

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Psychologické aspekty procesu asistované reprodukce

Michaela Chelaru

Plzeň 2023

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra filozofie

Studijní program Humanitní studia

Studijní obor Humanistika

Bakalářská práce

Psychologické aspekty procesu asistované reprodukce

Michaela Chelaru

Vedoucí práce:

Mgr. Aneta Boháčová Ph.D.

Katedra psychologie

Fakulta pedagogická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2023

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2023

.....
Michaela Chelaru

Ráda bych poděkovala Mgr. Anetě Boháčové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a především za vstřícnou komunikaci při psaní bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	1
Teoretická část	3
1. Neplodnost.....	3
1.1. Příčiny neplodnosti.....	4
1.1.1. Psychické příčiny neplodnosti	4
2. Asistovaná reprodukce	7
2.1. IUI	8
2.2. IVF	9
3. Psychické prožívání neplodnosti	13
3.1. Fáze prožívání neplodnosti	13
3.1.1. Fáze paniky, odmítání a popírání skutečnosti.....	14
3.1.2. Fáze zloby a hněvu	14
3.1.3. Fáze smlouvání a pocity viny	15
3.1.4. Deprese	15
3.1.5. Smutek a přijetí.....	16
3.2. Prožívání neplodnosti z pohledu žen a mužů.....	17
3.3. Zvládání neplodnosti jako náročné životní situace	18
3.3.1. Strategie zaměřená na problém.....	19
3.3.2. Strategie zaměřená na emoce.....	20
4. Sociální opora neplodného páru	22
4.1. Partner	22
4.2. Sociální okolí	23
4.3. Psychologická pomoc.....	24
4.4. Sociální sítě jako zdroj opory a informací	25

Praktická část	27
5. Charakteristika výzkumného šetření	27
5.1. Výzkumné otázky a cíle	27
5.2. Charakteristika výzkumného vzorku a použitých metod	28
6. Kazuistiky	29
6.1. Kazuistika Kateřina H.	29
6.2. Kazuistika Kristýna V.	31
6.3. Kazuistika Kristíny M.	34
6.4. Kazuistika Tereza D.	37
6.5. Shrnutí	40
Závěr	42
Literatura	44
Resumé	47
Přílohy	48
Příloha č. 1	48
Příloha č. 2	49
Příloha č. 3	50

Úvod

Tato bakalářská práce na téma *Psychologické aspekty procesu asistované reprodukce* podává informace o neplodnosti a její následné léčbě z pohledu medicínského, ale především představuje ucelený pohled na psychické procesy a stavy, kterými nedobrovolně bezdětné páry procházejí v celém spektru, jež udává pohled psychologie. Mimo to se věnuje sociálnímu okolí bezdětného páru. Výše zmíněné utváří teoretickou část bakalářské práce. V druhé části, jež je praktická, jsou k nahlédnutí zpracované kazuistiky několika žen, u kterých byl zjištěn problém s plodností.

V rámci teoretické části se nejprve práce bude zaměřovat na popsání neplodnosti jako diagnózy, kterou odhaluje lékař. Rozebrány budou i jednotlivé příčiny neplodnosti, a to zejména odborný pohled na psychogenní původ neplodnosti, u něhož nenalzáme shodný názor mezi širokou veřejností ani mezi odborníky. Následovat bude kapitola věnující se asistované reprodukci, která bude vysvětlovat nejběžnější techniky používané v centrech asistované reprodukce.

Stěžejní kapitolou bakalářské práce bude samotné vysvětlení a popsání jednotlivých fází prožívání, kterými si páry v procesu diagnostiky neplodnosti prochází. V bakalářské práci bude proces blíže specifikován konkrétními pěti fázemi a jedním předcházejícím krátkodobým stavem náhlého překvapení. V rámci této části dojde i k zaměření na rozdíly a typické rysy prožívání obou pohlaví. Součástí kapitoly o psychickém prožívání je i podkapitola, jež se zabývá základním principem zvládnutí nadlimitní zátěže a popisuje jednotlivé strategie, které jsou blíže specifikovány a ukázány na konkrétním problému neplodných párů. Jedná se o tzv. *coping*, který bude rozdělen na dva různé typy strategií.

Následovat bude kapitola věnovaná pohledu sociální psychologie, která ve vztahu k prožívání uvádí do kontextu sociální oporu jedinců. Konkrétně by práce měla poukázat na společný vztah partnerů mezi sebou, působení širšího sociálního okolí a možné pomoci skrz odborníky z oblasti psychologie. Poslední popsanou sociální oporou bude komunita vyskytující se na sociálních sítích, a to i jako zdroj informací.

Praktická část bude obsahovat čtyři kazuistiky žen, které mají zkušenost s léčbou neplodnosti. U jednotlivých příběhů bude popsána jak osobnost respondentek, tak jejich rodinné zázemí a medicínská diagnóza. Stěžejní přitom bude jejich psychické prožívání, náhled na jejich způsob vyrovnání se s problémem, dopad neplodnosti na vztah s jejich partnerem a působení sociálního okolí.

Cílem práce je zasazení diagnózy neplodnosti, a tím i procesu IVF¹, do psychologické problematiky a její detailní popsání. Dílčími hypotézami je vymezení jednotlivých kapitol a zasazení je do kontextu IVF problematiky. Především by mělo dojít k vymezení jednotlivých odborných pojmů z medicínského oboru asistované reprodukce. Následně v problematice prožívání k rozfázování psychického prožívání a v kapitole o copingu k vymezení pojmu a zároveň k rozdělení do jednotlivých typů copingových strategií. V části o sociální opoře budou popsány jednotlivé vztahy osob zasažených touto situací. Ve výzkumné části práce dojde k přiblížení jednotlivých kazuistik, které budou kvalitativně rozebrány.

V teoretické části práce bude použita metoda charakterem deskriptivního, induktivního bádání a reprezentuje hlavní teoretická východiska pro vytvoření praktické části. Ta je vytvořena jako výzkumné šetření kvalitativní povahy provedené metodou rozhovoru s otevřenými strukturovanými otázkami. Data byla zpracována obsahově kategoriální analýzou. Nejnositelji v medicínské části jsou Řezáčová s knihou *Reprodukční medicína* a publikace *Asistovaná reprodukce* od Řežábka. V části týkající se psychologie byly nejpodstatnějšími zdroji Doherty a Clark s knihou *Léčba neplodnosti* a Pamela Novotny s publikací *Jak zvládat neplodnost*. Dále bych ráda zmínila významný příspěvek Hany Konečné zejména knihou *Na cestě za dítětem* a podstatné bylo i doplnění zahraničními studiemi, které jsou co nejvíce aktuální.

¹ In vitro fertilisation

Teoretická část

1. Neplodnost

Neplodnost odborníci definují jako: „Diagnózu páru, tedy konkrétního muže a konkrétní ženy. Za neplodný považujeme pár v případě, že nedojde k otěhotnění po jednom roce pravidelného nechráněného pohlavního styku.“² Tato hranice byla stanovena uměle a některé zdroje se mohou přiklánět k hranici dvou let. V praxi se diagnóza neplodnosti stanovuje i s ohledem na věk ženy.³⁴ Dle odborných odhadů u zdravé ženy a plodného muže je šance na otěhotnění během jednoho měsíce přibližně 15%. Přitom do šesti měsíců se podaří otěhotnět zhruba 60% párů a do dvou let 85%.⁵

V dnešní době dochází k tzv. plánovanému rodičovství, to znamená, že pár se snaží naplánovat otěhotnění tak, aby přišlo v co nejvhodnější dobu. K tomu je využíváno antikoncepce, která v civilizovaných zemích bývá běžně dostupná a informovanost o jejím užívání je vysoká.⁶ To sebou nese odkládání mateřství na pozdější věk, kdy ženě klesá její reprodukční schopnost a tím dochází k vyšší potřebě podstoupit asistovanou reprodukci. Hana Konečná uvádí důvody, které dle studií vedou mladé dívky k vyššímu věku pro početí. Tím jsou konkrétně studium, kariéra, finanční zázemí a nalezení vhodného partnera. Vše ale Konečná vyvrací a z jejího hlediska se jedná především o neexistenci stálého partnera a pocit nepřipravenosti na to se stát rodičem.⁷

² Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 12.

³ Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 12.

⁴ Důvodem důležitosti věku ženy je její klesající reprodukční schopnost s přibývajícím věkem. Konkrétně po 30. roku života dochází k výraznému poklesu plodnosti, nad 35 let ještě významněji. Pařízek, *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*, str. 82. Po překonání této věkové hranice se s léčbou nečeká ani uvedený jeden rok. Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 12.

⁵ Pařízek, *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*, str. 82.

⁶ Pařízek, *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*, str. 36.

⁷ Konečná, „Asistovaná reprodukce z pohledu psychologie a bioetiky“, *Reprodukční medicína: Současné možnosti v asistované reprodukci*, str. 22-23.

1.1. Příčiny neplodnosti

Jak již bylo zmíněno, neplodnost je párovým problémem. Lze ji ale rozdělit na mužskou a ženskou, či dochází k situacím, kdy na obou stranách dochází k lehké disfunkci.⁸ Studie v článku od Tomáše Faita uvádějí, že v 35-45 % je problém na straně ženy a v 30-40 % na straně muže. V 10 % případů je příčina u obou a 20 % je nezjištěných.⁹

U žen je nejčastější důvodem anovulace, tedy menstruační cykly, které mají absenci ovulace. Velkým tématem je též věk žen, dále jsou časté problémy s neplodností u žen s diagnózou PCOS¹⁰, endometriózou či s předčasným ovariálním selháním.¹¹

U mužů dochází k patospermii, kdy je snížené množství zdravých spermií. Pomocí spermioqramu jsou spermie otestovány a jsou hledány abnormality morfologie a též je přihlíženo k jejich rychlosti a celkovému množství.¹²

Tento výčet je velmi povrchní a neúplný z důvodu rozsahu a tématu bakalářské práce. Dále se zaměříme spíše na možné psychické důvody, které by mohly vést k neplodnosti a jež jsou tematicky bližší této bakalářské práci.

1.1.1. Psychické příčiny neplodnosti

Mnozí odborníci, ale i samotné páry, přikládají velký význam vlivu psychiky na neplodnost. Vedou je k tomu kazuistiky, které se zabývají páry, jež počaly potomky po zahájení procesu adopce, po první návštěvě CAR¹³ či po placebo léčbě. Též dochází

⁸ Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 31.

⁹ Fait, „Poruchy plodnosti u žen“, *Reprodukční medicína*, str. 63.

¹⁰ PCOS je zkratkou pro syndrom polycystických ovaríí.

¹¹ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 17-23.
Fait, „Poruchy plodnosti u žen“, *Reprodukční medicína*, str. 63.

