### 3.3 Maslowova pyramida potřeb

Maslowova pyramida je hierarchie lidských potřeb, kterou definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb:

4. fyziologické potřeby,
5. potřebu bezpečí, jistoty,
6. potřebu lásky, přijetí, sounáležitosti,
7. potřebu uznání, úcty,
8. potřebu seberealizace.

Všeobecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik naléhavých a vývojově vyšších potřeb. V souvislosti s naplněním rodičovské role je u fyziologických potřeb důležitá potřeba pohlavního styku a u následujících stupňů v pyramidě jsou další potřeby, které se od této základní odvíjejí. Jsou to zejména jistota rodiny, partnerského vztahu, potřeba mít rodinu a nejvyšším bodem pyramidy jsou duchovní potřeby, splnění očekávaného cíle být dobrým rodičem.

### 3.4 Život bez dětí

Dítě často dává lidskému životu směr, cíl nebo také jinak řečeno smysl. Je to někdo, komu můžeme věnovat svoji lásku, svou péči, své schopnosti, svůj čas. Kdo měl vyhrazeno ve svém životě pro dítě významné místo, tomu cíl může chybět – není naplněn smysl jeho života a hledá si jiný plnohodnotný cíl. Ale ne každá neplodná dvojice, která skončí u rodiny o dvou členech, to udělá proti své vůli. Mnoho párů si často uvědomí, že dvoučlenná rodina může být dostatečná. Dříve nebo později pochopí, že život přináší i jiné uspokojující a obohacující zážitky, začnou pracovat na zlepšení svého vztahu, vztahů

k dalším členům rodiny, soužití s přáteli a v neposlední řadě svoje úsilí věnují vybudování kariéry.

Ale tak jako mnoho věcí, i život bez dětí s sebou nese řadu nedorozumění a předsudků. Není lehké přesvědčit svou rodinu a přátele, že život bez dětí je pro ně správné řešení. Pár by si měl být ale jistý, že oba souhlasí s bezdětným životem. Pokud ale má jeden z nich pochybnosti, měli by vyhledat odborníka a řešit s ním tento svůj problém.

Důležité také je, jaký bude jejich další vztah k dětem druhých lidí a k dětem obecně. Některé páry se začnou zabývat nějakou dobrovolnou prací s dětmi, další věnují svoji lásku dětem v příbuzenstvu – neteřím, synovcům atd. Jiní ve svém životě prostě přestanou klást důraz na děti.

Spousta lidí si myslí, že manželství bez dětí nemá smysl a je odsouzeno k zániku, protože muž a žena nemají společné téma k hovoru. Ale i tyto bezdětné páry mohou prožít plnohodnotný a spokojený život.

### **3.5 Náhradní rodinná péče**

#### **3.5.1 Adopce**

Alternativou pro bezdětné páry, které nemohou počít své vlastní biologické dítě ani po léčbě nebo léčbu odmítají, je adopce. Na tuto roli se partneři musí připravit „uměle“, protože to, co prožívají u vlastních dětí od početí až k dospívání, mnohdy tolerují, protože jsou nositeli jejich vlastních genetických informací, u dětí adoptovaných toto mohou vnímat odlišně. Je třeba si uvědomit, že ne všechny povahové rysy dítěte ovlivní výchovou a proto je nutné brát dítě takové, jaké je i s jeho genetickými vlohami. Adoptovanému dítěti je nutné poskytnout vše, co bychom poskytli dítěti vlastnímu, a zkusit zapomenout, že bylo počato jinými rodiči. Jenom tak si k němu mohou vytvořit tak úzkou vazbu, jako kdyby se jednalo o dítě vlastní.

Adopce (osvojení) je státem garantovaná a zákonem ošetřená forma náhradní rodinné péče, při které přijímají manželé či jednotlivci opuštěné dítě za vlastní a mají k němu stejná práva a povinnosti, jako by byli rodiči.

Pro osvojení se hodí zejména děti, které mají zpravidla dobrý zdravotní stav i psychomotorický vývoj a které mohou jít do rodiny především v raném věku.



Náš právní řád (zákon o rodině) definuje osvojení:

- a) prosté, obyčejné (zrušitelné),
- b) nezrušitelné [20].

Páry, které se rozhodnou pro adopci, musí projít složitým obdobím, které trvá od rozhodnutí, že budou takto řešit svoji situaci, až po okamžik, kdy si dovedou domů osvojené dítě. Samozřejmě většina párů by chtěla nejraději dítě co nejdříve po narození, pokud možno zdravé. Musí si ale uvědomit, že množství jejich „požadavků“ na dítě (zdraví, věk, pohlaví, rasa) prodlouží jejich čekání. Dvojice po podání žádosti procházejí složitými psychologickými vyšetřeními, která pro ně mohou být velmi stresující. Bývá zkoumán jejich zdravotní stav, sociální poměry, hmotné zabezpečení.

V knize Na cestě za dítětem, jejíž autorkou je Hana Konečná, popisuje žadatelka svoje problémy s adopcí, kdy je sociální pracovnice přesvědčovala, ať ustoupí od adopce, že jako učitelé mají děti ve škole dost. Před přijetím dítěte do rodiny ještě musí budoucí rodiče absolvovat přípravný kurz, kde se seznamují s problémy, které mohou nastat po adopci, a s jejich řešením. A potom už nastává doba „čekání“ na dítě.

Mnohdy se stává, že párům, které se ještě léčí a neví, zda jejich léčba bude úspěšná, je doporučeno, aby si již o adopci zažádali a zkrátili tak dobu čekání. Někdy se stane (jestliže příčina tkví také v psychice), že po podání žádosti se žena uklidní, začne se těšit na příchod nového člena do rodiny a tím se dostane do takové psychické pohody, že otěhotní. A jsou i situace, kdy již mají partneri dítě ve své péči, už nedoufají, že by někdy mohli mít své biologické dítě, jsou šťastní a najednou žena spontánně otěhotní.

Musíme si ale uvědomit, že adopce není záležitostí jen oné dvojice, ale také celé širší rodiny a blízkého okolí. Na adopci se musí připravit nejenom budoucí rodiče, ale také prarodiče, sourozenci partnerů. Je důležité, aby jejich rozhodnutí podpořili a byli schopni věnovat lásku „cizímu“ dítěti. Rodiče, které už dítě do rodiny dostali, by si měli uvědomit, že tato situace není jednoduchá ani pro dítě. Potřebuje samozřejmě čas, aby se sžilo s novým prostředím, s novými lidmi. U starších dětí tahle doba bude trvat určitě déle, protože budou více nedůvěřivé a budou mít strach, aby nebyli dospělým opět opuštěni.

Důležitou institucí, která pomáhá bezdětným párům, je Fond ohrožených dětí. Její předsedkyně JUDr. Marie Vodičková se snaží, aby děti strávily co nejméně času

v kojeneckých ústavech a šly co nejrychleji do náhradních rodin. Zprostředkovává tzv. přímé nebo otevřené adopce, při které je dítě do předadopční péče svěřováno konkrétním osvojitelům samotnými rodiči. Tato přímá adopce je výhodná v tom, že dítě přichází k novým rodičům ihned z porodnice, rodiče a budoucí osvojitelé se mohou, ale také nemusí setkat – podle svého přání.

V poslední době budoucím osvojitelům velice nahrává zřizování babyboxů. Do těchto zařízení, která bývají součástí větších porodnic (podle posledních informací je jich 14), mohou matky své dítě odložit v tíživé životní situaci, kdy se nemohou o své dítě postarat z různých důvodů. Odložení dítěte je anonymní. Za tento čin by neměly být matky stíhány nebo trestány. Vzhledem k tomu, že rodiče nejsou známi, může být dítě předáno do péče budoucích osvojitelů prakticky hned po provedení potřebných vyšetření a očkování.

### 3.5.2 Pěstounská péče

Pěstounská péče je státem garantovaná forma náhradní rodinné péče, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali. Do pěstounské péče si mohou dítě vzít manželé, ale i jednotlivci. Za tuto péči jsou pěstouni finančně odměňováni. Do této péče přicházejí většinou děti, které nejsou právně volné a nemohou být osvojeny, nebo děti, které mají zdravotní handicap, starší děti nebo skupiny sourozenců. K pěstounské péči není potřebný souhlas biologických rodičů, protože dítě zůstává „právně“ ve své původní rodině, která se s ním může i nadále stýkat. Pěstounská péče zaniká dovršením zletilosti, ale samozřejmě dítě dál může se svým pěstounem žít.

V praxi se uplatňují dva typy pěstounské péče: individuální a skupinová. Individuální probíhá v běžné rodině a skupinová například v zařízeních pro výkon pěstounské péče nebo v SOS vesničkách.

SOS vesničky poskytují domov dětem, které nemohou být ve své vlastní rodině, ale také nemohou být umístěné v adoptivní či individuální pěstounské péči. Zde mají možnost vyrůstat v rodinném prostředí a připravovat se tak s matkami pěstovankami na samostatný život. V současné době existují tři SOS vesničky: v Doubí u Karlových Varů, která vznikla již v roce 1969. Je v ní dvanáct domů, v každém může žít 4–7 dětí s matkou pěstovankou. Druhá je ve Chvalčově, vznikla v roce 1973. Může zde žít až 24 dětí v devíti rodinných domech. Nejnovější vesnička je v Brně – Medláncích, která byla zprovozněna v roce 2003.

Zde v desíti domech může žít až 47 dětí. Výhodou těchto vesniček je, že děti žijí v přirozeném prostředí jako v rodině, poznávají každodenní život, jeho radosti i strasti a jsou proto lépe připraveny pro budoucí samostatný život. Rodiny si navíc mohou vyměňovat své zkušenosti a navzájem si pomáhat.

Pěstounkami mohou být nejenom samotné ženy, ale i manželské páry. Realizovat se v mateřské roli mohou svobodné ženy, které nezaložily vlastní rodinu z různých důvodů, například nenašly vhodného partnera, z důvodu neplodnosti aj. Další skupinou jsou ženy, které již vychovaly vlastní děti, ale ty už jsou dospělé a ony cítí ještě potřebu dát někomu svoji lásku. [21]

### 3.6 Náhradní mateřství

Náhradní mateřství znamená zahrnutí třetí osoby do reprodukčního cyklu. Princip náhradního mateřství spočívá ve vložení embrya neplodného páru, který nemá šanci z nějakého důvodu dítě donosit, do dělohy náhradní matky, která dítě odnese a po porodu odevzdá zpět jeho biologickým rodičům. Náhradní mateřství je jediná šance, jak mít vlastní děti, pro ženy s aplazií nebo agenezí dělohy. Dále pro ženy, kterým musela být odstraněna děloha z důvodu myomatóckého nebo onkologického onemocnění.

Tyto pacientky mohou být někdy velmi mladé, bezdětné a proto touží po svém vlastním dítěti.

Oficiálně náhradní mateřství v České republice neexistuje, ale žádný zákon toto výslovně nezakazuje. Při hledání náhradní matky ale dochází k zásadnímu problému. Dobrovolně se totiž nehlásí mnoho žen, které by byly ochotny donosit cizí dítě, takže si pár musí najít sám náhradní matku, čímž je porušen základní princip dárcovství, a tím je anonymita. Například v USA mají tuto situaci vyřešenou: existují zde specializované kanceláře s databází náhradních matek a ženy toužící po dítěti čekají, až na ně přijde řada, vše se dále řeší právní cestou a samozřejmě za peníze. [21]

### 3.7 Léčba neplodnosti

Jestliže se pár rozhodne pouze pro své biologické dítě, čeká ho strastiplná cesta za uskutečněním svého snu.

Na začátku koloběhu lidské plodnosti musí být vždy samčí a samičí pohlavní buňky – spermie a vajíčka. Ale někde v těle člověka může být mechanická zábrana, která nedovolí, aby se spermie a vajíčka setkaly a splynuly.

Když partneri pochopí, že otěhotnění nebude jen tak jednoduché, musí začít uvažovat o léčbě. Někteří se rozhodnou nejdříve pro ty nejjednodušší způsoby. Měření bazální teploty, čímž žena zjistí své plodné dny, bývá asi nejčastější metodou na počátku jejich úsilí. Další páry dají přednost před lékařskými zákroky například přírodnímu léčitelství – pití různých léčivých bylinných čajů nebo přímo návštěva léčitele. V tomto případě může sehrát důležitou roli víra v jeho schopnosti, čímž se uklidní psychika léčeného člověka, která je právě v těchto případech velice důležitá. A právě u neplodných párů může narušená psychika po delší době prohloubit jejich problém.

U některých dvojic návštěva léčitele bývá naopak poslední možností, jestliže selhaly například pokusy o umělé oplodnění nebo žena opakovaně potráčí.