¹² Řezáčová, „Poruchy plodnosti mužů“, *Reprodukční medicína*, str. 249-250.

¹³ CAR je zkratkou pro centrum asistované reprodukce.

k záměně idiopatické neplodnosti, tedy k záměně neplodnosti, kde nebyla nalezena žádná příčina, za psychogenní.

Pokud ale připustíme možnost psychické příčiny, můžeme ji rozdělit na dvě různé teorie. První z nich je dynamicky orientovaný přístup, který tvrdí, že neplodné ženy prožívají nevědomé úzkosti a nepřátelství vůči ještě nepočatému dítěti. Dle této teorie ženy buď nevědomě dítě zcela nechťejí, nebo jsou nepoctivě motivovány například touhou udržet si svého partnera, či mají strach z budoucího závazku a zodpovědnosti. Druhý přístup operuje se stresem jako se spouštěčem neplodnosti. Zde se nejvíce následně zmiňuje jako důsledek změna ovulace či mizející ovulace.¹⁴

Francouzská psychoanalytička Joëlle Desjardins-Simon působící v CAR se ve své knize *Nevědomé příčiny neplodnosti* zabývá kazuistikami ze své zkušenosti a upozorňuje na fakt, že nelze početí dítěte zúžit na pouhé oplodnění vajíčka spermií, ale že dítě se zde rodí ze setkání tří entit – matky, otce a své vlastní aktivní touhy žít. Neplodnost mezi pár přichází z nějakého důvodu a je tedy jednou z možných příčin psychogenní neplodnosti.¹⁵

Dle publikace *Léčba neplodnosti* od Dohertyho a Clarka je možné, aby stres ovlivnil hladiny hormonů, a tím došlo k poruchám ovulace. Ze strany muže zase může stres zapříčinit negativní dopad na hormon LH¹⁶, který kontroluje funkci varlat. To má za následek snížení počtu spermií či poruchu jejich funkčnosti.¹⁷

Naopak proti tomuto názoru se staví Hana Konečná, která psychickou disharmonii jako příčinu úplně zavrhuje a staví ji do role mýtu. Tento svůj závěr opírá o studie, které provedl psychoanalytik Wischmann roku 2003. Ovšem připouští jako

¹⁴ Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 24-28.

¹⁵ Desjardins-Simon, Debras, *Nevědomé příčiny neplodnosti*, str. 17-18.

¹⁶ Zkratka LH označuje luteinizační hormon.

¹⁷ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 16 a 56.

psychogenní faktor nespolupráci páru s lékaři na léčbě neplodnosti a nezdravý životní styl a návyky.¹⁸

¹⁸ Konečná. „Mýty“, *Rodičem kdykoliv a jakkoliv?*, str. 55-56.

2. Asistovaná reprodukce

AR¹⁹ definujeme jako „obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi, a to s cílem otěhotnění ženy.“²⁰ K otěhotnění dochází fyziologicky, pokud splyne mužská a ženská pohlavní buňka, tedy pokud dojde k oplození vajíčka spermii.²¹

Asistovanou reprodukcí se zabývají v centrech asistované reprodukce. Jedná se o zdravotnické pracoviště, jejichž počet stále roste. Podléhají řadě zákonných požadavků a jsou personálně i přístrojově řádně vybaveni. S tím souvisí i Národní registr asistované reprodukce sloužící k uchovávání informací cyklů prováděných v CAR.²²

Registrující gynekologové na základě diagnostiky neplodnosti či problémům s početím, tedy, jak již bylo zmíněno, po roce nechráněného pravidelného styku, odesílají páry právě do CAR, kde jsou vybaveni na potřebné úkony. V České republice jsou v rámci zdravotního pojištění hrazeny tři cykly IVF²³, s tím, že je hrazen i pokus čtvrtý, pokud ani při jednom předchozím nebyly vpraveny do těla dvě embrya naráz. Částečně jsou hrazeny i stimulační léky pro ženu. V rámci klinik jsou možné i příplatkové služby, které nelze hradit ze zdravotního pojištění. Hrazenou péčí jsou též IUI²⁴ a to až šestkrát za život ženy. To vše platí pro ženy od osmnácti let v případě

¹⁹ AR označuje medicínský obor asistované reprodukce.

²⁰ Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 12.

²¹ Pařízek, *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*, str. 69.

²² Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 17 a 21.

²³ IVF je zkratkou pro mimotělní oplodnění.

²⁴ IUI představuje zkratkou pro intrauterinní inseminaci.

neprůchodnosti obou vejcovodů a pro ostatní ženy od dvaadvaceti let a to až do dovršení čtyřicátého roku života.²⁵

Asistovaná reprodukce není jedinou možností, jak lze řešit neplodnost. Rodičem se lze stát i za pomoci adopce a náhradní rodinné péče. Některé páry ji volí z důvodu neúspěšnosti metod v CAR, ale pro další se jedná o eticky přijatelnější cestu, která zároveň pomůže opuštěnému dítěti. Nejběžnější jsou dvě formy a to osvojení, kdy pár získává právně stejné postavení, jako má rodič u svého biologického dítěte. Druhou možností se stává pěstounská péče, kdy se pár o dítě stará a je za něj zodpovědný, ale nevzniká zde stejný právní poměr jako u rodiče a dítěte. Dlouhodobá pěstounská péče²⁶ s sebou nese jistá rizika pro rodiče, a to z důvodu možnosti požadování dítěte zpět jeho biologickými rodiči v takovém případě, kdy prokážou, že se o dítě opět dokáží materiálně a psychosociálně postarat.²⁷

2.1. IUI

Zkratka IUI označuje intrauterinní inseminaci, což je metoda založená na principu „vpravení spermií v živém roztoku inseminačním katétreem přes hrdlo děložní do děložní dutiny v době ovulace ženy (viz obrázek 1).“²⁸ Používá se jako první z možností v CAR pro ženy jejich věk nepřekročil hranici 35 let. Jedná se o techniku jednoduchou, levnou, neinvazivní a tím zároveň bez zdravotních rizik. V případě výsledků běžného spermogramu jsou pozitivní výsledky po inseminaci v 10-15% případů. Lze tuto metodu též kombinovat se stimulačním protokolem s otěhotněním

²⁵ Podmínky pro umělé oplodnění od roku 2022. *Všeobecná zdravotní pojišťovna české republiky*. [online]. Publikované 31. 1. 2022. Dostupné z: <<https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/podminky-pro-umele-oplodneni-od-roku-2022>> [cit. 16.2.2023].

²⁶ Existuje též přechodná pěstounská péče, kdy je dítě umístěno do rodiny na méně než jeden rok a je mu tak poskytnuta okamžitá pomoc. Sudová, Konečná, „Adopce a další formy náhradní rodinné péče“, *Rodičem kdykoliv a jakkoliv*, str. 100.

²⁷ Sudová, Konečná, „Adopce a další formy náhradní rodinné péče“, *Rodičem kdykoliv a jakkoliv*, str. 93-95 a 99-100.

²⁸ Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 130.

v 20-30%. Řezáčová však upozorňuje na určitá rizika související s použitím stimulace. Na jedné straně je riziko OHHS²⁹ a na druhé je pravděpodobnější vícečetná gravidita.³⁰

2.2. IVF

IVF, celým názvem In vitro fertilizace, je v češtině nazýváno jako mimotělní oplodnění. Při této technice dojde k oplodnění vajíčka, a to mimo lidské tělo v laboratořích a následně jsou embrya vkládána do dělohy ženy.³¹ Semeno, a též i vajíčko, mohou být vlastní či dárce, v druhém případě to přináší daleko více otázek z hlediska etiky, náboženství ale i genetických rizik.³²

Prvním dítětem narozeným pomocí umělého oplodnění byla Louise Brownová (konkrétně skrz IVT-ET) v roce 1978 v Anglii.³³ Od té doby se pomocí této metody rodí jen v České republice několik set dětí ročně a tato technika dosáhla úspěšnosti při každém pokusu 30-45%.³⁴

Postup IVF se skládá z pěti kroků a to hormonální stimulace ženy, odběru oocytů, oplození vajíčka a kultivace embryí, embryotransferu a následné luteální opory (viz obrázek 2).³⁵

Prvním krokem je hormonální stimulace, jež určí lékař CAR, a to vzhledem k věku a anamnéze pacientky, zejména zohlední riziko OHSS. V průběhu stimulace musí být žena průběžně sledována a vyšetřována vaginálně ultrazvukovou sondou

²⁹ OHHS je zkratkou pro ovariální hyperstimulační syndrom.

³⁰ Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 130-131.
Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 125.

³¹ Konečná, Řezáčová, „Umělé oplodnění – typy a úspěšnost“, *Rodičem kdykoliv a jakkoliv*, str. 109.

³² Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 122-123.

³³ Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 132.

³⁴ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 47.

³⁵ Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 137.

a hlídá se počet a růst folikulů³⁶ včetně tloušťky děložní sliznice. Když dosáhne folikul preovulačního stádia a jsou v počtu minimálně tří, dojde k jednorázové aplikaci hCG³⁷, která vyvolá do 40 hodin ovulaci. K odebrání oocytů dochází několik hodin před jejím dosažením.³⁸

Léky používané v průběhu protokolu mají za účinek především zvýšení počtu folikulů, což znamená, že na jeden odběr připadne více než jedno vajíčko. To je z důvodu náročnosti a ne stoprocentní účinnosti metody IVF. Dále jsou podávány látky, jež mají zvýšit kvalitu folikulů.³⁹

Následuje OPU, celým slovem ovum pick up, českým ekvivalentem odběr oocytů⁴⁰, který se provádí v krátké celkové či částečné anestezii a dochází při něm k získání vajíček pro následné oplození. Samotná technika spočívá v „punkci folikulů přes postranní poševní klenbu pod ultrazvukovou kontrolou.“⁴¹ Následně je odebraná tekutina předána embryologovi, který vyhledává oocyty.⁴² Při celém procesu je vyjma zdravotnické péče věnována vysoká pozornost štítkům, které musí být zkontrolovány a na sále nesmějí být přítomny jiné, tak aby se zamezilo záměně, která by sebou nesla závažný problém.⁴³

V den OPU je nutno též odevzdat partnerovo či dárcovské čerstvé sperma. U něj dojde k odstranění seminální plazmy, a následně jsou vybrány nejkvalitnější spermie.

³⁶ Zde se jedná o ovariální folikuly, útvary nacházející se v kůře vaječníku a zabezpečují správný vývoj a zrání oocytů. Crha, „Fyziologie reprodukce ženy“, *Reprodukční medicína*, str. 33.

³⁷ Zkratka hCG označuje hormon zvaný lidský choriogonadotropin.

³⁸ Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 138-139.

³⁹ Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 83-84.

⁴⁰ Oocyt je nezralé vajíčko. Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 168.

⁴¹ Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 139.

⁴² Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 139.

⁴³ Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 111.

Vajíčka se po odběru nechávají v kultivačním boxu, který zajišťuje správný růst buněk i mimo lidské tělo. V rámci uchování vajíček též embryolog zhodnocuje, zda jsou oocyty zralé. Po 6 hodinách je přidáno k vajíčkům sperma či je využito metody ICSI⁴⁴. Po 17-22 hodinách je poprvé kontrolováno, zda došlo k oplození vajíček a v jakém počtu. Tato fáze končí po třech dnech, kdy dosahují embrya velikosti osmi buněk.⁴⁵

Následuje ET, embryotransfer, jenž se v CAR provádí v den, který embryolog zhodnotí jako nejvhodnější vzhledem k případu konkrétní pacientky. Možné je embryo vložit již druhý den a nejpozději by tomu mělo být den šestý po OPU.⁴⁶ Laboratoř též zhodnocuje kvalitu embryí a snaží se o ET co nejlepších embryí, aby měly co nejvyšší šanci na uhníždění.⁴⁷

Konkrétně dochází k zavedení jednoho či dvou embryí do dělohy pomocí tenkého katetru přes děložní hrdlo a jejich následné uložení do horní třetiny děložní dutiny. Vše je prováděno s kontrolou přes ultrazvukovou sondu.⁴⁸

KET⁴⁹ je totožným krokem s ET, ale v tomto případě se pracuje s embryi, která byla zamrazena. Využívají se později, a to v případě, že žena neotěhotní po uplynulém cyklu IVF či se rozhodne pro dalšího potomka po porodu. Kryokonzervované embryo se rozmrazí a kryoembryotransfer se provede v nativním cyklu ženy či se dopomůže hormonální stimulací.⁵⁰

⁴⁴ Metoda Intracytoplasmic Sperm Injection, zkráceně ICSI, spočívá v zavedení jediné vybrané spermie přímo do jednoho konkrétního vajíčka. Objevení této metody výrazně zvýšilo úspěšnost oplodňovacích metod. Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 49.

⁴⁵ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 47.

Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 139.

⁴⁶ Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 113.

⁴⁷ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 48.

⁴⁸ Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 140.

⁴⁹ KET označuje kryoembryotransfer.

⁵⁰ Řezáčová, „Metody asistované reprodukce“, *Reprodukční medicína*, str. 140.

Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 114.

Po ET a KET následuje luteální opora. Podpora uhnízdění je patrná již v neshodě CAR, zda ženy nechávat po ET či KET v klidovém režimu a vypisovat dočasnou pracovní neschopnost. Dle Řežábka ulehnutí na lůžko nepřináší žádné pozitivnější výsledky. Luteální opora je prováděna farmakologicky pomocí progesteronu, jež je užíván zpravidla vaginálně a zvyšuje šance na otěhotnění, proto je podáván téměř vždy.⁵¹

⁵¹ Řežábek, *Asistovaná reprodukce*, str. 114.

3. Psychické prožívání neplodnosti

Prožívání v jeho lingvistické podobě nám naznačuje směr prožití, ale v zátěžových situacích by se dalo mluvit spíše o přežití ve smyslu přenesení se přes náročnou životní událost, do které by byla zahrnuta i diagnóza neplodnosti. V obecnosti jde o překonání nelibých citů, jejich přetrpění, vymanění se z krize a znovuobnovení duševní rovnováhy.^{52 53}

Neplodnost a následná léčba neplodnosti přináší partnerům zatížení na straně času, financí ale právě i v oblasti psychiky. Jedná se o dlouhodobý proces začínající diagnostikování neplodnosti a případným rozhodnutím podstoupit její léčbu, které může znamenat prvotní pocity naděje i počáteční úlevu. Ať už se se pár rozhodne pro návštěvu centra asistované reprodukce, nebo nikoliv, mohou v průběhu sžívání se se situací zažívat stavy podrážděnosti, zlosti, smutku, viny ale i frustrace až deprese.⁵⁴

3.1. Fáze prožívání neplodnosti

Na psychické prožívání neplodnosti aplikovala Barbara Eck Menningová emocionální etapy, které definovala dříve Elisabeth Kubler-Rossová na pocity spjaté s umíráním a smrtí. Jedná se o 5 stádií: popírání skutečnosti, zloba, pocit viny, deprese a smutek a přijetí. Tyto jednotlivé stavy blíže popisují publikace od Doherty, Clark a Pamelý Novotny, jež budou zastupovány v následujících podkapitolách a bude uvedena navíc počáteční a krátká fáze překvapení, kterou k procesu připojuje Novotny.⁵⁵

Překvapení je velmi povrchním a dočasným stavem, kdy dochází ke krátkému zmatení. Celý život jedince od počátku sexuálního života je spjat s ochranou před otěhotněním, a tím je naznačováno, že existuje jen problém, aby nedošlo k nechtěnému

⁵² Či dochází k vyrovnání se s nastalou situací.

⁵³ Vasiljuk, *Psychologie prožívání*, str. 16.

⁵⁴ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 36.

⁵⁵ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 18.

těhotenství. Ve společnosti v rámci edukace o sexualitě nedochází ani k naznačení problému opačného rázu, tedy že pár plánuje těhotenství, ale dítě nepřichází. Proto zjištění, že dotyčný není schopen něčeho tak přirozeného jako je početí dítěte, vede k nejsmutnějším chvílím jeho života.⁵⁶

3.1.1. Fáze paniky, odmítání a popírání skutečnosti

Další počáteční fází, kdy pár zjistí svou neplodnost, je stav, kdy dochází k popření reality. Pár se vyrovnává s myšlenkou, že “to se jim stát nemůže”. Bolestivá pravda o problémovém početí je odsouvána stranou. Odmítání považují psychologové přitom za běžnou reakci, která je opodstatněná, a která pro jedince je chvílí, kdy se může ve svém tempu přizpůsobit nastávající životní etapě.⁵⁷

Je však podstatné, aby tato fáze byla překonána a žena či muž nezůstávali v této fázi příliš dlouho. Protože odmítání vede k absenci vyhledávání odborné pomoci a k možnému zhoršení důvodu neplodnosti a tím i k možnosti invazivnější léčby. Ve většině případů dochází ke smíření se se svou či partnerovo diagnózou a pár začne vyhledávat odbornou pomoc v rámci CAR. Zde se jim naskytnou nové možnosti a nová naděje na splnění jejich touhy po dítěti.⁵⁸

3.1.2. Fáze zloby a hněvu

Když již přechází doba popírání, žena i její partner se ocitávají v situaci, kdy si uvědomují vážnost problému, který před nimi stojí a jemuž musí čelit. Ve snaze vyrovnat se s neplodností se partneři mohou uchýlit ke zlobě a hněvu vůči svému tělu, druhému partnerovi, těhotným kamarádkám či dokonce u věřících párů vůči Bohu. V průběhu léčby neplodnosti může dojít k nárůstu negativních pocitů a tento hněv se následně může obrátit i proti zdravotnickému personálu.

⁵⁶ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 17-19.

⁵⁷ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 70.
Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 19.

⁵⁸ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 70-71.

Zloba má svůj opodstatněný původ, je pochopitelná a logická. Nesmí však přerůst v iracionální hněv vůči celému světu. Právě to by mohlo mít za následek prohloubení deprese, která je sice též vnímána jako běžná součást prožívání, ale není žádoucí ji podporovat. S pocity hněvu je důležité se naučit pracovat a najít si způsob jakým ho zvládat.⁵⁹

3.1.3. Fáze smlouvání a pocity viny

Neméně běžnou fází je hledání viny v sobě samém. Lidé podstupující léčbu neplodnosti přemítají nad svým dosavadním životem a hledají momenty v jejich životě, které by mohly za jejich současný stav. Ženy často hledají vinu v interrupci, kterou již během svého života podstoupily. Pravdou ale je, že pokud nebylo přerušení těhotenství s komplikacemi, nemá to ve většině případů vliv na plodnost v budoucnosti.⁶⁰

Kromě pocitu viny dochází také ke smlouvání, kdy se člověk snaží stát lepším, zdokonalovat se, aby si zasloužil mít dítě. Lidé se obracejí k modlitbám, podporují neziskové organizace, zapisují si bazální teplotu a hlídají si ovulaci, to vše pro to, aby v jejich očích byli hodni mít potomka. Tato fáze může dojít až do vyhoření, kdy pár dojde k pocitu, že nemá smysl dělat cokoliv. V tomto případě je prospěšné vyhledat psychologickou pomoc a uvědomit si tři klíčové pravdy, které zdůrazňuje Barbara Eck Menningová:⁶¹

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

3.1.4. Deprese

Novotny se k fenoménu deprese u neplodných párů vyjadřuje jako o přechodném období mezi fází zloby a fází přijetí reality. Deprese dle jejího vyjádření

⁵⁹ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 20.

⁶⁰ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 71.

⁶¹ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 20-21.

obsahuje apatii, lhostejnost a sklíčenost a je běžná jako předzvěst období smutku. Zdůrazňuje přičemž, že by se mělo jednat o krátké období, v němž páry prožívají stav, který samy popisují jako “pocity zániku a smrti.”⁶²

Naopak publikace od Doherty a Clark upozorňuje na deprese z pohledu závažnějšího, kdy může dojít i k rozvoji těžkých depresí, u kterých je nutností vyhledat rady odborníka, tedy psychiatra. Doporučují párům nevyčkávat příliš dlouho s návštěvou lékaře, pokud stavy deprese zažívají.⁶³

Světová organizace WHO určuje příznaky deprese jako prožívání depresivních nálad, zahrnující pocity smutku, prázdnoty nebo ztrátu potěšení, po většinu dne a déle než dva týdny v kuse.⁶⁴ Dle studie provedené roku 2020 80% respondentů podstupující IVF mělo skóre v CES-D vyšší než 16, což naznačuje jejich ohrožení klinickou depresí.⁶⁵

3.1.5. Smutek a přijetí

Oba autoři se shodují, že smutek v tomto pojetí není ve smyslu truchlení nad ztrátou nějakého blízkého člověka. Jedná se o smutek nad ztrátou svých snů, nad nemožností počít dítě, nad neprožitím těhotenství až nad zmizení naděje o plnohodnotné rodině. Jedná se o něco velmi abstraktního a iluzorního, ale jejich životů se to dotýká velmi reálně.⁶⁶

Stav smutku je dle Pamelý Novotny nevyhnutelným a potřebným stavem, aby páry mohly dojít k přijetí své neplodnosti. Většinou dochází ke střídání stavů šoku,

⁶² Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 21-22.

⁶³ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 75.