Další možností, která může pomoci ženě k otěhotnění, je cvičení. Je to v případech, kdy se u páru nezjistí žádný závažný zdravotní problém, ale žena trpí tzv. funkční sterilitou. Žena je zdravá, ale některé její orgány jsou v jakémsi křečovitém sevření. Propagátorkou této metody byla paní Ludmila Mojžíšová (1932–1992). Absolvovala rodinnou a střední zdravotní školu. Od roku 1955 pracovala v pražském Tyršově domě řadu let jako rehabilitační sestra na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy. Poslední léta svého života ale zasvětila právě ženám s funkční sterilitou. Při svojí léčbě sledovala u žen stav páteře, obratlů, kloubů, svalů a snažila se napravovat vše, co bránilo jejich správným funkcím. Různé civilizační faktory, jako je sedavé zaměstnání, málo pohybu nebo naopak zvýšená námaha – to vše může ovlivnit stav tzv. svalového korzetu a dochází ke změnám v organismu, které nedovolí ženě otěhotnět. Jako rehabilitační pracovnice Fakulty tělesné výchovy a sportu také pracovala léta se sportovci, kterým pečovala o přetížené a unavené svaly. Pacientkami byla obdivovaná a uznávaná, ale lékaři-gynekologové jejich nadšení příliš nesdílejí.

„Já mám pětáctyřicetiprocentní úspěšnost a to těm gynekologům vadí nejvíc. Co ještě chtějí, abych jim dokazovala?“ (Strusková, Novotná, 2007, s. 12)

I přes nedůvěru odborníků se o její cvičení zajímalo stále více žen, takže si musela vyškolit v dalších krajích svoje následovnice. Dětem, které se narodily její zásluhou, říkala

„mojžíšci“. Jak jsem již napsala, odborníci tuto metodu příliš neuznávají, takže některé ženy, které nemohou otěhotnět a byla by pro ně tato metoda vhodná, se mnohdy o tomto cvičení ani nedoví. Tím jsou připraveny o možnost zkusit jednodušší způsob otěhotnění než podstoupit invazivní léčbu. [13]

Ale nejčastějším řešením u párů s poruchou plodnosti se stávají metody asistované reprodukce.

Dne 25. července 1978 se v Anglii narodilo první dítě po mimotělním oplodnění. Od té doby se metody asistované reprodukce rychle zdokonalovaly a stále zdokonalují a dávají neplodným párům vysoké šance, že budou mít své vlastní dítě. Na základě výzkumů a zkušeností vznikl postupně nový obor – reprodukční medicína.

Nejnámější pracoviště, kde se narodilo v roce 1982 první dítě po mimotělním oplodnění, tzv. dítě ze zkumavky v České republice a bývalé východní Evropě, je porodnice na Obilním trhu v Brně. Nemalou zásluhu na rozvoji metod asistované reprodukce v České republice má prof. MUDr. Ladislav Pilka, DrSc., který byl v letech 1980–1998 vedoucím centra asistované reprodukce ve Fakultní porodnici Brno. Nyní působí jako přednosta kliniky reprodukční medicíny a gynekologie ve Zlíně. Stál u početí prvního dítěte cestou umělého oplodnění a pomohl řadě lidem k vytouženému dítěti.

Způsoby léčby pomocí asistované reprodukce:

- a) Indukce (vyvolání ovulace).
- b) Intrauterinní inseminace (IUI).
- c) In vitro fertilizace (IVF).
- d) Intracytoplazmatická injekce spermií (ICSI).
- e) Prodloužená kultivace spermií.
- f) Asistovaný hatching (AH).
- g) Kryokonzervace a kryoembryotransfer (KET).
- h) Darování vajíček.
- i) Preimplantační genetická diagnostika (PGD).
- j) MESA/TESE.

Páry, které potřebují pomoc odborníků, si mohou podle místa svého bydliště vyhledat nejbližší centra reprodukční medicíny, která jsou v dnešní době po celé České republice.

## 4 RODIČOVSTVÍ

„Rodičovství je významným projevem generativity dospělého věku, ale i specifickým způsobem naplnění intimity, protože umožňuje vznik výlučné citové vazby většinou přetrvávající po celý život. Rodičovství je považováno za zcela přirozené, může být zdrojem psychosociálního obohacení, ale zároveň představuje velkou životní zátěž.“ (Vágnerová, 2007, s. 108)

Rodičovská role je důležitou součástí identity dospělého člověka. Je to role, kterou lze charakterizovat několika body.

- 1) Nadřazená role – rodiče dominantní autoritou, dítě je závislé na jeho péči. Rodič prakticky rozhoduje o všem, co se týká dítěte.
- 2) Je to role nevratná – nelze přestat být rodičem a nelze ani dítě vyměnit. Člověk, který se stane rodičem, jím zůstává navždycky.
- 3) Dítě vytváří nezrušitelnou vazbu k partnerovi, druhému rodiči, protože je jejich společným potomkem.
- 4) Rodičovství představuje zásadní zvrát v životě člověka, který vyžaduje změnu životního stylu.

Přechod k rodičovství je přechod zlomový. Některé životní změny nejsou tak náhlé, dochází k nim postupně, ale rodičem se člověk stane ze dne na den; dítě, které tu nebylo, tu najednou je a potřebuje naši péči. Někteří rodiče po narození prvního dítěte zažívají šok, protože se těší na milé, usmívající se miminko a najednou je překvapí malý vřískající tvoreček, s kterým si někdy neví rady. Podle psychologů je narození prvního dítěte „výrazná zátěž“.

Ale rodičovská role také přispívá k dalšímu osobnostnímu rozvoji a přináší mnoho důležitých zkušeností.

Motivaci k rodičovství ovlivňují různé faktory:

**Vnější stimulace** rodičovství znamená, že společnost očekává od mladého dospělého člověka uzavření manželství a zplazení dětí. Je to standardní sociální norma. V dnešní době dochází k tomu, že mladí lidé odkládají založení rodiny do pozdějšího věku, protože kladou větší důraz na individuální potřeby. Potřeba založit rodinu je také určitě ovlivněna

zkušenostmi z dětství. Model vlastních rodičů může působit jako pozitivní vzor, v případě, že manželství rodičů je spokojené, mladý člověk doufá, že i jemu se podaří vytvořit harmonické a klidné zázemí pro výchovu svých dětí. Pokud byl rodičovský vzor špatný, může toto negativně ovlivnit zakládání rodiny u jejich potomků. Přesto se někteří snaží vytvořit takovou rodinu, jakou si přáli mít v dětství.

**Vnitřní stimulace** rodičovství znamená, že potřeba zplodit potomstvo je vrozenou biologickou potřebou, která zajišťuje zachování existence rodu.

Představy mladých bezdětných lidí do 30 let o rodičovství jsou často nevyhraněné. Mladí lidé nedokážou odhadnout, jakým způsobem ovlivní narození dítěte jejich vlastní život. Velká většina považuje za samozřejmé, že děti mít bude, ale zatím nemá představu, kdy a jaké povinnosti jim toto přinese. Současná generace mladých dospělých už děti nepovažuje za nezbytnou podmínku naplnění života.

Obecně se tvrdí, že všichni normální lidé mají chtít děti a těšit se na ně. To však na mnohé z nich může působit stresově. Myslí si, že pokud dítě zatím nechťejí a ani po něm netouží, budou z nich pravděpodobně špatní rodiče.

Rané rodičovství. Lidé se základním vzděláním a vyučením mívají děti podstatně dříve než lidé s vyšším vzděláním. Ženy většinou nemají žádné profesní ambice, často bývají bez práce, takže mateřstvím řeší svoji situaci. Těmto lidem se také rodí vyšší počet dětí mimo manželství. Z biologického hlediska je ranější rodičovství výhodné, ale z psychologického může být nezralost obou párů překážkou.

Pozdní rodičovství. Mladí lidé, kteří se naopak chtějí vzdělávat a vybudovat si profesní kariéru, obvykle odkládají narození dítěte na pozdější dobu. Zde naopak z psychologického hlediska může být rodičovství dvou zralých lidí kvalitnější, ale z biologického pohledu právě zde mohou být potíže s početím dítěte. Zralejší rodiče bývají sebejistější, citlivější, ale někdy mají tendenci k přehnané starostlivosti. [15]

#### **4.1 Rozdílné prožívání rodičovství**

Partneři, kteří počnou dítě spontánně, si možná mnohdy ani neuvědomí, jaké měli štěstí, a proto berou ženino těhotenství jako samozřejmost. Často takto prožívají i rodičovství.



Naproti tomu páry, jejichž cesta k dítěti nebyla bez překážek, mohou být již od počátku těhotenství ve stresu. Bojí se, aby žena nepotratila (zvláště ti, kteří už o dítě takto přišli), aby žena dítě donosila a narodilo se zdravé. Je to pro partnery velice náročné období, i když žena zvládá těhotenství v pohodě a je po fyzické stránce zcela v pořádku.

I když v dnešní době přibývá párů, které podstupují různé metody asistované reprodukce, mnozí se za tento způsob „otěhotnění“ stydí a nechtějí se k němu přiznat. Často jsou totiž slyšet názory, že tyto způsoby nejsou „normální“ a jsou proti přírodě. Některé páry pak prožívají úzkostlivě nejenom těhotenství, ale i období po narození dítěte. Jsou na dítě přehnaně fixováni, mají strach, aby se dítěti nic nestalo, protože to někdy bývá jejich jediné vytoužené dítě. Často je nechtějí svěřovat ani prarodičům, protože mají pocit, že je nemůže nikdo tak dobře zastoupit v jejich roli, a paradoxně tak dítě „strádá“ jejich přehnanou péčí. Ale samozřejmě toto nemusí být pravidlem a chování, které je typické pro tyto rozdílné skupiny rodičů, může být i opačné.

## 4.2 Genderová teorie a rodičovství

Diagnostikuje rozdíly mezi ženami a muži v podmínkách, potřebách, přístupech ke zdrojům a vývoji, kontrole majetku a rozhodovacích pravomocích. V obou kategoriích přetrvává tradiční vymezení, i když se realita do značné míry změnila a obě pohlaví se nacházejí v situaci, kdy jsou předpokládané role muže a ženy nahrazovány jinými možnostmi. Genderová role je soubor předpisů platných pro chování a jednání žen a mužů a vztahů mezi nimi. Ženám a mužům jsou v rámci genderových rolí připisovány různé práce, hodnoty, povinnosti a odpovědnosti. Utvářejí se a utvrzují se zejména v oblasti rodiny.

Od mužů se očekává síla a nezávislost, dominance, potřeba soupeření, zaměření na výkon, racionalita. Z hlediska rodinného života se od muže očekává zabezpečení po finanční stránce a „ochrana“ rodiny. Ženy jsou citlivější, kladou větší důraz na uspokojení mezilidských vztahů, poskytují rodině emoční oporu. K nejvýraznější diferenciaci ženské a mužské role dochází v období mladé dospělosti.

## 4.3 Mateřství a otcovství

Musíme chápat, že součástí rodičovství je mateřství i otcovství. Je třeba si uvědomit, kolik do rodičovství investuje žena a kolik muž. Tato investice je rozdílná, u žen je určitě větší.

Žena má jasně vymezená práva a povinnosti. Dává kus sebe, svoje tělo, psychiku a je zde i stránka sociální – žena nemůže dělat to, co dělala před těhotenstvím. Je třeba, aby na sebe dávala větší pozor, a někdy musí omezit svoje aktivity. Mateřství je spojováno se samozřejmostí potlačení vlastních potřeb ve prospěch dítěte. Matka je považována za výchovnou a pečovatelskou autoritu, je jí dáno právo prioritního rozhodování o dítěti. Úloha muže spočívá v psychické podpoře ženy a samozřejmě ve fyzické pomoci.

Na druhé straně mateřství znamená pro ženu pozitivní sebepojetí, sebeúctu, seberepekt. Žena má pocit, že splnila svoji biologickou úlohu, očekávání své, rodiny i celé společnosti. Je důležité, v jaké životní fázi se dítě ženě narodí. Jestliže je žena nezralá, nemůže se smířit s tím, že se pozornost okolí nesoustředí jen na ni, ale spíše na dítě. Má pocit, že se jí mateřstvím život zkomplikoval, nemůže se věnovat svým zájmům, práci. Zralá žena si naopak uvědomuje, co už v životě dokázala, jaké cíle si splnila a mateřství je součástí její seberealizace. Pro ženu je největší událost narození prvního dítěte. Někdy může být problémem fakt, že žena v době, kdy pečuje o dítě, se vlastně stává ekonomicky závislou na svém partnerovi. Žena si mnohdy může toto vědomí kompenzovat prací na zkrácený úvazek, prací doma nebo dalším studiem.

Role otce je v dnešní době charakteristická větší variabilitou. Mužská touha po dítěti není tak silná jako u ženy. Vztah otce k dítěti se totiž rozvíjí postupně a pomaleji než u matky. Muže také velmi ovlivňuje chování partnerky-matky k dítěti. Přijetí otcovství představuje u některých mužů jeden z nejtěžších úkolů dospělého věku. Otec by měl se svou partnerkou sdílet rodičovství, což znamená, že by se měl stát spolurodičem a podílet se na výchově a péči o dítě podobně jako matka.

V současné době většina otců využívá možnost být u porodu svého dítěte. Určitě je i pro „silného“ muže veliký zážitek vidět, jak přichází na svět jeho vlastní dítě. Každý muž vidí na vlastní oči, co žena všechno musí vydržet a jistě si jí proto velmi váží.

Ale pro partnery tato událost znamená také prohloubení jejich vztahu a přináší novou náplň jejich života. Žena miluje muže nejen jako svého sexuálního partnera, ale také jako otce jejich dítěte.

#### 4.4 Prarodičovství

Role prarodiče je biologicky podmíněna a má trvalý charakter. Člověk tuto roli získává, aniž by sám mohl její vznik ovlivnit. Nezávisí na jeho vůli, ale na jednání potomka. Prarodičovská role se stává významnou součástí identity stárnoucího jedince. Na svoje vnoučata má prarodič jiný pohled, než měl na svoje děti. Starší člověk už má většinou vybudovanou kariéru, našel už svoje místo v životě, většinou i partnerský vztah je stabilizovaný a tak se vnouče může stát smyslem jeho dalšího života. Prarodičovská role ale zároveň potvrzuje vlastní stárnutí.

Narozením dítěte se zásadně mění vztahy uvnitř rodiny. Narození vnoučat mění vztah s vlastním dítětem, které se stalo rodičem. Všichni získávají zcela jinou roli a s ní spojenou zkušenost. Vztah rodičů a vnuků je charakteristický velkým citovým poutem a potřebou starších lidí svoje vnuky chránit a pečovat o ně. Ale prarodič si musí uvědomit, že nemá stejná práva ani povinnosti jako rodiče. Neměl by také do výchovy svých vnoučat příliš zasahovat, spíše je od něho očekávána pomoc a podpora.

Záleží také na tom, zda se narodí vnouče od syna nebo od dcery. Dcera má samozřejmě ke své matce blíže a tím i děti, které se jí narodí, budou mít k této babičce blíže. Vztahy mezi prarodiči a vnoučaty také ovlivňuje vzdálenost, která je dělí.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 PRŮZKUMNÁ ČÁST

### 5.1 Cíl průzkumu

Cílem průzkumu je srovnání předem daných oblastí u skupiny vybraných párů a dojít ke zjištění, jakým různorodým způsobem lze řešit problémy s plodností v souvislosti s realizací rodičovské role. U partnerů jsem sledovala tyto oblasti:

- 1) věk obou partnerů,
- 2) vzdělání, aktuální profese,
- 3) bydliště (město nebo vesnice),
- 4) zda jsou sezdaní nebo nesezdaní,
- 5) zda mají děti (spolu nebo z jiného vztahu),
- 6) dobu užívání antikoncepce,
- 7) kdy se začali snažit o početí dítěte,
- 8) po jak dlouhé době začali problém s neplodností řešit,
- 9) po jak dlouhé době začal řešit problém odborník,
- 10) u koho z partnerů byla prokázána příčina (muž, žena, oba),
- 11) metody, které podstoupili,
- 12) jak dlouho trvalo, než otěhotněla,
- 13) po jaké metodě došlo k otěhotnění,
- 14) jaké byly psychické dopady neplodnosti (projevy pocitu viny),
- 15) náboženské vyznání,
- 16) saturace potřeb (proč chtěli mít dítě),
- 17) podpora rodiny.

### 5.2 Charakteristika průzkumu

Na realizaci mého průzkumu se podílelo 9 párů. Vybrala jsem si páry, které měly potíže s početím dítěte, ale které, ať už za pomoci jakékoli metody, dítě mají.

Zkontaktovala jsem se s nimi v průběhu mé odborné praxe v rámci studia na porodnicko-gynekologickém oddělení. Některé kontakty jsem získala od svých známých.

### 5.3 Metoda průzkumu

Pro získání informací jsem si vybrala výzkumnou metodu rozhovoru, která se řadí mezi metody dotazování. Jde o bezprostřední rozhovor výzkumníka se zkoumaným člověkem nebo skupinou.

Mnoho psychologických poznatků se získává metodou kontrolovaného rozhovoru (interview). Dbá se nejen na přesné vymezení obsahu rozhovoru, přípravu a stylizaci otázek, ale také na vytvoření ovzduší vzájemné důvěry mezi zkoumanou osobou a výzkumným pracovníkem. Průběh odpovědí se přesně zaznamenává. Důležitá je pečlivá příprava a výběr otázek.

Svůj výzkum jsem prováděla metodou výše popsaného kontrolovaného rozhovoru. Vybrané skupině párů jsem kladla předem připravené otázky a jejich odpovědi jsem si zaznamenávala. Ve většině případů mi odpovídaly na otázky ženy a partneři je pouze doplňovali. Otázky a odpovědi jsem zpracovala formou kazuistik.

## 5.4 Zpracování průzkumu

### Kazuistika č. 1

Kazuistika popisuje situaci mladého manželského páru, se kterým jsem se seznámila spontánně bez cíleného hledání. Při rozhovoru jsem se dozvěděla, že měli problémy s početím dítěte a až po 5 letech se dočkali úspěchu. U rozhovoru byli přítomni oba partneři, ale na otázky mi odpovídala žena, muž se věnoval péči o dítě.

Ženě je 35 let a muži 37 let.

Žena má střední vzdělání bez maturity a pracuje jako prodavačka, muž vystudoval střední školu s maturitou a pracuje jako číšník.

Pár bydlí ve velkoměstě.

Jsou manželé. Svatba se uskutečnila v roce 2003.

Spolu mají pouze dítě, jehož početí bylo předmětem mého výzkumu. Z předchozích vztahů žádné dítě nemají.

Partneři nepoužívali nikdy žádnou antikoncepci.

O početí se začali snažit hned po svatbě (rok 2003). Pokusy nebyly úspěšné.

Problém s plodností začali řešit asi po roce.

První radu žena hledala u svého gynekologa. Ten jí předepsal léky na stimulaci vajíček, aniž by vyšetřil ji, nebo partnera. Tato léčba páru nepomohla. Partneři se rozhodli změnit lékaře.

Nový gynekolog poslal partnera na vyšetření spermioqramu, jehož výsledkem byla snížená pohyblivost spermií. Byly mu předepsány léky na ředění krve, které mu však způsobovaly časté nevolnosti. Po dohodě s lékařem je přestal užívat.

V roce 2006 jim byla doporučena inseminace (IUI), pro kterou se nakonec rozhodli. IUI také nebyla úspěšná. Následovala metoda IVF.

IVF podstoupili v lednu 2008. Došlo k embryotransferu a embryo se ujalo. Zbylá embrya si nechali zamrazit.

Žena otěhotněla v roce 2008 po pěti letech od doby, kdy se partneři začali snažit o početí dítěte.

Partner nesl hůře, že pár nemůže mít dítě, protože se příčina zjistila na jeho straně. Chápal však, že příčinou může být jeho profese (číšník). Oba byli odhodlaní jít na umělé oplodnění. Nic si nevyčítali.

Oba partneři jsou ateisté.

Partneři se snažili o početí dítěte, protože podle nich bez dětí není rodina úplná. Dítě se pro ně stalo smyslem života. Od té doby se změnil jejich žebříček hodnot. Mají se o koho bát, starat se.

Partneři zatím druhé dítě nechtějí, protože by se nemohli plně věnovat prvnímu dítěti. Výhodou však je, že mají zamražená embrya. Jsou si vědomi, že další IVF by vzhledem k věku ženy měli podstoupit co nejdřív.

Pár získal při řešení problému plnou podporu rodiny.

Těhotenství si partneři užívali, žena neměla žádné potíže, docházela na pravidelné prohlídky ke gynekologovi.

Manželům se po 5 letech snažení završeného metodou umělého oplodnění (IVF) narodil 21. 10. 2008 syn Tadeáš. Vážil 3620 g a měřil 52 cm.



Obrázek 1: Kazuistika č. 1 – syn Tadeáš.



## Kazuistika č. 2

Kazuistika popisuje manželský pár, se kterým jsem se setkala cíleně za účelem vypracování kazuistiky. Kontakt jsem získala od matky partnera, která věděla, jaký obor studuji a zmínila se o problémech tohoto páru. Na otázky mi odpovídala žena, manžel samozřejmě souhlasil s poskytnutím informací a použitím do mé bakalářské práce.

Ženě je 32 let a muži 28 let.

Žena má středoškolské vzdělání s maturitou a pracuje jako účetní. Partner absolvoval střední školu s maturitou a je zaměstnán jako skladník.

Pár bydlí v malém měste v blízkosti Brna.

Jsou manželé. Svatba se konala v roce 2006.

Spolu mají pouze dítě, které bylo předmětem mého výzkumu. Z předchozích vztahů žádného potomka nemají.

Partneři nepoužívali nikdy žádnou antikoncepci.

O početí dítěte se začali snažit půl roku po svatbě.

Po půl roce neúspěchu začali tento problém řešit.

Jako první metodu pár použil počítání plodných dnů a žena s problémem navštěvovala svého gynekologa. Metoda se nesešla s úspěchem.

Příčina neplodnosti páru byla zjištěna u partnera. Diagnóza po vyšetření spermiogramu byla oligoasthenospermie. Žena žádné vyšetření nepodstoupila.

Jako další možnost jim byla doporučena metoda IVF.

Na první pokus se uchytilo jedno embryo.

Trvalo dva roky, než žena otěhotněla.

Partner nesl hůře skutečnost, že příčina neplodnosti je na jeho straně. Partnerka mu nic nevyčítala. Žena přemýšlela i o dárcovství spermií a o adopci, s čímž partner nesouhlasil.

Žena je pravoslavného vyznání, partner je ateista.

Jejich syn je pro ně smyslem života, mají pro koho žít. Nepřemýšlí, co bude dál, mají dítě a jsou šťastní. Mají zamražená embrya a určitě by chtěli ještě druhé dítě, nechtějí jedináčka. Oba pocházejí z rodin s více sourozenci.

V rodinách měli partneři podporu.

Těhotenství probíhalo bez problémů. Porod byl indukovaný.

Manželům se po 2 letech snažení završeného metodou umělého oplodnění (IVF) narodil 28. 10. 2008 syn Alexandr. Vážil 4200 g a měřil 53 cm.



Obrázek 2: Kazuistika č. 2 – syn Alexandr.

### Kazuistika č. 3

Kazuistika popisuje pár, se kterým jsem se setkala v průběhu mé blokové praxe v rámci studia. Žena porodila císařským řezem dvojčata. O ženu jsem se starala na oddělení šestinedělí a při vedení rozhovoru jsem se dozvěděla, že otěhotněla po metodě IVF. Žena i partner souhlasili s uvedením jejich příběhu v mé bakalářské práci. Rozhovor jsem vedla se ženou, muž nebyl přítomen.

Ženě je 35 let a partnerovi 34 let.

Žena vystudovala střední školu s maturitou, nyní pracuje jako výpravčí. Muž má střední školu s maturitou, pracuje jako dispečer.

Pár bydlí ve městě.

Žena je rozvedená a s přítelem se dosud nevzali.

Spolu mají nyní dvě děti. Žena nemá z předchozího vztahu žádné dítě. Muž má z předešlého manželství šestiletou dceru.

Antikoncepci žena užívala od 18 do 30 let, tedy 12 let.

Pár se rozhodl mít dítě, když bylo ženě 30 let.

Asi po třech letech začali řešit, že žena nemůže otěhotnět.

Poté se rozhodli navštívit gynekologa.

Lékař poslal partnera na vyšetření spermioqramu. Výsledek vyšel negativní, všechno bylo v pořádku. Žena absolvovala běžné gynekologické vyšetření (ultrazvuk), které bylo negativní. Podstoupila také laparoskopii a hysteroskopii, ale ani při tomto vyšetření nebyla zjištěna žádná příčina neplodnosti. Žena chtěla vědět, jestli zde nehraje významnou roli psychika. Při konzultaci s psychologem však ani zde nebyl zjištěn závažný, který by mohl bránit otěhotnění.

Vzhledem k nezjištěné příčině jim bylo doporučeno umělé oplodnění metodou IVF. Jiné metody nezkoušeli.

Metodu IVF pár podstoupil v srpnu 2008. Uchytila se dvě embrya.

Žena otěhotněla po čtyřech letech snažení.

Partneři si nevyčítali, že nemohou dítě počít.

Oba partneři jsou ateisté. Žena věřila astrologii. Astrologem si nechala spočítat dny, ve které by se měl uskutečnit embryotransfer. Velmi naléhala, aby se transfer uskutečnil právě v těchto dnech. Lékaři tomu moc nevěřili, ale vyhověli jí. Upozornili však partnery, že do této doby nemusí už být žádná embrya k dispozici. I přes toto riziko trvali na dnech určených astrologem. Do tohoto termínu vydržela dvě embrya, obě se uchytila.