⁶⁴ „Depression“, *WHO* [on-line]. Dostupné z: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>> [citováno 2.12.2022]

⁶⁵ Aimagambetová et al., „The effect of psychological distress on IVT outcomes: Reality or speculation?“, str. 6.

⁶⁶ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 72.
Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 22.

skepse a utrpení, které se mohou i znovu navracet. Nakonec je tento smutek způsobem, jak dojít k ozdravení a jak se smířit s diagnózou.⁶⁷

Přijetí je posledním stavem v tomto procesu, kdy dochází k vyrovnání se s neplodností. K tomu může dojít jak během léčby, tak po jejím skončení. Pár se může rozhodnout dále se snažit o početí skrz centra asistované reprodukce a dále podstupovat léčbu, či je smíření může přivést k otevření možnosti adopce anebo k uvědomění, že se dá prožít život i bez dětí.⁶⁸

3.2. Prožívání neplodnosti z pohledu žen a mužů

Vágnerová uvádí, že větší psychická zátěž zpravidla leží na ženě. Pro ni totiž znamená neplodnost nemožnost plného nabytí své role jako partnerky a hospodyně, na kterou se redukuje. S větší zátěží se pojí i invazivnější léčba, kterou musí podstupovat a tím i více nepříjemných zákroků. U žen se ale naopak vyskytuje vyšší míra podpory, již se jim dostává. Ženy nepřisuzují takový význam tomu, u koho je problém, na rozdíl od mužů. Pokud je zjištěna maskuliní neplodnost, muži bývají mnohem citlivější a vnímají to jako nemožnost naplnění svojí role jako ploditele.⁶⁹

Nerovnosti mezi prožíváním dvou pohlaví se zabývá i Hana Konečná. Nejprve začíná s popisováním zjištěných faktů o ženách, kdy jejich pocity zpravidla směřují k depresivním stavům a smutku, a též prožívají obavy z budoucnosti, lítost, zlobu či i křivdu nad skutečností, že dítě schází. Zmiňuje především výchovu, jež vede ženy k mateřské roli.⁷⁰ Na rozdíl od Vágnerové výpovědi žen v publikaci Konečné nezmiňují jako negativní část zákroky, jež se pojí s léčbou. Nedílnou součástí prožívání u ženského pohlaví je i stránka tělesná, kterou zastupuje menstruace. Menses sebou přináší nelibé pocity, které značí další neúspěšný měsíc, ale též je nadějí, že další měsíc

⁶⁷ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 23.

⁶⁸ Clark, Doherty, *Léčba neplodnosti*, str. 72.

⁶⁹ Vágnerová, *Vývojová psychologie II.*, str. 142-143.

⁷⁰ Dívčákům jsou od předškolního věku pořizovány panenky a kočárky, tím dochází k situování dívek do rodičovské role.

může být úspěšný. Významným rozdílem pro ženu není, zda negativní diagnóza je její či partnera, v obou případech je prožívání téměř totožné.⁷¹

U mužů se Konečná shoduje s Vágnerovou, že muži přikládají daleko větší význam tomu, u koho je diagnostikována neplodnost. Neschopnost počít dítě je pro muže selháním, na nějž reagují popřením i rezignací. V rámci pocitů z vlastní neplodnosti pociťují vinu i hněv, v rámci nemožnosti mít dítě pak dochází k pocitům smutku a vzteku. V porovnání s ženami se ale nejedná o tak intenzivní prožití. Snížená intenzita může přitom být jen zdánlivá, jelikož muži stereotypně projevují city méně. Dalším důvodem může být také realita, že na otcovství není vyvíjen tak vysoký tlak jako na mateřství.⁷²

3.3. Zvládání neplodnosti jako náročné životní situace

Tradiční definici zvládání těžké životní situace uvádí Lazaruse roku 1966: “Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověku v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.”⁷³ Křivohlavý dále dodává, že proces zvládání je dynamickým, na něj musí být nahlíženo jak z pohledu jedince, tak z pohledu nemoci.⁷⁴ Prožívání neplodnosti je zajisté náročný psychický pochod, ve kterém je prožito více emocí a pocitů a málokteré z nich jsou libé. Proto odborníci považují za podstatné udržet mysl v odpovídajícím stavu. Konkrétně se k tomuto tématu vyjadřuje ve své publikaci *Léčba neplodnosti* i Karel Řežábek, jež uvádí několik zásadních a základních bodů uvědomění si pro neplodné páry.⁷⁵ Dále bude použita kniha *Co dělat při neplodnosti* od Pamelý Patrick Novotny.

⁷¹ Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 97-101.

⁷² Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 108-110.

⁷³ Lazarus, *Stress, Appraisal and Coping*, str. 141.

⁷⁴ Křivohlavý, *Psychologie nemoci*, str. 98-99.

⁷⁵ Řežábek, *Léčba neplodnosti*, str. 98-99.

Se zvládáním náročné situace se pojí anglický termín coping, který by mohl být přeložen do češtiny jako “zvládání nadlimitní zátěže”. Křivohlavý uvádí spojování tohoto pojmu konkrétně například se zjištěním závažné nemoci, což je i případ diagnostikování neplodnosti. Jedná se tedy o způsob, jak se jedinec snaží zvládnout, vypořádat a poradit si s nenadálou náročnou situací.⁷⁶

Existuje několik tzv. copingových strategií, které nám pomáhají zvládat stres. Pro každého je vhodná jiná strategie, jejíž volba se zakládá na základě předchozí zkušenosti jedince. Přičemž Rita Atkinson a kol. popisují na základě Lazarusovy teorie dvě základní strategie zvládání.⁷⁷

3.3.1. Strategie zaměřená na problém

V této strategii se jedinec snaží vymezit svůj problém, dozvědět se nové informace o alternativách i porovnávat své možnosti. Pokud se člověk, ať již vědomě či nevědomě, rozhodne pro tuto strategii, většinou tím dokáže situaci smysluplně řešit a vykazuje i nižší potenciál sklon k depresím.⁷⁸

Proto by páry měly pamatovat v první řadě na to, že neplodnost je nemocí, ale nevede k životu ohrožujícím stavům a zároveň Režábek podotýká, že úspěšnost jejího vyléčení je dost vysoká. Též upozorňuje na fakt dlouhodobosti léčby, kdy je potřeba pochopit, že i u zdravých párů se doba potřebná k početí pohybuje okolo 4 až 6 měsíců. Z toho vyplývá, že i při návštěvách CAR není možné, aby vždy první pokus vyšel a že ke každému jednotlivému cyklu patří umírněný optimismus a naděje.⁷⁹

Novotny radí, že k pocitu nadvlády nad situací dopomáhá též nastavení si plánu, který může zaznamenávat záchytné body v cestě a přináší s sebou kontrolu nad životem. Nejedná se tedy o pouhé čekání, ale v rámci seznamu je představeno aktivní podílení se

⁷⁶ Křivohlavý, *Jak zvládat stres*, str. 41.

⁷⁷ Atkinson, *Psychologie*, str. 510.

⁷⁸ Skutilová, *Jak na strach a úzkost v těhotenství*, str. 76-77.

⁷⁹ Režábek, *Léčba neplodnosti*, str. 98.

na svém životě. V rámci plánu je též možnost zamyslet se nad otázkou, zda by pár chtěl uvažovat i o jiném než biologickém rodičovství.⁸⁰

3.3.2. Strategie zaměřená na emoce

Tyto strategie se zaměřují na práci s vlastními nelibými pocity, aby nedocházelo k ovládnutí celé psychiky negativismem, protože to by mohlo zamezit či přitížit na cestě k řešení. Rita Atkinson je navíc dělí na behaviorální a kognitivní.⁸¹

Behaviorálního typ obsahuje používání různých prostředků chování, které by měly přinášet úlevu od strastí zátěžové situace a tím i od negativních emocí, které se s léčbou neplodnosti pojí. Může se jednat o fyzickou aktivitu či i hledání si opory v druhých, ať v širším okolí či v partnerovi.^{82 83}

K tomuto se blíže vyjadřuje Novotny a doporučuje proložit život i jinými aktivitami než těmi, které vedou k dítěti, a zároveň jež by přinášely úlevu od negativních pocitů. Přičemž aktivity konané společně s partnerem jsou o to více prospěšné vzhledem k zamezení odcizení se partnerů. Celkově klade důraz na kooperaci partnerů i v rámci jejich každodenního života.⁸⁴

Největší sociální oporou v procesu asistované reprodukce jsou si partneři navzájem. Jejich vztah prochází nelehkým obdobím, které je náročné pro oba dva a které sebou nese řadu stresu. Snažení se o početí se stane jediným plánem do budoucnosti, s neúspěchy roste nervozita a často dochází k pesimismu. Mimo jiné neplodnost přináší i jiný pohled na sexuální život, kdy se zejména ženy upínají na styk pouze v plodné dny a stává se pouhým prostředkem k početí. Je pravdou, že lékař

⁸⁰ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 28-29.

⁸¹ Atkinson, *Psychologie*, str. 510.

⁸² Nesmí též docházet k opomíjení vztahu mezi jedincem a jeho sociální oporou. Toto téma bude předmětem samostatné kapitoly této bakalářské práce.

⁸³ Skutilová, *Jak na strach a úzkost v těhotenství*, str. 77.

⁸⁴ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 29.

doporučí v době nejvyšší možnosti otěhotnění pohlavní styk, ale mimo to by partneři neměli zapomínat ani na radost a blízkost z tohoto aktu.⁸⁵

Naopak kognitivní přístup obrací aktivitu či i neaktivitu do svých vlastních myšlenek. Aktivním příkladem může být přehodnocování problému, který může vést k vyřešení problému. V opačném případě člověk například zlehčuje situaci, odsouvá problém stranou či se ji snaží úplně vytěsnit, a to vede následně k navýšení distresu.⁸⁶

Párům by dle Novotny mělo být nápomocí tedy i vzdělávání se v rámci svých psychických a fyziologických prožitků, porozumět jim a naučit se s nimi pracovat. Zejména by se jedinci měli zabývat svou trpělivostí, která je s dlouhodobou léčbou a nejistotou výsledku spjata.⁸⁷

⁸⁵ Řežábek, *Léčba neplodnosti*, str. 98-99.

⁸⁶ Skutilová, *Jak na strach a úzkost v těhotenství*, str. 77-78.

⁸⁷ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 27-28.