Hlavním důvodem mít dítě byl mateřský pud ženy. Dlouhou dobu si přála mít děti. Partner již jedno dítě má, ale partneři chtěli mít dítě i spolu.

Rodina pár plně podpořila.

Žena donosila děti do 36. týdne těhotenství a 8. 4. 2009 porodila císařským řezem. Narodila se dvojčata Kateřina (2860 g a 49 cm) a David (2600 g a 46 cm).



Obrázek 3: Kazuistika č. 3 – dcera Kateřina a syn David.

#### Kazuistika č. 4

Kazuistika popisuje manželský pár, na který jsem dostala kontakt od mé spolužačky, která o ženu pečovala v době předporodní. Během rozhovoru se dozvěděla, čím vším si partneři prošli, než žena konečně otěhotněla. Já jsem později partnery kontaktovala a domluvila se s nimi na schůzce, kde odpovídali na mé dotazy týkající se jejich příběhu. Byli velmi ochotni a souhlasili s uvedením příběhu v mé bakalářské práci.

Ženě je 37 let, muži 38 let.

Žena vystudovala střední školu s maturitou a nyní pracuje jako administrativní pracovnice. Partner má střední odborné vzdělání bez maturity, profesí je strojař.

Pár bydlí v krajském městě.

V době, kdy začali řešit problém s plodností, nebyli partneři sezdáni. Vzali se, až byla žena těhotná.

Nyní spolu mají dvě děti.

Nikdy antikoncepci nepoužívali.

O početí dítěte se pár začal snažit, když bylo ženě 28 let.

Problém neplodnosti začali řešit asi po roce.

První pomoc hledal pár u gynekologa. Ten ženě doporučil počítat plodné dny.

Po dalších neúspěších poslal lékař partnera na vyšetření spermogramu, jehož výsledkem byla oligoasthenospermie. Lékař předepsal partnerovi léky, které však spermogram nezlepšily. Žena zpočátku nebyla odeslána na žádná vyšetření, protože se předpokládalo, že problém je u partnera. Po delší době podstoupila laparoskopii a hysteroskopii, kde však nebyla žádná příčina objevena. Po dvou neúspěšných oplodněních metodou IVF se lékaři rozhodli pro genetické vyšetření obou partnerů. U ženy byla zjištěna malá mozaika monozomie X, kterou však lékaři za příčinu neplodnosti neoznačili. Partneři se podrobili i imunologickému vyšetření, při kterém ženě zjistili protilátky proti spermii. Partneři podstoupili třikrát inseminaci a čtyřikrát umělé oplodnění metodou IVF. Žena prováděla cviky podle Ludmily Mojžíšové.

Po šesti letech od doby, kdy začali problém řešit, žena otěhotněla po čtvrtém pokusu oplodnění metodou IVF.

Partneři si navzájem nic nevyčítali. Chtěli jen vědět, proč nemohou spontánně počít dítě, a proto podstoupili všechna vyšetření.

Oba partneři jsou ateisté.

Děti jsou naplněním jejich života, podle nich je rodina s dětmi úplná.

Partneři nejdříve o svém problému moc nemluvili. Po dlouhé době neúspěchů našli v rodině plnou podporu.

Manželům se v srpnu roku 2006 narodila dívka Soňa po čtvrtém pokusu umělého oplodnění metodou IVF. I přesto, že lékaři partnerům dávali na další otěhotnění 10% šanci, v březnu roku 2008 žena spontánně otěhotněla a narodil se jí 19. 11. 2008 syn Radim. Bylo to velké překvapení. Přes všechny překážky a strasti, které absolvovali před prvním těhotenstvím, počali spolu dítě bez jakékoli pomoci druhých.



Obrázek 4: Kazuistika č. 4 – dcera Soňa.



Obrázek 5: Kazuistika č. 4 – syn Radim.

### Kazuistika č. 5

Kazuistika popisuje manželský pár, na který jsem získala kontakt od klientky ve čtvrté kazuistice. Zmínila jsem se, že bych do své práce chtěla uvést i někoho, kdo svoji rodičovskou roli realizoval formou adopce. S partnery jsem komunikovala pouze přes e-mailovou korespondenci. Odpovědi na mé otázky psala žena, ale ujistila jsem se, že i partner souhlasí s publikací jejich příběhu v mé bakalářské práci.

Oběma partnerům je 35 let.

Žena má středoškolské vzdělání s maturitou a profese, kterou vykonávala před mateřskou dovolenou, byla pokladní v potravinách. Partner má střední vzdělání s maturitou a pracuje jako referent dopravy a přepravy.

Pár bydlí na venkově.

Jsou manželé již 11 let.

Spolu mají pouze toto adoptované dítě. Děti z jiných vztahů nemají.

Žena užívala antikoncepci pouze na začátku jejich vztahu.

O početí dítěte se pár začal snažit v roce 2000.

Problém s plodností začali řešit asi po jednom a půl roce.

Nejdříve žena s problémem navštívila svého gynekologa.

Příčina byla zjištěna u obou partnerů. Muž měl špatný spermioqram, žena se zjistila vysokou hladinu hormonu FSH a netvořila se jí dobře vajíčka. Laparoskopií se zjistilo, že vejcovody má průchodné a děloha je v pořádku.

Gynekolog nejdříve ženě předepsal léky na úpravu menstruačního cyklu (menstruaci měla celkem pravidelnou, ale ne přesně za 28 dní) a doporučil jí počítat si plodné dny. Když se stav nezlepšoval, třikrát podstoupili metodu umělého oplodnění (IVF), několik inseminací (IUI) a kryoembryotransfer s darovanými embryi.

Žena otěhotněla v lednu roku 2004.

Otěhotněla po třetím cyklu IVF, uchytily se dva plody, ale těhotenství trvalo pouze deset týdnů, plody se přestaly vyvíjet. Na podzim roku 2005 žena otěhotněla znovu po KET

s darovanými embryi, ale už od začátku se embryo nevyvíjelo. A tím s pokusy prozatím skončili.

Pocit viny určitě neměli. Společně vyzkoušeli spoustu metod asistované reprodukce. Neplodnost páru měla velký vliv na psychický stav ženy, která se s tím těžko vyrovnávala. Pocit beznaděje vyústil v listopadu 2004 v podání žádosti o adopci, aby měli jistotu, že dítě budou mít. Po adopci chtěl pár podstoupit ještě jednou IVF, aby si nevyčítali, že něco nezkusili. Embrya se po rozmražení rozpadla. Ač se to může zdát divné, partnerům se ulevilo.

Žena je evangelického vyznání, pokřtěná, ale není praktikující věřící. Manžel není ani věřící, ani křtěný, ale svatbu měli v kostele a také dceru nechali pokřtít.

Na otázku, proč chtěli mít děti, mi žena odpověděla, že vždy chtěla mít rodinu - dvě děti, neuměla by žít sama nebo jen s mužem. Myslí si, že je to normální potřeba každého jedince, starat se o někoho, předávat vědomosti, zkušenosti, je to obohacení života a je to krásné.

Lidé z jejich okolí o problému věděli, podporovali je, jak při podstupování metody IVF, tak při adopci. Svoji holčičku přijali s otevřenou náručí a bez jakýchkoliv předsudků. Žena napsala: „Je prostě naše.“

Po několika letech snažení se o dítě a následných neúspěších, požádali manželé v listopadu 2004 o adopci. V dubnu roku 2007 jim byla dána do adopce půlroční holčička. Nyní je jí dva a půl roku. Partneři jsou šťastní, že mají dítě, byť adoptované.





Obrázek 6: Kazuistika č. 5.



Obrázek 7: Kazuistika č. 6 – syn Adam.

### Kazuistika č. 6

Kazuistika popisuje nesezdaný pár, s kterým jsem se setkala v průběhu mé praxe na porodním sále a později na oddělení šestinedělí. Z rozhovoru se ženou jsem se dozvěděla, jak otěhotněla. Její příběh mě zaujal a rozhodla jsem se ho uvést v praktické části mé bakalářské práce. Žena i partner souhlasili. Byli oba velice ochotni a poskytli mi všechny potřebné informace.

Osobní anamnéza partnerů:

Žena (41): S prvním partnerem uzavřeli sňatek, když jí bylo 19 let. Po roce se snažili počít dítě. Dvouletá snaha skončila bez úspěchu. Nepodstoupili žádné vyšetření ani léčbu. Vztah s manželem nebyl ideální, žena odjela do zahraničí. Po návratu s partnerem otěhotněla, ale přesto manželství skončilo rozvodem. S druhým partnerem nebyli sezdaní. O početí dítěte se snažili sedm let, opět bez úspěchu. Ani v tomto partnerství se nepodrobili léčbě. S partnerem se rozešli. Nyní žije se svým třetím partnerem.

Muž (42): S první partnerkou nebyli sezdaní. O dítě se snažili bezúspěšně asi sedm let. Muž byl na vyšetření spermiogramu, podle kterého byl neplodný. Lékaři mu dávali malou naději na zplození dítěte. Partnerka vyšetření nepodstoupila. Se ženou se rozešli a ona záhy zjistila, že je těhotná. I přesto se k sobě nevrátili. Důvodem rozchodu byla jiná příčina.

Ženě je 41 let a partnerovi 42 let.

Žena má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako učitelka angličtiny. Muž získal středoškolské vzdělání s maturitou a je zaměstnán jako technik.

Pár bydlí v krajském městě.

Žijí spolu sedm let, ale nejsou sezdaní.

Žena má dceru (18 let) z předchozího manželství a partner má z předešlého vztahu syna (6 let). Spolu mají jedno dítě.

Antikoncepci nikdy žena neužívala. Po porodu prvního dítěte jí gynekolog předepsal antikoncepci, která se může užívat i při kojení. Žena však hodně krvácela, takže užívání antikoncepce ukončila.

Když bylo ženě 33 let, rozhodli se s partnerem, že spolu chtějí mít děti. Vzhledem k partnerově předchozí anamnéze a k tomu, že už každý dítě mají, s rozhodnutím však příliš nespěchali.

Situaci začali řešit, po šesti letech, když žena potratila.

Žena nejdříve navštívila gynekologa.

Partner věděl už z minulého vyšetření spermiogramu, že má jen malou naději počít dítě, (i když se mu to v předchozím vztahu nakonec podařilo). Přesto podstoupil další vyšetření. Diagnóza se potvrdila. Ženě byl proveden ultrazvuk, který byl v pořádku. Jiné vyšetření neabsolvovala.

Po šesti letech žena spontánně otěhotněla, ve druhém měsíci gravidity však spontánně potratila. Partneri podstoupili inseminaci (IUI), která byla neúspěšná. Poté se rozhodli podstoupit umělé oplodnění (IVF). Lékař předepsal ženě léky, které měla začít užívat, až dostane menstruaci. Po roce otěhotněla spontánně.

Žena si dávala za vinu, že potratila, že díky svému nezodpovědnému chování přišla o dítě. Po lécích a po neúspěšné inseminaci byla psychicky nevyrovnaná. Ani přístup zdravotnického personálu jí příliš nepomohl.

Žena je věřící, partner není.

V případě prvního dítěte, chtěla mít žena dítě pro radost. Teď je pro pár dítě smyslem života. Touha po dítěti je pro ženu přirozená a většině žen od přírody daná.

Rodina pár plně podpořila. Partnerčina matka navštívila jasnovidce, který jí řekl, že žena otěhotní a bude mít chlapce, což jí pomohlo po psychické stránce. Pro uklidnění žena navštívila astroložku, která jí řekla, že otěhotní spontánně. I přes početné zdravotní komplikace (výtok, hematom v děloze, gestační diabetes) žena porodila císařským řezem.

Partnerům se narodil 1. 12. 2008 syn Adam. Vážil 3360 g a měřil 49 cm.

**Kazuistika č. 7**

Kazuistika popisuje manželský pár, se kterým jsem se setkala díky rehabilitační pracovníci, ke které žena docházela kvůli problému s početím dítěte. Partneři mi podali informace o všem, co bylo pro mě důležité a pro mou práci podstatné. Souhlasili s použitím získaných informací do mé bakalářské práce. Obdržela jsem i fotografie dětí.

Osobní anamnéza: Žena měla v roce 2003 autonehodu, kdy utrpěla úraz pánve, chirurgicky neléčený.

Ženě je 29 let a partnerovi 33 let.

Žena má vysokoškolské vzdělání a nyní je na mateřské dovolené. Partner vystudoval střední školu s maturitou a nyní pracuje jako ekonom ve stavební firmě.

Pár bydlí v krajském městě.

Jsou sezdaní od roku 2002.

Spolu mají dvě děti. Z předchozích vztahů nemají žádné děti.