4. Sociální opora neplodného páru

Termín sociální opora pojímá všechny blízké osoby člověka, který si prochází určitým stresem, a tyto osoby mu dopomáhají k lepšímu zvládnání dané situace. V první řadě se jedná o primární skupinu obsahující nejbližší rodinu – v případě párů procházejících neplodností zejména partnera. Další skupinou je nazývána signifikantní skupinou, ta obsahuje důležité osoby, které jedince podrží v nepříznivých časech.⁸⁸

4.1. Partner

Neplodnost je diagnóza zahrnující mnoho negativních stavů, myšlenek a pocitů. Představuje silný stres pro oba partnery a zasahuje do fungování jejich vztahu.⁸⁹ Je nutné si uvědomit, že neplodnost je párový problém, od čehož se odvíjí další poznatky. Každý z páru zastává své myšlení, své vnímání reality, své názory a má i své vlastní cítění, přičemž jednání je jen jedno, a to za oba. Klade se důraz na náležitou komunikaci mezi partnery, kteří musí v rozhodování jednotlivých zásahů rozhodovat společně.⁹⁰

Nemít potomky je bráno ve společnosti jako stigmatizující okolnost, ať již se k tomu člověk rozhodne dobrovolně či je mu diagnostikována neplodnost.⁹¹ Partneři musí najít společnou mez i pro sdělování informací týkajících se jejich zdravotního stavu. Každý má svou hranici pro prozrazení osobních informací jinou, zejména u mužů bývá svěřování se o soukromých záležitostech více tabu. Nutno je také mít na paměti, že vyřčené nikdy nelze vzít zpět. Musí dojít k dohodě (v tomto případě ve prospěch toho kdo chce sdělovat méně) a následnému určení pravidel, které se nesmí porušovat.⁹²

Partneři v sobě navzájem nacházejí pochopení a svou oporu, přičemž každý situaci cítí jinak. Ženy zpravidla potřebují více se svěřovat o problémech, hledají

⁸⁸ Křivohlavý, *Jak zvládat stres*, str. 176.

⁸⁹ Vágnerová, *Vývojová psychologie II.*, str. 143.

⁹⁰ Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 35-36.

⁹¹ Vágnerová, *Vývojová psychologie II.*, str. 143-144.

⁹² Konečná, „Komunikace“, *Rodičem kdykoliv a jakkoliv*, str. 64-66.

v partnerovi útěchu a pochopení, kterého se jim občas nedostává, a nahrazují je odpovědi typu bagatelizace. Muži o svých pocitech neradi mluví i v soukromí. Opět vše stojí na komunikaci, která je pro pár zásadní a z níž by měl vzejít kompromis vyhovující oběma stranám.⁹³

Dle Konečné je však rozpad manželství na základě potíží s početím diskutabilní. Těžko se dá předvídat, zda by manželství vydrželo, kdyby se nebyla naskytl tato diagnóza. Nepopírá ale těžkost prožívání neplodnosti a v rámci jejího šetření dochází k poznatku, že pozitivním přínosem je prohloubení vztahu páru.⁹⁴

V průběhu léčby, a i následně, by nemělo být ani jedním z partnerů poukazováno na druhého z důvodu jeho “hlavní viny na neplodnosti.” Druhému tím může partner ještě hlouběji ublížit, častokrát se sám jedinec cítí tímto (i bez označení) méněcenný. Naopak spíše potřebuje slyšet ujištění, že na jejich vztahu to nic nemění.⁹⁵

4.2. Sociální okolí

V dnešní době stále přetrvává tlak na společnost, který páry nutí k plození potomků. Přetrvává přesvědčení, že po svatbě by měl přijít do několika měsíců potomek. To ovšem není pravidlem a lidé se mohou svobodně rozhodnout pro život bez dětí či může dojít k situaci, kdy miminko nepřichází. Ostatní mohou bezdětným párům závidět svobodu či je naopak obviňovat ze sobectví.⁹⁶ Pokud dané osoby o problému vědí, často se snaží tématu dětí vyhýbat, a to nikoliv z lhostejnosti, ale z důvodu, že nevědí co říct. Dalším případem jsou neuvážené výroky, které zpravidla nejsou myšlené špatně, ale vyznějí pro pár jako urážlivé a bezcitné. To pramení zpravidla z nedostatku informací.⁹⁷ Přátelé se páry snaží v rámci pomoci povzbuzovat či je informovat o jiných

⁹³ Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 115-116.

⁹⁴ Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 114.

⁹⁵ Řežábek, *Léčba neplodnosti*, str. 99.

⁹⁶ Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 163.

⁹⁷ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 24.

možnostech řešení. Tato upřímná pomoc by měla být vždy udržena v rámci přijatelných mezí.⁹⁸

V rámci bližší rodiny, zejména rodičů neplodného páru, záleží na jejich vzájemném vztahu a jejich touze po vnoučatech. Ve všech případech je ale nutno si uvědomit, že jejich děti jsou dospělé, je to jejich záležitost a není přijatelné, aby zasahovali do řešení. Dle vztahů by se měli partneři vzájemně shodnout na míře informací, které budou sdělovat a vymezit, kdy už nechtějí více rozebírat dané téma. Ze strany bližší a širší rodiny by v ideálním případě měla přijít podpora, ať už mají názor jakýkoliv.⁹⁹

4.3. Psychologická pomoc

Jak již bylo zmíněno, prožívání neplodnosti sebou nese velkou psychickou zátěž. Jedná se o obrovskou snahu páru o něco, co není v žádném případě jednoduché, a výsledek je nejistý. To vše se odráží na stavu mysli jedince páru, proto je vhodné navštívit odborníka, který bude řešit konkrétní problém vyskytující se mezi partnery, ale i jednotlivé situace a rozhodnutí, jež sebou nese proces léčby.¹⁰⁰

V rámci České republiky stále není běžné vyhledávat podporu psychologů, zřejmě z důvodu společenského smýšlení, kdy je taková pomoc vnímána jako vlastní neschopnost vyřešit si svou vlastní situaci sám. Přitom psycholog může dopomoci páru v řadě oblastí jako například orientovat se v problému a možnostech jeho řešení, vyslechne si trápení páru a dá jim pocit, že jim někdo rozumí, dále dopomáhá řešit komunikaci mezi páry a jejich okolím či může poskytnout cenné rady, které vedou ke snížení stresu. Za takovým účelem radí Konečná vyhledat psychologa, který se orientuje v dané problematice. Pomoci mohou například i manželské poradny.¹⁰¹

⁹⁸ Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 162.

⁹⁹ Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 156-158.

¹⁰⁰ Novotny, *Co dělat při neplodnosti*, str. 97.

¹⁰¹ Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 266-269.

Dále Konečná uvádí pozitivní vliv sdružení a nadací, které poskytují jak informace párům a veřejnosti, tak právě psychologickou pomoc. Mimo to se snaží o prosazování zájmů pacientů. Jako příklad takové je nadace *Mateřská naděje* či slovenské *Občianske združenie Bocian*.¹⁰²

Oproti tomu ve Francii tým CAR v městě Besaçon pořádá po určité době společné setkávání párů, kde vysvětluje vše, co se týká medicínské teorie AR, ale zároveň podává informace k administrativní části. Zároveň je to skvělá možnost pro vzájemné poznání párů, a tím vystupují z pocitu izolace. Přítomni jsou též psychoanalytici, kteří pracují s nevědomím a poskytují odlišný pohled na neplodnost.¹⁰³

4.4. Sociální sítě jako zdroj opory a informací

Sociální sítě a všeobecně internetové zdroje se staly součástí životů. V rámci toho dochází k vyhledávání informací o diagnózách i sdílení osobních zdravotních údajů. Dle studie konkrétně na platformě Instagram nalezneme pod hashtagy neplodnost a IVF¹⁰⁴ přibližně 67% uživatelů sdílející svou vlastní zkušenost, 10% lékařů, 6% komerčních skupin, 4,5% zdravotníků a zbylé procenta ostatní účty. Z toho celých 60% se týkalo osobní zkušenosti s procesem během IVF. V celku to dělá více než 3 miliony příspěvků týkajících se tohoto tématu.¹⁰⁵ Jiná studie analyzovala příspěvky na síti Instagram z hlediska témat. Závěrem bylo zjištění, že 76,1% procenta sdílení se zabývalo dokumentací fyzického procesu a zdravotnických záznamů. Zároveň jich 43,1% zahrnovalo emoční spektrum prožitku a 49,2% sociální opory.¹⁰⁶

¹⁰² Konečná, *Na cestě za dítětem*, str. 269-273.

¹⁰³ Debras, Desjardins-Simon, *Nevědomé příčiny neplodnosti*, str. 19-20.

¹⁰⁴ Dva nejčastěji používané hashtagy v souvislosti s diagnózou neplodnost.

¹⁰⁵ PEYSER, Alexandra; GOLDSTEIN, Liat; MULLIN, Christine; GOLDMAN, Randi H., „Fertility education: what’s trending on Instagram.“ *Fertility Research and Practis* [online]. Dostupné z: <doi.org/10.1186/s40738-021-00095-6> [cit. 12. 1. 2023].

¹⁰⁶ PERONE, Hanna R., Alexandra M. HERWECK, Hannah M. STUMP, Hannah M. LEVINE, Adriana J. WONG a Jose CARUGNO. „The virtual infertility community: a qualitative analysis of patient experiences shared on Instagram.“ *Journal of Assisted Reproduction* [online]. Dostupné z: <doi:10.1007/s10815-020-02028-6> [cit. 12. 1. 2023].

Dle informací ze zmíněných dvou studií odvozuji závěr, že IVF komunita je především na síti Instagram silně zastoupena, sdílí zde informace o procesu, kterým prochází, a tím jsou si navzájem inspirací a vzájemnou oporou.

Sociální platformy jsou též velkou možností pro lékaře jak bezplatně vzdělávat a informovat pacienty o různých problémech, přesto stále nedochází k jejich plnému využití. Lze je využívat k vyvracení desinformací a mylných představ, ale i k seznámení širší populace s výzkumy a inovacemi v jakémkoliv medicínském odvětví.¹⁰⁷

¹⁰⁷ PEYSER, Alexandra; GOLDSTEIN, Liat; MULLIN, Christine; GOLDMAN, Randi H., „Fertility education: what’s trending on Instagram.“ *Fertility Research and Practis* [online]. Dostupné z: <doi.org/10.1186/s40738-021-00095-6> [cit. 12. 1. 2023].

Praktická část

5. Charakteristika výzkumného šetření

Představovaná výzkumná sonda má charakter kvalitativního druhu výzkumu. Ve svém šetření jsem se zaměřila na kazuistiky žen, které podstoupily proces asistované reprodukce. Cílem mého šetření bylo popsat psychické prožívání neplodnosti na vzorku vybraných žen a s jejich pomocí poskytnout náhled na různé psychosociální skutečnosti a otázky neplodnosti.

5.1. Výzkumné otázky a cíle

Výzkumné otázky jsou zaměřeny zejména na psychické prožívání neplodnosti ženami. Cílem mého šetření je popsat pocity a emoce, které během procesu AR ženy pociťovaly. Kladu si otázku, zda se tyto pocity odlišovaly či budou nalezeny shodné prvky. Zároveň jsem se snažila zmapovat, jaké copingové strategie ženy využily při vyrovnávání se s nastalou situací neplodnosti, zda spíše využívaly strategie zaměřené na emoce či na problém, a zda se jejich osobnost a zájmy promítají i do řešení kritických situací.

Dílním záměrem mé studie je rovněž zmapovat, jak zapojené ženy reagovaly na oznámení těhotenství ostatních, (ne)chtěnou interrupci a dlouhodobou neplodnost. Studie také sleduje dopady neplodnosti na život žen (soukromý i pracovní), na jejich vztahy s partnerem, rodinou. V neposlední řadě zjišťujeme, jaké informační zdroje a možnosti ženy využívaly při řešení neplodnosti, a které momenty považují ženy za zásadní, zlomové, ať už negativní či pozitivní.

Ohledně center asistované reprodukce jsou otázky již méně přesné, ovšem měly by nám dát náhled zejména na příležitost zřízení terapeutické pomoci v rámci jednotlivých klinik. Dále je v rámci praktické části zjišťován i dopad CAR na pár: chování personálu, těžké situace, finanční stránka a zejména poskytování informací.

Je důležité zmínit, že vzorek žen je velmi malý, ačkoliv je poměrně různorodý. Cílem je vytvořit jednotlivé kazuistiky, které přiblíží jednotlivé ženy a jejich příběhy, nikoliv všeobecný závěr platný pro veškeré osobnosti procházející IVF.

5.2. Charakteristika výzkumného vzorku a použitých metod

Výzkumný vzorek byl vybrán na základě záměrného výběru, rozhodující podmínkou výběru byla tedy skutečnost, že ženy podstoupily IVF. Nezáleželo na tom, v jaké fázi řešení neplodnosti se ženy nacházejí nebo zda doma potomka mají, či nikoliv. Výběr byl současně proveden příležitostně v závislosti na ochotě podílet se na mém výzkumném šetření. Důležitou podmínkou pro zapojení do výzkumu byla možnost respondentů využít sociálních sítí formou veřejného deníku, přes něž byly ženy osloveny a díky nimž jsou známy další informace z jejich života. Do výzkumného šetření se finálně zapojily 4 ženy. Sběr dat probíhal v době od června do září roku 2022. Jako stěžejní metoda výzkumného šetření byla zvolena kazuistická studie. Případové studie byly zpracovány na základě informací sebraných za použití dotazníku a komunikační platformy na sociálních sítích. Dotazník byl veden písemně s přihlédnutím k intimnosti sledovaných informací. Písemná forma měla snížit ostych a zvýšit pohodlí i důvěru respondentek. Vzhledem k tomu, že všechny oslovené ženy popisovaly obsáhlé příběhy o své cestě za dítětem, byla tato forma pro ně jednak nejpříjemnější, jednak jim dovoľovala se zamýšlet nad svou situací a umožňovala jim případné úpravy (revize i doplnění) poskytovaných informací v textu. Zároveň byla dána možnost vést dotazování i telefonickým rozhovorem, této varianty ale nikdo nevyužil. V úvodu byly poskytnuty informace o dotazníku, zejména měly mít za účel ženy ujistit, že s informacemi bude nakládáno důvěrně a pouze pro účely bakalářské práce. Zároveň ženy byly informovány, jak bude dotazník vypadat, a byly ubezpečeny o tom, že nelze udělat chybu a že je kladen důraz na emoce, které jsou pro výzkum důležité zachytit. V dotazníku bylo použito 14 otevřených otázek se strukturou. To znamená, že byly předem dány určité otázky, ale zároveň byl dotazník doplněn o podotázky, které byly přesněji směřované dle údajů poskytnutých na platformě Instagram. Tyto informace jsou pro výzkum důležité, protože často zachycují emoce a pocity, které ženy cítily v daný moment, a není od nich dán časový odstup. Dotazník je součástí přílohy č. 3. Z důvodu zachování anonymity žen, nejsou vyplněné dotazníky a výpovědi ze sociálních sítí součástí příloh.

6. Kazuistiky

Kazuistiky byly zpracovány u čtyř žen, které podstoupily či stále podstupují proces asistované reprodukce. Jedna respondentka má již doma potomka počatého pomocí metody IVF a prozatím další cykly neplánuje. Pro jednu ženu nakonec byla vhodnější cesta pomocí adopce a zbylé dvě stále podstupují cykly v CAR a čekají na otěhotnění. Všechny odpovídaly na předem připravené otázky, následně byly poskytnuté informace pečlivě a důvěrně uchovány a zpracovány do níže popsaných kazuistik. Ty jsou rozděleny na několik částí: Osobní a rodinné údaje, medicínská anamnéza, psychické prožívání a následná prognóza. Všechny informace byly poskytnuty vědomě, dobrovolně a se souhlasem všech zúčastněných.

6.1. Kazuistika Kateřina H.

Osobní a rodinné údaje

Kateřina je osmatřicetiletá bankovní poradkyně, nyní na rodičovské dovolené, která žije se svým manželem a psy v rodinném domě na vesnici. Sama sebe popisuje jako společenskou a velmi komunikativní. Z negativních vlastností si přisuzuje výbušnost a zapomětivost, z těch kladných pak přátelskost, kreativnost. Ve volném čase se věnuje svému projektu s názvem nemuzumitdeti.cz, kde podporuje ženy, které mají problémy s početím. Dále pravidelně cvičí jógu, pečuje o sebe a má ráda společné procházky v lese a přírodě. S manželem tvoří pár již 20 let a před 11 lety se vzali. Jejich vztah prošel vývojem, který sama popisuje ze začátku jako velkou zamilovanost, která byla následně pokoušena těžkými chvílemi. Tyto zkoušky překonali, cítí se silnějšími a klidnějšími.

Vztahy s rodinou na obou stranách popisuje jako otevřené a pěkné. O jejich cestě asistované reprodukce věděli, ale s partnerem se dohodli nesdělovat jim úplné detaily. Nyní pár podstupuje proces adopce, kterou partnerovo příbuzenstvo přijímalo obtížněji z důvodu špatného příkladu ve svém okolí. Nyní jsou všichni podporující a těší se.

Medicínská anamnéza

V období okolo svatby, se pár rozhodl vysadit antikoncepci a začít se pokoušet o početí, plni očekávání, že vše půjde rychle. Nikdy by je nenapadlo, že budou mít takto

dlouhou a složitou cestu za potomkem. Po roce snažení se rozhodli kontaktovat svého gynekologa, který neshledal žádný problém a odkázal je na doktory v CAR. Uvádí, že nikdy nedostala žádné rady, jak podpořit početí, krom podpůrných vitamínů a čajů na doporučení kamarádek.

První schůzku na klinice popisuje jako přátelskou, následné setkání již popisuje jako „obrat o sto procent“. Kritizuje finanční výlohy za úplně vše, neosobní přístup při inseminacích a odběru spermií a na velkou fluktuaci pacientů. V tomto centru podstoupili manželé tři inseminace a jeden celý cyklus IVF. Následně se rozhodli již tento proces znovu nepodstupovat, zaměřit se na podporu přirozeného početí a po určitém čase došli k rozhodnutí, že podstoupí proces osvojení dítěte.

Autoanamnéza - psychické prožívání

Vzpomínky z doby návštěv kliniky jsou pro Kateřinu záporné. Vybarvují se jí špatné pocity a frustrace. Zmiňuje špatný psychický vliv z aplikování injekcí dvakrát denně, častého dojíždění a zejména z negativní zkušenosti s CAR. Uvádá, že v kliniku ztratili důvěru a nechtěli znovu tento proces prožívat. Po cyklu IVF Kateřina prožívala psychicky náročné období, které pramenilo z trápení nemožnosti otěhotnět, cítila vůči sobě nespravedlnost. Popisuje se v této době jako nevybouřenou, hledající útěchu jinde, v alkoholu a nočním životě.

Dopad AR na vztah s manželem byl též negativní. Došlo k odcizení, kdy vztah byl na posledním místě a jediná společná snaha vedla k otěhotnění, což Kateřina popisuje jako zásadní chybu. To vedlo k velké partnerské krizi, kdy se schylovalo k rozvodu. Ta byla následně překonána. Partner dle dotazníku prožíval neplodnost obdobně jako Kateřina.

Se stresem se vyrovnává zejména cvičením, jógou, meditací a procházením se v přírodě. Dále nalézá odreagování v četbě a hlídání malé neteře. Též se přestala zlobit na Boha a našla si k němu cestu. Podle Kateřiny se s neplodností nikdy nedá vyrovnat, ale lze ji přijmout jako fázi svého života. Dnes v období čekání na osvojení se věnuje i psaní blogu a celkově se připravuje na příchod nového člena.

Rodina a její přátelé po svatbě očekávali příchod dítěte, které stále nepřicházelo. Ti následně pokládali nepříjemné otázky a nevyžádané rady. Kateřina uvádí konkrétní

příklady, kterým by se dle jejího názoru mělo okolí vyhnout: „Tak kdy už? Co u vás, něco nového? Zajed'te si na dovolenou! Zkus po tom udělat svíčku! Proč nemůžeš mít děti, kde je chyba?“ Naopak by okolí mělo dát páru ujištění, že jsou tady pro ně, v případě, že je budou potřebovat. Při oznamování těhotenství Kateřina nenalézala způsob, jak to bezbolestně oznámit ženě, která nemůže mít děti. Sama říká, že jakmile se začalo někde mluvit o těhotenství, nechtěla být u toho přítomna a zuřila závistí. K fenoménu interrupce se dnes vyjadřuje jako k rozhodnutí každého, i když přiznává, že dříve se sama sebe vždy ptala, jak to člověk může udělat.

Kateřina se pozitivně vyjadřuje k možnosti, aby kliniky podporovaly početí i jinými než zcela vědeckými možnostmi. Aby pacientky nejen informovaly o možnostech hormonální jógy, mojžíšové metody a alternativních terapií, ale aby podporovaly i psychické stránky, odstraňovaly bloky, traumata, které mohou pár trápit a mohou bránit v početí. V rámci kliniky by pár ocenil i možnost navštěvovat partnerskou poradnu, která by jim pomohla vyřešit mnohé ve vztahu, a též uvádí, že při nastínění možnosti osvojení, by se pro ni rozhodli nejspíše dříve.

Prognóza

Pár se rozhodl opustit od asistované reprodukce a jejich novou cestou za potomkem je proces osvojení. V době sepisování dotazníku již měli absolvovaný přípravný proces pro osvojitele a čekali na telefonát, kdy se z nich ze dne na den stane plnohodnotná rodina. Dnes již mají dceru několik měsíců doma a cítí se takto kompletní.