Antikoncepci žena užívala 7 let a menstruaci měla pravidelnou.

Hned po svatbě se partneři začali snažit o dítě po dobu dvou let.

Problém s neplodností začali řešit asi po roce, kdy žena navštívila gynekologa.

Partner byl na vyšetření spermiogramu, výsledek byl negativní, všechno v pořádku. Žena docházela pouze na ultrazvuk, kde gynekolog sledoval dozrávání vajíček a jejich uvolňování. Žena cvičila podle cviků Ludmily Mojžíšové. Jiné metody neabsolvovali.

Po půl roce od doby, kdy začali problém řešit, žena otěhotněla.

Nic si s partnerem nevyčítali. Ale sama žena si osobně myslí, že problém byl způsoben hlavně jejím psychickým stavem. Hodně se upínala na touhu mít dítě, chtěla je, ale nedařilo se. To všechno se odehrávalo v posledním ročníku na vysoké škole, kterou studovala. Jakmile začala psát diplomovou práci, přestala myslet na to, jak moc chce dítě a odvedla myšlenky na dokončení studia. Tím se psychicky uklidnila.

Oba partneři jsou ateisté.

Vždycky mluvila o tom, že chce mít v budoucnu čtyři děti. Rodina je až s dětmi úplná.

Žena má bratra, který je mentálně i tělesně postižený. V žádném případě jí bratrovo postižení nebrání v tom mít další děti. Vždycky si přála mít děti a starat se o ně. Celá rodina pár plně podporovala v těch nejtěžších chvílích.

Po metodě Ludmily Mojžíšové se 17. 1. 2005 manželům ve 34. týdnu těhotenství narodila dcera Tereza. 30. 8. 2006 žena porodila druhou dívku Hanu, kterou počala bez pomoci druhých.



Obrázek 8: Kazuistika č. 7 – dcera Tereza.

### Kazuistika č. 8

Kazuistika popisuje nesezdaný pár, se kterým se znám již delší dobu a to díky naší společné rodinné známé. Partneři mi ochotně poskytli informace o svém příběhu a souhlasili se zpracováním informací do mé bakalářské práce. Při rozhovoru byli přítomni oba partneři.

Ženě je nyní 43 let a partnerovi 46 let.

Žena vystudovala střední školu s maturitou a nyní pracuje jako ředitelka mateřské školy. Partner má vysokoškolské vzdělání a jeho nynější profese je podnikatel.

Bydlí v malém městě v blízkosti Brna.

Nejsou sezdaní.

Spolu mají jedno dítě. Z předchozích vztahů má každý jednu dceru.

Antikoncepci nikdy nepoužívali.

Když bylo ženě 31 let, začali s partnerem usilovat o početí dítěte.

Svoji situaci začali řešit po dvou letech neúspěchu, kdy žena kvůli problému navštívila gynekologa.

Oba partneři šli na vyšetření, spermioqram muže byl negativní a u ženy se také nenašel žádný důvod neplodnosti.

Jelikož se neprokázala žádná příčina, která by bránila početí dítěte, rozhodli se partneři navštívit lékaře. Tato návštěva pomohla partnerům především po stránce psychické. Žena měla známou, která otěhotněla po cvičení podle Ludmily Mojžíšové, a na její doporučení vyhledala odborníka, který toto cvičení provádí.

Žena otěhotněla rok poté, co ukončila cvičení podle Ludmily Mojžíšové.

Oba partneři jsou ateisté.

Partneři děti chtěli, protože oba v sobě cítili přirozenou touhu po dítěti. Rodina není celá, když v ní nejsou děti.

Žena nepocítovala, že by jim jejich problém zásadně ovlivňoval život. Spíše cítila tlak okolí, neboť její vrstevnice již děti měly. Rodina pár podporovala.

Partnerům se 27. 9. 1999 narodila dcera Kateřina.



Obrázek 9: Kazuistika č. 8 – dcera Kateřina

### **Kazuistika č. 9**

Kazuistika popisuje manželský pár, se kterým jsem se znala delší dobu a věděla jsem, že měli potíže s početím. Nezažili jen tu šťastnou chvíli, kdy se konečně dočkali dítěte, ale i starosti a smutek. Byli velmi ochotni poskytnout mi potřebné informace, ale rozhovor se mnou vedla pouze žena. Partner nebyl přítomen.

Ženě je nyní 47 let a partnerovi 49 let.

Žena absolvovala střední školu s maturitou a nyní pracuje jako ředitelka v mateřské škole. Její partner má střední školu bez maturity a nyní pracuje jako automechanik.

Bydlí ve městě.

Svatbu měli v roce 1981.

Spolu mají dvě děti. Z jiných vztahů děti nemají.

Antikoncepci nikdy nepoužívali.

Když bylo ženě 24 let a muži 26 let rozhodli se, že budou mít spolu děti.

Po roce, když se stále nedařilo, začali problém řešit. Žena navštívila gynekologa.

Lékař poslal muže na vyšetření spermioqramu, kde mu zjistili sníženou pohyblivost spermií. Předepsal mu léky (Feronat) a po půl roce ho poslal znovu na vyšetření spermioqramu. Jeho stav byl v pořádku. Také ženino vyšetření ultrazvukem bylo negativní. Žádná jiná vyšetření žena nepodstoupila.

Byť je to nezvyklé, gynekolog doporučil ženě cvičení Ludmily Mojžíšové. Dal jí kontakt, kde se tímto cvičením zabývají.

Po třech letech od doby, kdy začali usilovat o početí dítěte, žena otěhotněla. Bylo jí 27 let.

K početí dítěte pravděpodobně velmi přispělo cvičení podle Ludmily Mojžíšové.

Během problému s početím se s partnerem navzájem neobviňovali, že nemohou mít dítě. Plně se podporovali a doufali, že budou jednou úspěšní. Ženě značně pomohlo po psychické stránce, když se potkala se spolužačkou z doby studií a ta se jí svěřila, že otěhotněla také po metodě Ludmily Mojžíšové. Byla vyrovnanější, silnější, a to potřebovala k řešení svého problému.

Oba partneři jsou ateisté.

Chtěli mít jednou také svoji rodinu. Pouze s dětmi se jim jevila úplná. Chtěla se o někoho starat, učit a předávat dál svoje zkušenosti.

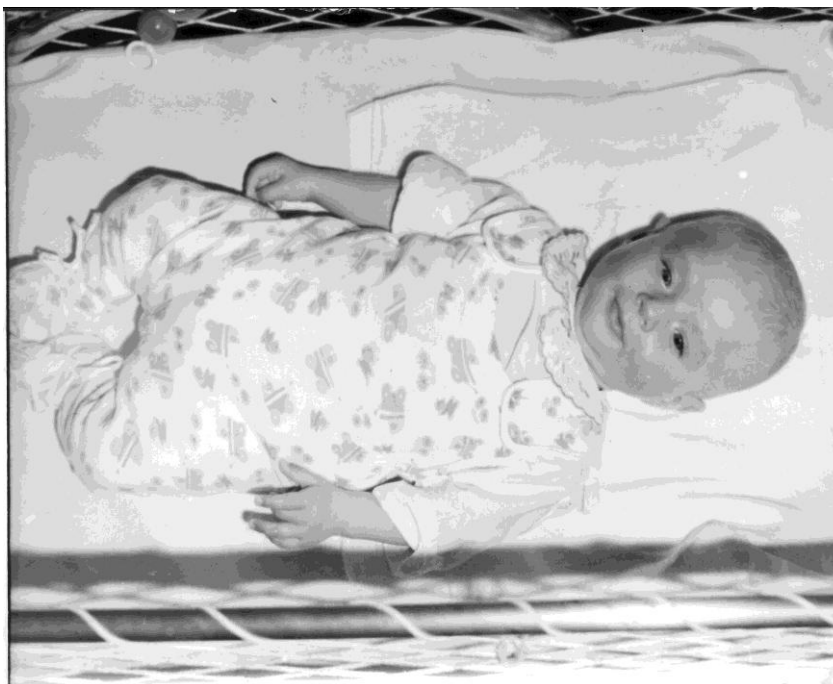
Rodina stála vždy při partnerech, podpořila je při řešení jejich problému.

Začátkem roku 1999 žena spontánně otěhotněla, to je 9 let poté, co se jí narodil první syn. Bohužel to bylo ale mimoděložní těhotenství (GEU), které lékaři nerozpoznali. Došlo k perforaci. Žena byla operována a byl jí odebrán pravý vaječník. I přesto, že měla jen jeden vaječník, záhy na to otěhotněla znovu a v červnu roku 2000 se jí narodil druhý syn Adam. Když mu bylo asi půl roku, měli se dostavit na základní očkování, tzv. trojkombinaci. V té době však Adam onemocněl a lékař mu předepsal antibiotika. Toto očkování se nesmí provádět v případě, když je dítě nemocné. Adama však lékařka i přesto naočkovala. Do dvou měsíců po očkování se Adam stále méně pohyboval, jen ležel. Žena navštívila lékaře a zjistilo se, že očkováním byla vyvolána Krabeho leukodystrofie a že tento stav je neléčitelný. V únoru roku 2002 zemřel. Partneři to nesli velmi těžce.

Roku 2003 si vzali z dětského domova do pěstounské péče tříletého chlapce romského původu, který už jednou v pěstounské rodině byl, ale ta ho vrátila zpět. Proto byl zpočátku k jeho nové rodině nedůvěřivý. Chlapce si vzali do péče, protože chtěli někoho udělat



šťastným, pomoci mu. Částečně chtěli osvojením nahradit zemřelého syna, kterému by také v té době byly tři roky.



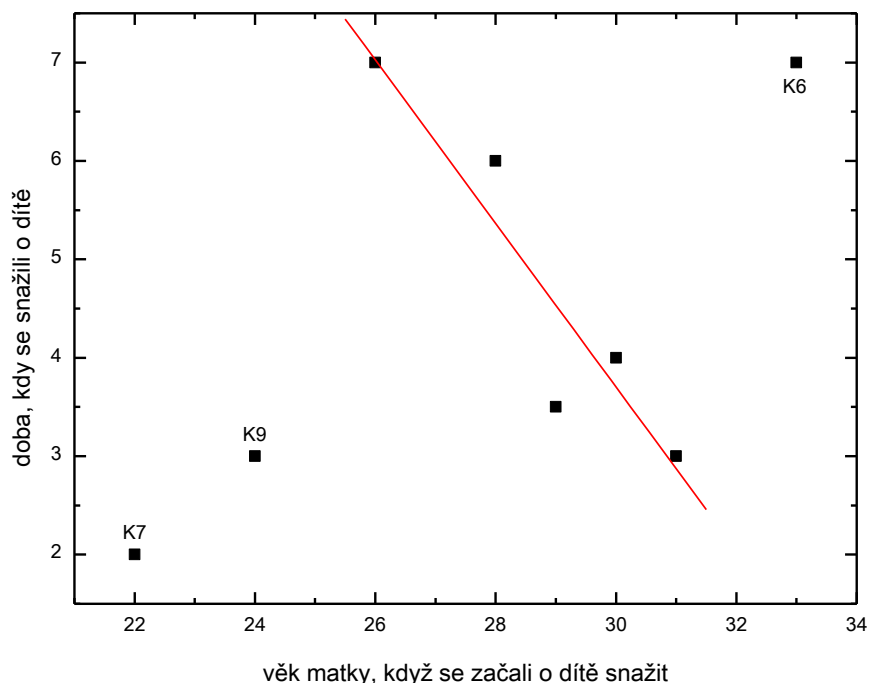
Obrázek 10: Kazuistika č. 9 – syn Jiří.

## 5.5 Vyhodnocení průzkumu

### 5.5.1 Vliv věku matky na dobu snažení se o dítě

Graf 1 zobrazuje závislost doby snažení se o početí dítěte na věku matky v době počátku snahy otěhotnět. V závislosti sledujeme trend poklesu doby snažení se s rostoucím věkem matky. Vybočující hodnoty K6, K7, a K9 odpovídají po řadě kazuistikám 6, 7 a 9. V případě kazuistiky 6 je dlouhá doba snažení se bez lékařské pomoci způsobena tím, že každý z partnerů měl dítě z předchozích vztahů. Neměli potřebu problém s plodností naléhavě řešit. V případě sedmé kazuistiky byly problémy s početím zřejmě způsobeny zdravotními a psychickými komplikacemi po autonehodě. Ke zlepšení pravděpodobně přispěl aktivní přístup klientky, který urychlil řešení problému. Fyzický stav se zlepšil během cvičení podle Ludmily Mojžíšové. Psychický blok byl odbourán při soustředění se na ukončení vysokoškolského studia. V devátém příběhu se klientčině známé narodilo dítě také po metodě Ludmily Mojžíšové. To pomohlo ke stabilizaci jejího psychického stavu.