6.2. Kazuistika Kristýna V.

Osobní a rodinné údaje

Kristýně je 33 let, žije se svým manželem, kočkou a již i synem, který se narodil po použití metody IVF. Nyní je Kristýna se synem na rodičovské dovolené, předtím pracovala na pozici technologa v automobilovém průmyslu. Vystudovanou má vysokou školu zaměřenou na biomedicínskou techniku, tomu se však nikdy nevěnovala. Má pocit, že mužské prostředí a technické zaměření jí nutilo zaměřovat se vždy na výkon a s tím související kariéru až do doby, než se seznámila s partnerem a začala uvažovat o rodině. Sama sebe popisuje skrz znamení zvěrokruhu jako typického štíra, jehož

charakteristika ji vystihuje. Věří v intuici a v to, že vše dopadne tak, jak má. Důvěřuje svému tělu a u zdravotních problémů se snaží nalézt jejich příčiny. Zároveň je ale impulzivní, a též přiznává, že často má problém přiznat, že ji něco trápí. Pořád hledá svůj životní směr a cíl, který se jí podařilo najít v synovi. Jejími zájmy jsou cestování, filmy, společnost a podcasty všeho druhu.

S partnerem se znají pět let a letos oslaví třetí výročí svatby. Seznámili se skrz kolektiv, který vznikl přestěhováním se do nového bydliště. Kristýna sama popisuje, že ke vztahu došli po delší době a přiznává, že ani jeden druhého původně nepovažovali za budoucího partnera.

Se svou rodinou má poměrně dobré vztahy. Její otec a sestry o problémech s početím věděli, matka nikoliv. O otci sděluje, že je velmi podporuje, pomáhá a hodně se zajímal, tím se jejich vztah prohloubil. S matkou mají složitější vztah, kdy ji nepopisuje jako špatného či zlého člověka, ale jako osobu, která bojuje sama se sebou.

Medicínská anamnéza

Snaha otěhotnět začala po svatbě, kdy došlo k vysazení antikoncepce po patnácti letech, která byla nasazena na sporadickou a velmi krátkou menstruaci. První měsíčky po vysazení dorazily, ale další cyklus již neproběhl. Gynekolog udělal hormonální profil, který ukázal na diagnózu PCOS. V rámci obvodního gynekologa došlo i k pokusu lehké stimulace nicméně neúspěšně. Byli odesláni do CAR.

Na klinice proběhla vyšetření, kdy spermioqram byl naprosto v pořádku a u Kristýny došlo k potvrzení PCOS, zjištění bezlepkové diety a neprůchodnosti jednoho vaječníku. Další vyšetření dopadla víceméně dobře. Následovala hormonální stimulace a OPU, kdy bylo odebráno 16 oocytů. Nakonec bylo zamraženo 5 embryí. První plánované KET se nekonalo z důvodu nedostatečné výšky děložní sliznice a její nesprávné struktury. Následný KET již proběhl zcela bez komplikací, výsledkem byl pozitivní těhotenský test. Bohužel se ale jednalo o biochemické těhotenství. KET, který proběhl v lednu 2021, byl též bez komplikací a vedl k otěhotnění.

Z alternativních možností se snažila Kristýna podpořit plodnost pomocí vitamínů, začala cvičit a chodit více ven. Zároveň došlo k úpravě stravy z důvodu bezlepkové diety. Též se rozhodla pro akupunkturu a absolvovala konzultace

s terapeutkou. Dnes by k tomu přidala i fyzioterapii, osteodynamiku a jiné vitamíny a bylinky.

Autoanamnéza - psychické prožívání

Pro Kristýnu bylo nejhorší prožití biochemického těhotenství, kdy po těhotenském testu se již těšila z těhotenství, ale bohužel přišly špatné zprávy a s nimi i špatné myšlenky a pláč. Došlo také k uvědomění si, že ani pozitivní těhotenský test neznamena úspěch a že člověk ani neví, kolik ztrát ho ještě čeká. Snažila se přes to vše na situaci nahlížet pozitivně s názorem, že pokud se to z nějakého důvodu mělo takto stát, tak se to stalo, a že ve správný čas se jim podaří otěhotnět a porodit zdravé dítě. Další negativní zkušenost popisuje s neustálým čekáním. S odstupem času však nahlíží na dobu, než počali syna, za poměrně krátkou. Ale v době, kdy podstupovala léčbu, bylo čekání náročné. Při čekání se v ní mísil strach a nervozita z výsledků, a to i přesto že doufala a věřila, že vše dopadne dobře. Znat byl též pocit nevědomosti. Nezvyk pro ni byli i časté návštěvy lékařů, udává též pocit nedostatku informací o všech možnostech, a to v ní zbudilo částečné zklamání z lékařů.

Partnery náročná životní situace spojila. Důležité pro ně bylo uvědomění, že je to jejich společný problém a že druhého též něco může trápit. Kristýna si prožívala problémy s neplodností a manžela trápila situace, kdy ji nijak nemůže pomoci, a zároveň též situace okolo IVF. Důležité je dle páru komunikace a dopřát si společný odpočinek, tak i čas jen pro sebe.

Velkou oporou pro Kristýnu byl především partner, ale i pro něj byla situace náročná. Nejvíce se jí ulevilo v moment, kdy ji partner ujistil, že budou mít dítě a je jedno, zda bude jejich biologickým potomkem či nikoliv. Další významnou podporu našla v komunitě na Instagramu. Ženy zde si dle jejího názoru pomáhají, vzájemně se radují a podporují, ale též se navzájem utěšují. Najdou se zde samozřejmě i ženy, které mají nevhodné poznámky, to však je spíše výjimkou. V celém prožívání je u Kristýny znát, že se snaží věřit a mít pozitivní mysl, což ji pomáhá se s problémy s početím vyrovnat.

Sociální okolí by se mělo dle jejího názoru vyhnout otázkám, zda plánují či momentálně čekají potomka. Případá jí to opravdu zcela nevhodné, nikdy dotyčný neví, co si dotazovaný prožívá. Též ji přijde nevhodné strašit někoho svým neúspěšným

příkladem, to odůvodňuje tím, že jeden neúspěch neznamena další neúspěch. Na oznamování těhotenství se dívá obdobně. Přiznává, že poprvé oznámení těhotenství od kamarádky obřečela, ačkoliv bylo řečeno s citem. Následně si uvědomila, že ženy okolo ní budou dále těhotné, i když zrovna jim to nejde snadno a že nechce, aby se kamarádky obávaly jí sdělit pozitivní zprávy. Na interrupci pohled kvůli své neplodnosti nezměnila, stále si myslí, že je to svobodné rozhodnutí každé ženy.

Partnerskou poradnu v rámci kliniky považuje za prospěšnou, ale zároveň uvádí, že pro ně bylo v pořádku, že si proces mohli spolu prožít sami a dalo jim to hodně přínosného.

Prognóza

Nyní by rád pár dostavil dům, přestěhoval se a dál vedl spokojený rodinný život. Kristýna si chce udělat masérský kurz a zvažuje návrat do své původní práce v 18 měsících syna, kdy by začal navštěvovat jesle. Jako důvod uvádí finance, ale též že jí práce chybí. Zároveň si myslí, že kolektiv bude to nejlepší pro synův vývoj. Dalšího potomka neplánují. Kristýna cítí, že momentálně znovu není připravená na stres, strach a nervy, zda IVF klapne a zda bude dítě zcela zdravé a těhotenství bez komplikací.

6.3. Kazuistika Kristíny M.

Osobní a rodinné údaje

Třicetisedmiletá Kristína žijící na Slovensku se momentálně žije doučováním dětí, posledního půl roku se začala specializovat na práci s dětmi, které mají diagnostikovanou poruchu učení. Podstatnou součástí jejího života je sport, téměř denně běhá či se věnuje cyklistice a i plavání. Pět let bylo součástí jejího života její vlastní studio jógy, kde ji i předcvičovala. Dnes poskytuje již pouze individuální lekce u sebe doma. Krom cvičení ji baví vaření, zajímá se o módu a umění a též sděluje, že ráda cestuje, i když při probíhajícím IVF jdou finance hlavně do léčebných výloh. Volný čas tráví též čtením beletrie, životopisů a knih zaměřujících se na psychologii. Sama sebe popisuje jako introverta, který nerad vyhledává přeplněná místa a větší společnost lidí. Dále se vnímá jako tvrdohlavá, vytrvalá perfekcionalistka a silná osobnost.

Součástí jejího života je stafford Blondie a její přítel Marek, který s ní žije ve společné domácnosti. Poprvé přítele viděla pár roků před oficiálním prvním rande,

kdy si ho všimla na sportovní soutěži, avšak jí tehdy nebyl sympatický. Po letech se hledal do fitness studia, kde Kristína cvičila, trenér spinningu. Začali si psát, následně se náhodou potkali a začali spolu chodit. Jejich vztah urychlil lockdown, kdy se společně sestěhovali a naučili se velmi rychle spolu fungovat.

Vztahy se svou rodinou má Kristína přátelské. Vídají se o víkendech na chalupě či na rodinných obědech. Oba rodiče, žijící odděleně, i její sestra ví o problémech s neplodností a vyjadřují jim podporu a na vnuče se těší. Otázky se snaží pokládat citlivě a do ničeho je netlačí. Marek se svou rodinou není dlouhodobě v kontaktu.

Medicínská anamnéza

O potomka se pár snaží tři roky. Po roce vztahu byli připraveni na příchod potomka, ale těhotenské testy stále vycházeli negativně. Kristína se snažila sledovat svou ovulaci, ale ani plánovaný styk nevedl k zdárnému výsledku. Po půl roce snažení již začala vyhledávat kliniku asistované reprodukce. Na klinice jim udělali základní testy a Kristíně vyšlo nižší AMH. Proběhl první cyklus IVF s jedním neúspěšným ET a jedním neúspěšným KET. S touto klinikou mají špatné zkušenosti, kdy sice první rozhovor byl příjemný, ale hned při druhé návštěvě bylo znát od personálu nepříjemné a arogantní chování. Popisuje neprofesionální přístup, kdy jim nikdo nic nebyl ochoten vysvětlit ani prodiskutovat jejich možnosti. Proto se rozhodli změnit kliniku, která sebou ale nese větší dojždění.