Zdá se, že psychika hraje důležitou roli při řešení problémů s početím dítěte.



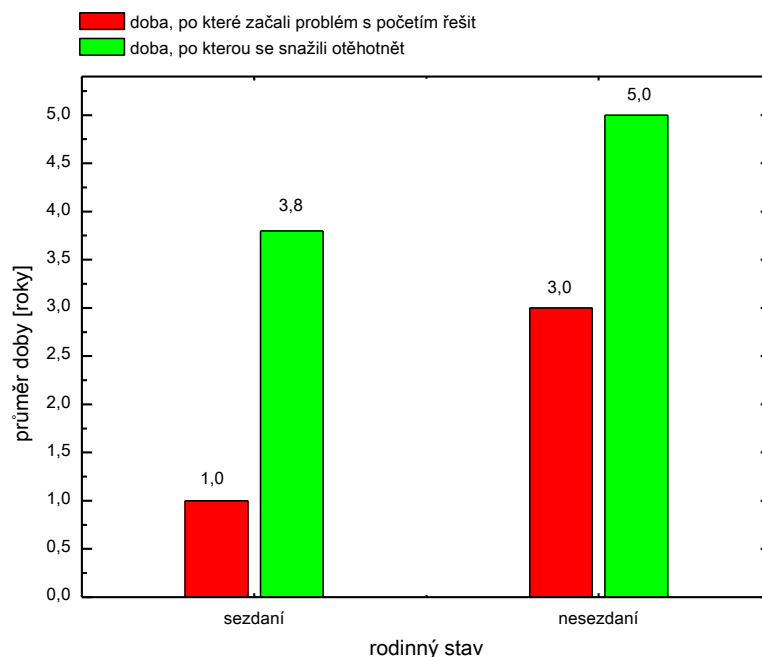
Graf 1: Závislost doby snažení se o dítě na věku matky.

### 5.5.2 Vliv rodinného stavu na rychlost řešení problémů

V tabulce 1 jsou vypsány doby, po jejichž uplynutí páry začaly řešit problém početí dítěte a celkové doby, po kterých se snažily otěhotnět v závislosti na tom, zda byly páry sezdány, či nikoliv. Zdá se, že sezdané páry začaly problém s početím řešit dříve než páry nesezdané. Sezdané páry tedy otěhotněly po kratší době, graf 2. Domnívám se, že sezdané páry byly motivovány snahou dotvořit rodinu.

kazuistika	doba, po které začali problém řešit	doba, po kterou se snažili mít dítě	rodinný stav
K1	1	5	sezdání
K2	0,5	2	sezdání
K3	3	4	nesezdání
K4	1	6	nesezdání
K5	1,5	7	sezdání
K6	6	7	nesezdání
K7	1	2	sezdání
K8	2	3	nesezdání
K9	1	3	sezdání
průměr	1	3,8	sezdání
průměr	3	5	nesezdání

Tabulka 1: Vliv rodinného stavu na dobu řešení problému s početím.



Graf 2: Průměrná doba, po které partneři začali problém řešit, a průměrná doba, po kterou se partneři snažili o početí, v závislosti na rodinném stavu.

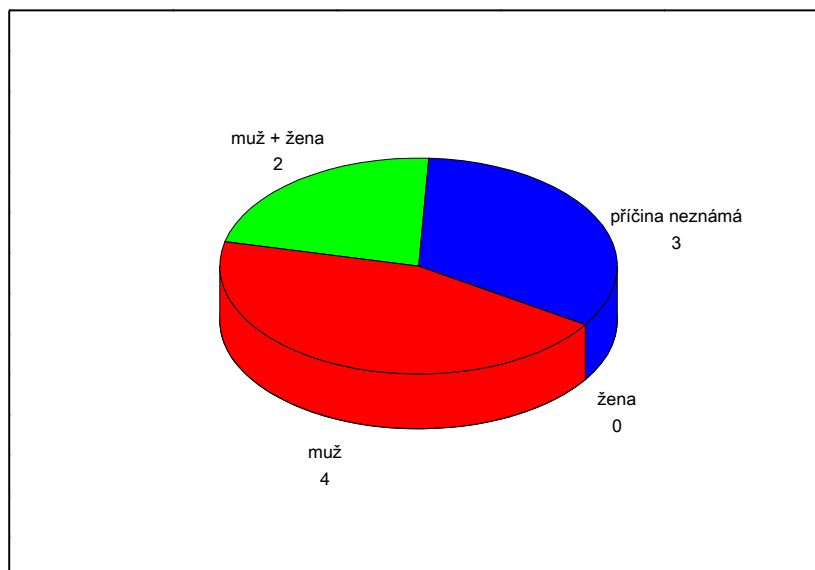
### 5.5.3 Příčiny neplodnosti páru a podíl mužů a žen na neplodnost

V teoretické části je uvedeno, že se problémy s plodností vyskytují u obou pohlaví přibližně se stejným podílem, u zkoumaných párů byla situace poněkud odlišná. V tabulce 2 jsou shrnuty příčiny neplodnosti studovaných párů. Příčina neplodnosti se častěji vyskytovala u mužů než u žen, jak je vidět v grafu 3. Pouze u mužů byla příčina identifikována ve čtyřech případech, ve dvou případech byl problém u obou v páru, ve třech případech byla příčina neplodnosti neznámá.

U partnera, u kterého byla příčina identifikována, se objevovaly pocity viny a osobního selhání, které situaci jistě zhoršily i po psychické stránce. Druhý v páru se ho však snažil značně podpořit a pomoci mu s problémem se vyrovnat. Nic si nevyčítali a snažili se nalézt východisko ze společného problému.

kazuistika	příčina	muž/žena
K1	snížená pohyblivost spermií	muž
K2	oligoasthenospermie	muž
K3	příčina neznámá	příčina neznámá
K4	oligoasthenospermie + protilátky proti spermiím	muž i žena
K5	špatný spermioqram + vysoká hladina hormonu FSH	muž i žena
K6	špatný spermioqram	muž
K7	příčina neznámá	příčina neznámá
K8	příčina neznámá	příčina neznámá
K9	snížená pohyblivost spermií	muž

Tabulka 2: Příčiny neplodnosti párů.



Graf 3: Četnost příčin neplodnosti párů.

#### 5.5.4 Metody, které vedly k početí dítěte

Metody, které páry podstoupily ve snaze počít dítě, jsou v tabulce 3, jejich četnosti pak v grafu 4. Jednou z prvních metod, kterou používaly, bylo počítání plodných dnů. Kromě ní zkoušely počít dítě pomocí metod asistované reprodukce, z nichž nejčastější bylo umělé oplodnění (IVF). Čtyři ženy cvičily podle metody Ludmily Mojžíšové.

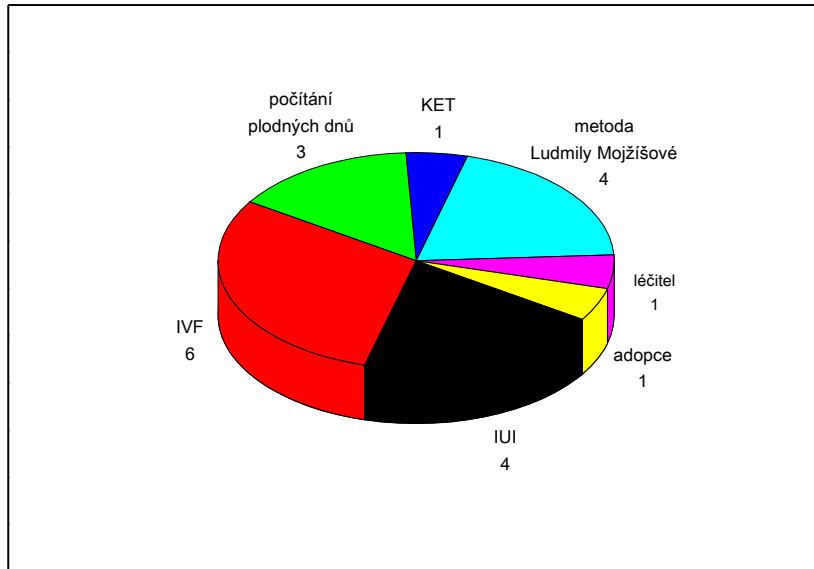
V osmé kazuistice klientka navštívila léčitele; sama uvádí, že léčitel jí pomohl především po psychické stránce.

Žena v páté kazuistice byla evangelického vyznání, což však nemělo vliv na výběr metody početí dítěte. Často se totiž stává, že se nábožensky založené páry brání početí jinou cestou než přirozenou.

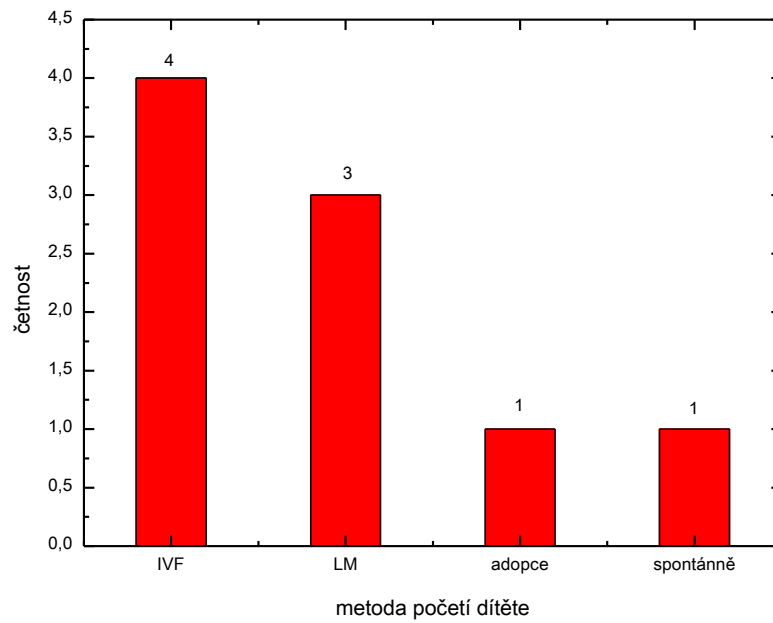
Nejúspěšnější metodou početí byla IVF (graf 5), která byla zároveň nejčastěji použita. V jednom případě byly všechny metody asistované reprodukce neúspěšné, pár se nakonec rozhodl pro adopci.

kazuistika	metoda početí dítěte						
	IUI	IVF	KET	počítání plodných dnů	metoda Ludmily Mojžíšové	navštěva léčitele	adopce
K1	x	x					
K2		x		x			
K3		x					
K4	x	x		x	x		
K5	x	x	x	x			x
K6	x	x					
K7					x		
K8					x	x	
K9					x		
počet	4	6	1	3	4	1	1

Tabulka 3: Metody, které vedly k početí dítěte.



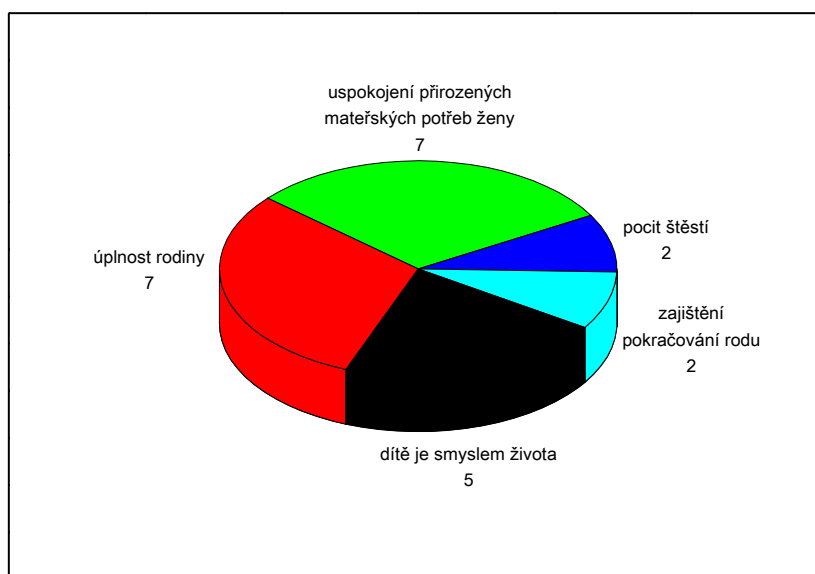
Graf 4: Četnost metod užitých při snaze o početí dítěte.



Graf 5: Úspěšnost metod napomáhajících početí dítěte.

### 5.5.5 Saturace potřeb

Přesně definovat důvody, proč se páry snažily mít dítě, je velmi obtížné. Při rozhovorech uváděly různé pohnutky, které je k tomu vedly. Ty jsem se pokusila shrnout v grafu 6. Nejčastěji uváděnými důvody, proč páry chtěly dítě, bylo uspokojení přirozených mateřských potřeb ženy a zkompletování rodiny. Uspokojení přirozených mateřských potřeb ženy zahrnuje především potřebu starat se a pečovat o dítě, potřebu mít pro koho žít; některé ženy odpověděly, že by si nedokázaly představit život pouze s mužem, bez dítěte. Spousta párů odpověděla, že mít spolu dítě je smyslem jejich společného života. Dalším důvodem bylo zajištění pokračování rodu, což je touha po předávání zkušeností a vědomostí mladší generaci, a pocit štěstí a radosti z narozeného dítěte. Většina dotazovaných párů shodně uvedla, že narozením dítěte se zásadně změnil jejich pohled na život.



Graf 6: Důvody, proč páry chtěly mít dítě. Čísla v grafu uvádí četnosti uvedených odpovědí.



### 5.5.6 Vliv prostředí a profese

Významný vliv na početí dítěte má jistě i psychika páru. Tu výrazným způsobem ovlivňuje prostředí a společnost. Tři zkoumané páry žily na venkově, ostatní ve městě. Ve městě mají páry lepší přístup k informacím a lékařské péči. Páry ve městě žijí ve větší anonymitě, takže na ně není vyvíjen tak velký tlak okolí jako na venkově, kde mohou být mnohdy atakovány dotěrnými dotazy, které se týkají jejich problémů. Tento nátlak může značně ovlivnit jejich psychický stav a zhoršit problém s početím.

Odpovědi dotazovaných párů této představě neodpovídají. Průměrná doba, po kterou se o dítě snažily páry z města, byla větší (4,5 roku) než u párů z venkova (4 roky). Avšak pro potvrzení teorie by bylo potřeba provést šetření u většího počtu párů.

Profese prokazatelně ovlivnila plodnost páru v první kazuistice. Muž pracoval jako číšník. Lékaři mu diagnostikovali sníženou pohyblivost spermií, která byla pravděpodobně způsobena častým pobytem ve značně zakouřeném prostředí.

## ZÁVĚR

Stát se rodičem je pro každého člověka významný mezník v jeho životě. Narození dítěte a zásadní změna života rodičovského páru se zcela zákonitě projeví i proměnou jejich vztahu. Ve výchově dítěte a v péči o jeho rozvoj nacházejí svůj smysl života.

Ve své práci jsem chtěla ukázat, že stát se rodičem není pro mnoho párů jednoduché, ale je mnoho způsobů, jak rodičovskou roli realizovat. V dnešní době toto téma přestalo být tabu. Než partneři vyhledají odbornou pomoc, mohou se o řešení svého problému dočíst v časopisech, jak pro laickou veřejnost, tak i v odborné literatuře. Tyto články většinou uveřejňují odborníci, kteří se touto problematikou zabývají. Takže tyto informace mohou párům pomoci nasměrovat je k nejlepšímu řešení jejich problému.

V teoretické části jsem vysvětlila, jaké mohou být překážky v realizování rodičovské role, jak působí na psychiku a naopak jak psychika ovlivňuje tuto realizaci. Zabývala jsem se také tím, že existuje více způsobů, než nejnámější metody asistované reprodukce. Patří sem např. cvičení podle Ludmily Mojžíšové. Ale některé páry po neúspěšných pokusech např. při umělém oplodnění, volí cestu adopce nebo pěstounské péče. Také jsem se zabývala tím, že i život bez dětí nemusí být pro partnery méněcenný, ale může být naplněn jinými životními cíli.

V praktické části bylo mým cílem srovnat u skupiny vybraných párů sedmnáct daných oblastí. Vzhledem k malému počtu studovaných párů nebylo možné každou oblast řádně statisticky vyhodnotit a vyvodit objektivní závěr. Kombinovala jsem navzájem se ovlivňující jednotlivé oblasti.

První zkoumanou závislostí byl vliv věku matky na dobu snažení se o dítě. Vysledovala jsem trend poklesu doby snažení se s rostoucím věkem matky. Tento trend je podle mého názoru způsoben tím, že čím je žena starší, tím rychleji chce mít dítě a dělá vše proto, aby se jí to podařilo. Z odpovědí dotazovaných párů vyplynulo, že sezdání partneři počali dítě rychleji než nesezdání. Důvodem byla pravděpodobně silná touha manželů mít úplnou rodinu, což často uváděli jako důvod k pořízení dítěte. Neplodnost byla častěji zjištěna u mužů než u žen. Postižení jedinci nesli tuto skutečnost těžce, od partnerů a rodiny se jim však dostávalo výrazné psychické podpory. Nejčastěji užitou metodou početí bylo IVF, kterou ženy často kombinovaly s metodou Ludmily Mojžíšové.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

Knížní zdroje:

- [1] BURGESSOVÁ, Adrienne. *Návrat otcovství: Jak se stát moderním otcem*. Gabajová zuzana. 1. vyd. Brno: JOTA, s.r.o., 2004. 218 s. ISBN 80-7217-296-4.
- [2] CLARK, Melanie Morrissey, DOHERTY, C.Maud. *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce neplodným párům*. Šimetka Ondřej. 1st edition. Brno: Computer Press, 2006. 221 s. ISBN 80-251-0771-x.
- [3] ERIKSON, Erik H., ŠIMEK, Jiří. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Šimek Jiří. Praha: Lidové noviny, 1999. 127 s. P; sv. 11. ISBN 80-7106-291-X
- [4] HOLUB, Zdeněk. *Kazuistiky z gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha 5 : Galén, 2002. 136 s. ISBN 80-7262-144-0
- [5] KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. 1. vyd. Praha 2 : Akademie věd České republiky, 2003. 318 s. ISBN 80-200-1055-6.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha 5 : Návrat domů, 1994. 94 s. ISBN 80-85495-33-3.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X
- [8] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha 7 : Grada Publishing,a.s., 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5
- [9] NOVOTNY, Pamela Patrick. *Co dělat při neplodnosti*. Vlasová Hedvika. 1st edition. Praha : Pragma, 1997. 183 s. ISBN 80-7205-494-5.
- [10] ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce*. Praha: Maxdorf, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7345-154-7.
- [11] ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti aneb Co dělat když chceme dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 104 s. ISBN 80-7169-707-9.
- [12] ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie : Příručka pro studenty*. 1. vyd. Praha : Portál,s.r.o., 2005. 286 s. ISBN 80-7178-923-2

- [13] STRUSKOVÁ, Olga, NOVOTNÁ, Jarmila. *Metoda Ludmily Mojžíšové: Cesta k přirozenému otěhotnění, 10 cviků pro fyzické a duševní zdraví*. Praha: XYZ, 2007. 151 s. ISBN 80-87021-68-1.
- [14] ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka. *Diagnóza - neplodnost : útok protilátek*. 1. vyd. Praha: Petrklíč, 1999. 118 s. ISBN 80-7229-020-7.
- [15] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. : Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

Internetové zdroje:

- [16] Rozdělení neplodnosti. [online]. [cit. 2009-02-20]. Dostupný z WWW:  
<http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/informace/typy/>
- [17] Diagnostika neplodnosti. [online]. [cit. 2009-02-20]. Dostupný z WWW:  
<http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/diagnostika/>
- [18] Neplodnost. [online]. [cit. 2009-02-20]. Dostupný z WWW:  
<http://www.zenska-neplodnost.cz/o-neplodnosti>
- [19] Psychické dopady neplodnosti. [online]. [cit. 2009-02-26]. Dostupný z WWW:  
<http://www.crmzlin.cz/page/1829.psychicke-dopady-neplodnosti/>
- [20] Adopce. [online]. [cit. 2009-04-10]. Dostupný z WWW:  
<http://www.adopce.com/beta/adopce/adopce.php#>
- [21] Náhradní mateřství. [online]. [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW:  
<http://nahradni-materstvi.webnode.cz/>
- [22] Genderová teorie. [online]. [cit. 2009-04-20]. Dostupný z WWW:  
<http://www.rovnopravnost.cz/sekce-slovnicek/#G>
- [23] Léčba neplodnosti. [online]. [cit. 2009-02-26]. Dostupný z WWW:  
<http://www.crmzlin.cz/page/1796.zpusoby-lecby/>
- [24] Generativita. [online]. [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW:  
<http://jaro.krivohlavy.cz/kdy-je-cloveku-dobre-0>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AH	Asistovaný hatching.
ET	Embryotransfer
FSH	Folikulstimulační hormon.
ICSI	Intracytoplazmatická injekce spermie.
IUI	Intrauterinní inseminace.
IVF	In vitro fertilizace.
KET	Kryokonzervace a kryoembryotransfer.
LH	Luteinizační hormon.
MESA	Chirurgický odběr spermií z nadvarlete.
PGD	Preimplantační genetická diagnostika.
TESE	Chirurgický odběr spermií z varlete.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Kazuistika č. 1 – syn Tadeáš. ....	48
Obrázek 2: Kazuistika č. 2 – syn Alexandr. ....	50
Obrázek 3: Kazuistika č. 3 – dcera Kateřina a syn David. ....	52
Obrázek 4: Kazuistika č. 4 – dcera Soňa. ....	54
Obrázek 5: Kazuistika č. 4 – syn Radim. ....	54
Obrázek 6: Kazuistika č. 5. ....	57
Obrázek 7: Kazuistika č. 6 – syn Adam. ....	57
Obrázek 8: Kazuistika č. 7 – dcera Tereza. ....	61
Obrázek 9: Kazuistika č. 8 – dcera Kateřina. ....	63
Obrázek 10: Kazuistika č. 9 – syn Jiří. ....	65

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Závislost doby snažení se o dítě na věku matky. ....	66
Graf 2: Průměrná doba, po které partneři začali problém řešit, a průměrná doba, po kterou se partneři snažili o početí, v závislosti na rodinném stavu. ....	67
Graf 3: Četnost příčin neplodnosti párů. ....	69
Graf 4: Četnost metod užitých při snaze o početí dítěte. ....	71
Graf 5: Úspěšnost metod napomáhajících početí dítěte. ....	71
Graf 6: Důvody, proč páry chtěly mít dítě. Čísla v grafu uvádí četnosti uvedených odpovědí. ....	72

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Vliv rodinného stavu na dobu řešení problému s početím. ....	67
Tabulka 2: Příčiny neplodnosti párů. ....	68
Tabulka 3: Metody, které vedly k početí dítěte. ....	70



## SEZNAM PŘÍLOH

- PI Způsoby léčby neplodnosti
- PII Metoda Ludmily Mojžíšové – 12 cviků

## **PŘÍLOHA P I: ZPŮSOBY LÉČBY NEPLODNOSTI**

### Způsoby léčby neplodnosti pomocí asistované reprodukce

- a) Indukce (vyvolání ovulace) – při nedostatečné produkci hormonů LH (luteinizační hormon) a FSH (folikulostimulační hormon), které řídí vývoj folikulů a ovulaci, nebo při jejich uvolnění v nepravý okamžik, je narušen průběh ovulace, a tím je snížena pravděpodobnost otěhotnění. Principem vyvolání ovulace je použití hormonální léčby ke stimulaci vaječnicků a řízené dozrání folikulů pro následné přirozené otěhotnění.
- b) Intrauterinní inseminace (IUI) – jedná se o nejjednodušší metodu asistované reprodukce. Spermie se metodou SWIM UP (vycestování) zkoncentrují a pročistí. Poté se zavádějí speciálním katetrem do dutiny děložní v období ovulace. Jedná se o relativně jednoduchý a bezbolestný výkon, provádí se ambulantně bez anestezie. Tento způsob léčby je vhodný při hraničních hodnotách spermioorganu. Úspěšnost IUI se pohybuje mezi 10 – 15% na cyklus. Za normálních okolností se používá sperma partnera, ale může se provést i inseminace spermatem (anonymního) dárce.
- c) In vitro fertilizace (IVF) – První pokusy s umělým oplozením byly poprvé úspěšné před více než 27lety. Od té doby bylo použitím technologie počato více než 2 miliony dětí. Je to komplex postupů, při kterých se manipuluje přímo se zárodečnými buňkami – vajíčky a spermii mimo organismus ženy (proto mimotělní oplodnění). Po hormonální přípravě směřující k dozrání většího počtu vajíček, jsou tato těsně před ovulací přenesena odsátím přímo z vaječnicků do speciálního kultivačního media spolu s vybranými spermii partnera. Po oplození dochází ke kultivaci, kdy již fertilizační proces probíhá zcela přirozeně a bez zásahů zvenčí. Oplodněná vajíčka (embrya) jsou pak zpět transferována do dělohy ženy.
- d) Intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI) – tato metoda je náročnou mikromanipulační technikou, kdy je spermie nasáta do velmi tenké a ostré skleněné kapiláry a tato je zavedena do vajíčka přes jeho obal a spermie z této kapiláry je „injikována“ do nitra vaječné buňky. Indikace pro tuto metodu jsou neschopnost spermii spontánně oplodnit vajíčko (nízká pohyblivost, nízký počet), imunologické příčiny neplodnosti, selhání oplodnění při metodě IVF, při vyšším věku aj. Tato

metoda má vysokou úspěšnost oplození. Klientka musí podstoupit stimulaci ovulace, odběr vajíček a partner musí dodat vzorek spermatu.

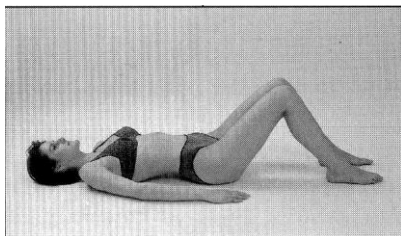
- e) Prodloužená kultivace embryí – je to laboratorní technika, která podstatně zlepšuje výsledky při dosahování těhotenství technikou IVF a ET. Kultivace embryí se prodlužuje nad 48 hodin, nejlépe však až do stadia blastocysty (5-6ti denní kultivace). Tato metoda více připomíná přirozený proces.
- f) Asistovaný hatching (AH) – je mikromanipulace s embryem těsně před jeho přenosem do dělohy, při které se uměle naruší obal embrya (zona pellucida) ve snaze zvýšit jeho šanci na uhníždění v děložní sliznici.
- g) Kryokonzervace a kryoembryotransfer (KET) – zmražení embryí je metoda, kterou lze konzervovat nadbytečná embrya a uchovávat je libovolně dlouhou dobu v tekutém dusíku pro pozdější přenos. Kryokonzervace se používá tehdy, jsou-li k dispozici dvě eventuelně tři embrya, která není možno přenést pro riziko vícečetného těhotenství. Ne všechna embrya lze po zmražení přenést, asi 25% může být poškozeno mrazícím procesem. Úspěšnost transferu zamrazených - rozmrazených embryí bývá o něco nižší než u přenosu čerstvých embryí.
- h) Darování vajíček – Zvolit možnost příjmu darovaného vajíčka mohou ženy, které nemohou počít své dítě a to z důvodů, že jejich vaječníky produkují málo nebo žádná vajíčka nebo se vzniklá embrya nedostatečně vyvíjejí. Bývá to u žen nad 40 let, u kterých metody IVF s jejich vlastními vajíčky mají velmi nízkou úspěšnost, ale bývají poškozeny i ženy mladší. Nebo do této skupiny patří ženy, které jsou nosičky vrozené genetické poruchy, která brání narození zdravého jedince. Patří mezi velmi úspěšné metody. Získaná vajíčka od anonymní dárkyně jsou oplozena spermii partnera příjemkyně a vzniklá embrya přenesena do dělohy příjemkyně.
- i) Preimplantační genetická diagnostika (PGD) – Jedná se o soubor technik, které se používají pro zjištění genetické výbavy buněk (blastomer) embryí. Tyto techniky umožňují najít poruchy v počtu a stavbě chromozomů, které by mohly vyvolat vznik vrozených vývojových vad a jiných onemocnění. PGD je indikováno při několikanásobném selhání IVF technik, při vyšším věku klientky, opakovaných potratech, v případě porodu dítěte s vrozenou vývojovou vadou a při pozitivním genetickém vyšetření.

j) MESA/TESE – při opakovaně potvrzené azoospermii (žádné živé spermie v ejakulátu) je někdy možné získat spermie chirurgickým způsobem pomocí operačních metod MESA event. TESE.

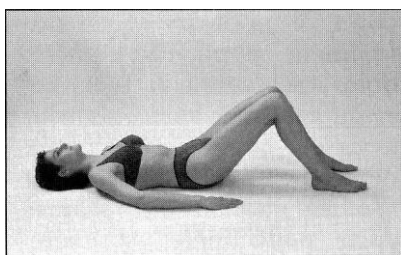
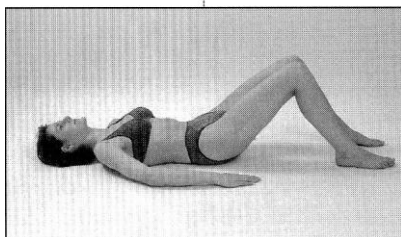
MESA – Jedná se o mikrochirurgické odsátí spermií z nadvarlete. Provádí se v případě porušení transportu spermií mezi nadvarletem a močovou trubicí. Za určitého postupu se odsaje tekutina, která je poté analyzována v laboratoři. Pokud obsahuje živé spermie, jsou použity k oplození vajíček metodou ISCI.

TESE – v případě, že technikou MESA nebyly získány žádné spermie, přistupuje se k technice TESE. Jde o zákrok, kterým lze, pokud jsou vytvořeny, získat spermie z kanálků zárodečného epitelu, v případě, kdy nejsou schopny uvolnění, či transportu z varlete do nadvarlete.

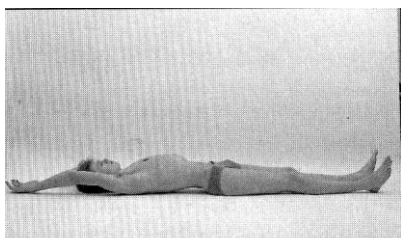
## PŘÍLOHA P II: METODA LUDMILY MOJŽÍŠOVÉ – 12 CVIKŮ



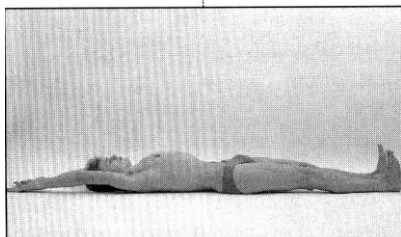
Cvik č. 1: Smyslem tohoto cviku je posílení svalů břišních, svalů hýžd'ových a uvolnění svalů kolem bederní páteře a dna pánevního. Při tomto cviku se také trénuje hybný stereotyp pánve.

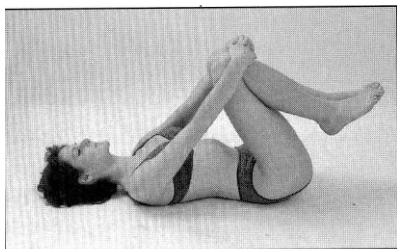


Cvik č. 2: Smyslem tohoto cviku je opět posílení svalů břišních a hýžd'ových, obnovuje se hybný stereotyp pánve a fixují se posturální funkce v bederní páteři a kolem pánve.

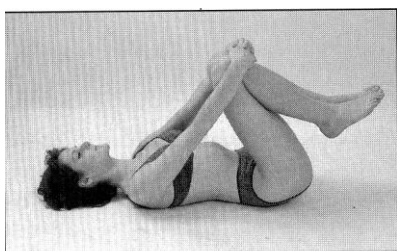
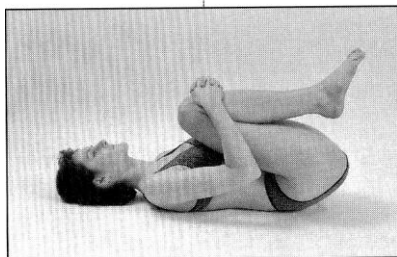


Cvik č. 3: Smyslem cviku je protažení paravertebrálních svalů a zároveň jejich posílení, protažení svalů prsních, relaxace svalů bederních i mobilizace bederní páteře.

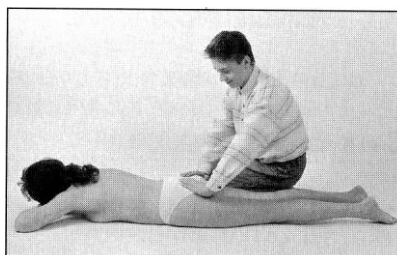
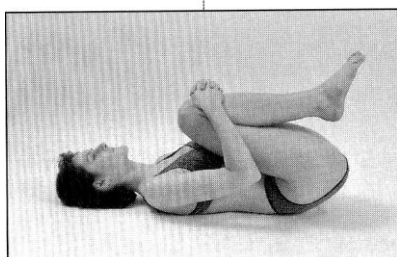




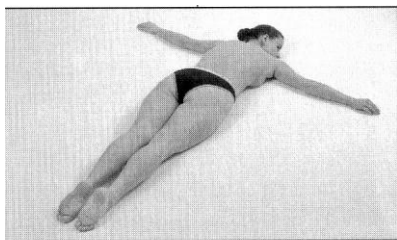
Cvik č. 4: Smyslem cviku je mobilizace obratle čtvrtého a pátého a kosti křížové. Dochází k posílení prsních svalů.



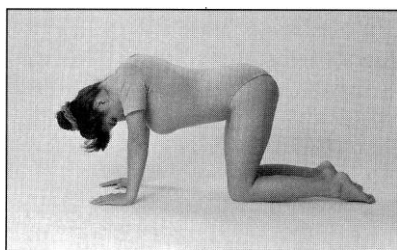
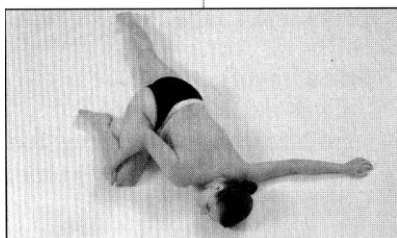
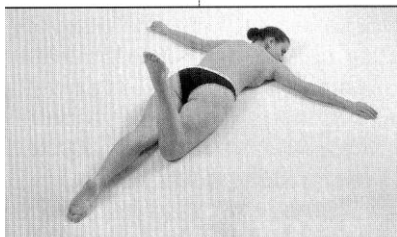
Cvik č. 5: Smyslem cviku je mobilizace 4. a 5. bederního obratle a kosti křížové, posílení prsních svalů a masivní relaxace paravertebrálních svalů dolní hrudní a bederní páteře.



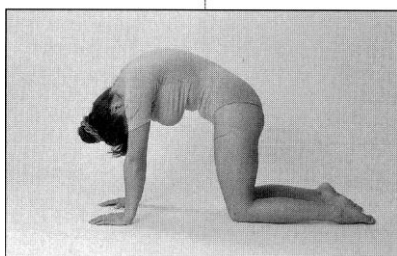
Cvik č. 6: Smyslem cviku je posílení hýžďových svalů, především jejich dolní třetiny.

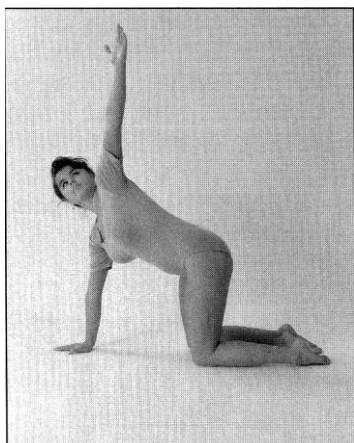


Cvik č. 7: Smyslem cviku je protažení přitahovačů stehen, ohybačů kyčlí, mobilizace křížokyčlobderního skloubení a jeho mechanická masáž v místě skloubení.

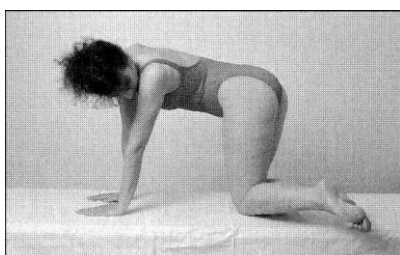


Cvik č. 8: Smyslem cviku je mobilizace hrudní a bederní páteře, protažení paravertebrálních hrudních a bederních svalů, protažení svalů šíje a posilování svalů břišních a hýždřových.

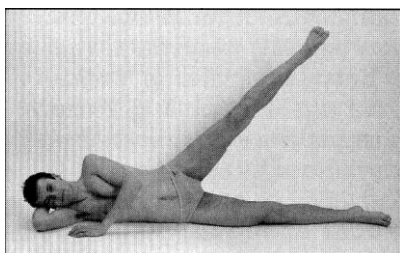




Cvik č. 9: Smyslem cviku je mobilizace hrudní a přechodu krční a hrudní páteře i přechodu hrudní a bederní páteře do rotace, protažení příslušných paravertebrálních svalů, protažení svalů prsních a šjiových.

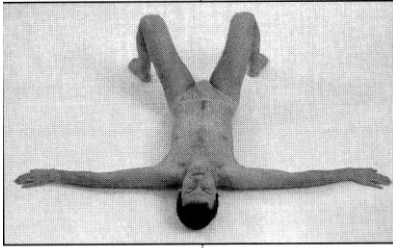


Cvik č. 10: Smyslem cviku je mobilizace krční, hrudní a bederní páteře do lateroflexe (úklonu) a protažení příslušných paravertebrálních svalů.



Cvik č. 11: Smyslem cviku je protažení přitahovačů stehen, mobilizace křížokyčlobederního skloubení, mechanická masáž v této oblasti a tím zvýšení jejího metabolismu.





Cvik č. 12: Smyslem cviku je protažení svalů v oblasti kyčle a mobilizace křížokyčlobederního skloubení.