Na této klinice se setkali již s lepším přístupem ke klientům. Poprvé zde proběhl i kompletní spermioqram, který ukázal tetratozoospermii a zvýšenou fragmentaci DNA spermií. Bylo jim řečeno, že postup prvního centra byl vzhledem k této diagnóze chybný. Hned poté došlo ke stimulaci, kdy na kontrole bylo na vaječnicích vidět asi 20 folikulů. Při OPU se podařilo odebrat 10 oocytů. Bohužel se oplodnit podařilo jen 6 oocytů a na 5. den zůstalo jediné embryo, což popisují jako nejhorší moment, který během léčby prožili. To bylo následně vloženo při KET, bohužel nevedlo ke zdárnému těhotenství.

Autoanamnéza - psychické prožívání

Hned ze začátku s každou menstruací se Kristína cítila nešťastná, neschopná, chorá až v některých momentech neatraktivní, a to souviselo i s nechutenstvím k sexu.

Ptala se sama sebe, proč zrovna oni a začala závidět těhotným ženám v jejím okolí. První klinika hned v úvodu přišla s větou: „Problém je ve Vás, ne v partnerovi“, která Kristínu uvedla do ještě horších pocitů, než ji provázely do této doby. Tento cyklus IVF párem dost otrásl, neboť do embryí prvotřídní kvality vkládali velké naděje a s neúspěchem přišly pocity deprivace a otázky, proč se tak stalo. Při druhém IVF popisuje Kristína daleko horší účinky hormonální stimulace jak po stránce fyzické, tak projevem v psychice, a to podrážděním. Následoval moment, kdy jí bylo řečeno, že má velké množství folikulů před OPU. Bohužel k transferu zůstalo pouze jedno vhodné embryo a i to se vyvíjelo pomaleji. To pro pár byla velmi zdrcující informace. Negativní těhotenský test sebou nesl pocity smutku a bezmoci. Uvádí, že se stále s neplodností nevyrovnala.

Pro partnery byla situace náročná hned od začátku. Partner si nechtěl připustit, že by měli problém s neplodností. První IVF popisují jako poškozující jejich vztah. Bylo to období hádek a zvažovali i možnost rozchodu. Velký vliv na partnerskou krizi mělo probíhající se vyrovnávání s diagnózou neplodnosti a též strach z neznámého. O druhém IVF hovoří pozitivněji. Došlo ke sblížení partnerů a vybudovali si k sobě větší důvěru. Návštěvu fertility poradkyně zvažovali, ale odradila je on-line konzultace.

Se stresem se Kristína vyrovnává sportem, ať se jedná o běh, cyklistiku či plavání. Uvádí, že během pohybu ji zaplavují pozitivní pocity a „vyčistí si hlavu“. Během probíhajících cyklů místy sport omezuje, ale nahrazuje si ho dlouhými procházkami. Dále využívá podpory kamarádek a i komunity nacházející se na Instagramu, ale její největší oporou je přítel. Nemyslet na problém s neplodností ji pomáhá též práce, kdy veškerou svou energii směřuje k vyučovanému dítěti.

Sociální okolí by se dle názoru Kristíny mělo vyvarovat nevhodných otázek na plánování těhotenství. Dále by se mělo vyvarovat nechtěným radám, že se pár má více snažit, a též uklidňovat slovy, že zatím si můžou užívat života. Není na místě ani lítostivých pohledů a stěžování si ohledně náročnosti péče o dítě. Její radou, kterou dát páru s problémem počít dítě, je propojení s páry procházející si obdobným procesem, zjišťování si informací a navštívení několika klinik, z nichž si pár zvolí tu nejvíce přijatelnou pro ně. Těhotenství radí oznamovat na rovinu, ačkoliv ji to vždy píchne u srdce. Velmi špatně přitom snáší těhotenství matek, které si to v jejích očích

nezaslouží. Na interrupci má názor stále stejný, je to právo každé ženy, rozhodnout se dle svého uvážení.

Kristína jako jediná respondentka navíc prošla změnou IVF center, a tak má porovnání. Zmiňuje důležitost osobního přístupu, diskutování a sdělování veškerých možných informací. Chování personálu a zajištění co nejvyšší intimity považuje za podstatné též.

Prognóza

Nyní pár podstupuje vyšetření na genetice páru, endokrinologii, hematologii a u reprodukčního imunologa a čeká na výsledky. Další, třetí, cyklus IVF je plánovaný, ale pár ho nechce podstupovat, dokud nebudou znát veškeré informace, které jim budou k dispozici, a tak dopomoci k větší naději na úspěch asistované reprodukce.

6.4. Kazuistika Tereza D.

Osobní a rodinné údaje

Respondentka Tereza je třiaadvacetiletá žena pracující v back office, který jí umožňuje i práci z domova, což jí jako introvertovi vyhovuje. Popsat samu sebe ji činí problém, ale víceméně se vidí jako realistka s černým humorem. Udává též psychické problémy, s kterými se léčí od sedmnácti let. Nejráději je doma s manželem, vyšívá a čte knížky.

S manželem se seznámila v sedmnácti letech na večerní akci. Původně nezamýšlela vztah, ale po zprávách a několika setkání se z nich stal pár. Partner po roce seznámení kupoval byt a Tereza, procházející si doma složitou situací, se k němu rozhodla nastěhovat. Zasnoubili se v jejich devatenácti letech a o rok později se konala svatba. Sama zdůrazňuje, že pro někoho to může být velmi brzo, pro ni je to však nalezení její životní lásky a vůbec ničeho nelituje. Partner s ní prošel jejím nejtěžším obdobím a byl jí vždy nablízku.

Se svou rodinou Tereza udává komplikované vztahy. Její rodiče si prošli těžkým rozvodem, který Tereza prožívala již jako dospělá, ale vždy byla uprostřed jejich hádek. O problémech s početí vědí, ale nezajímají se. Naopak rodiče partnera se zajímají velmi. Tereza je v těchto otázkách velmi otevřená a jejich návštěvy CAR nejsou žádným tajemstvím, avšak pocity již nesvěřuje, protože bývají často shazovány.

Medicínská anamnéza

Zhruba v polovině roku 2020 se partneři rozhodli chránit se pouze přerušovanou souloží, s tím, že pokud Tereza otěhotní, tak jim těhotenství nevadí. Po roce, v květnu 2021, již měla Tereza před státnicemi a v životě pár dosáhl všeho, co považovali potřebné pro založení rodiny, a tak se rozhodli snažit se o početí. Při návštěvě gynekoložky ji rovnou byly doporučeny vitamíny a předepsán Gynprodyl na nepravidelný cyklus. Bohužel i po měsících se otěhotnět nepodařilo.

V září partner absolvoval spermiogram, který vyšel se špatnou morfologií spermií. Tereza podle gynekoložky byla zdravá, i když ji příliš nevycházely ovulační testy. Již v prosinci se rozhodli pro návštěvu CAR, kde proběhlo další testování. Byla potvrzená špatná morfologie spermií a navíc i jejich malá pohyblivost. Výsledky genetiky byly v pořádku, ale u Terezy bylo zjištěno PCOS. IUI bylo ihned vyloučeno a byla zvolena metoda IVF.

Jejich první IVF přineslo poměrně hodně embryí odpovídající kvality. ET bohužel neproběhlo z důvodu hrozícího OHSS. První KET nedopadl ani pozitivním potvrzením těhotenství. Při druhém transferu si zaplatili i nadstandartní metody a Tereza absolvovala akupunkturu. Těhotenský test vyšel pozitivně, avšak plod se nadále nevyvíjel a došlo k revizi dělohy. Třetí KET sebou přineslo pozitivní výsledek a prozatím prosperující těhotenství, které je ale stále v začátcích.

Autoanamnéza - psychické prožívání

Na začátku snahy otěhotnět věřila Tereza při každém testování v pozitivní výsledek a psychicky si vsugerovávala těhotenské příznaky. Postupem času se začala cítit více a více zoufalá a pokládala si otázky, proč zrovna jim se nedaří otěhotnět. Od první návštěvy CAR si slibovala brzké otěhotnění a snažila se pomoc od lékařů nebrat jako selhání. Bohužel i přesto spadla Tereza do své nejhorší depresivní epizody. Prožívala celé IVF velice negativně, brečela každý den a cítila pocity obrovské nejistoty. Čekání na výsledky testů bylo zdlouhavé a náročné, ale ještě horší byl pro ni potrat, i když nastal v brzké fázi těhotenství. To jí způsobilo nesnesitelnou bolest a nenávist k vlastnímu tělu. I tři měsíce poté stále tuto ztrátu oplakává. To vše se samozřejmě proplétalo s pocity naděje a víry v úspěch. Dokonce v hledání symbolických dat a čísel, které by s sebou mohly nést úspěch. To ovšem ihned bylo

vystřídáno strachem, úzkostí a stresem. Dnes již Tereza ví, že tato cesta je dlouhodobá a že ze začátku nemusela být tak natěšená.

Při stresu se snaží zabavit mysl kreativní činností, bohužel ne vždy to jde. Sama o sobě uvádí, že v těžkých chvílích nemá svůj způsob, jak se s danou situací vyrovnat. Často upadá do stavů, kdy podléhá negativním emocím, pláče celé dny a nemůže vstát z postele. Založila si též účet na Instagramu, aby se propojila s komunitou, která prožívá podobné potíže a sdílela svou cestu i zde.

Její jedinou a největší oporou je manžel. Všechny těžké chvíle včetně problému s početím je více spojili. Tereza uvádí, že její partner situaci z jejího pohledu snáší lépe, ale možná je to dáno spíš tím, že nerad sdílí negativní emoce a pocity.

K okolí je Tereza velmi otevřená ohledně jejich cesty neplodností, ale zpětně toho trochu lituje. Ačkoliv to ostatní myslí jen a jen dobře, neustálé dotazování na stav procesu ji jen a jen znervózňuje. Tereza si myslí, že nejdůležitější je nabídnout psychickou podporu a oporu, nedávat nevyžádané rady a komunikovat s dotyčným o tom, co by mu skutečně mohlo pomoci. Oznámení těhotenství Tereza vzhledem ke svému nízkému věku nemá tolik, ale pokud k němu dojde, prožívá ho velmi špatně. Dle jejího názoru by mělo být oznamováno velmi citlivě, s pokorou a striktně v soukromí. Je vhodné nabídnout druhé osobě pomoc a dbát na její pocity. Ohledně otázky na přerušení těhotenství uvádí, že o to víc chápe ženy, které se rozhodnout ji podstoupit. Uvědomuje si jak je těhotenství a výchova dítěte náročná a respektuje, dokonce je vděčná, že žijeme v zemi, kde si pokračování v těhotenství ženy mohou svobodně rozhodnout.

Ohledně partnerské poradny či psychoterapeutické pomoci v rámci kliniky se vyjadřuje pozitivně. Zdůrazňuje hlavně obeznamenost odborníka s problémy s početím. V takovém případě by ho neváhala sama navštívit.

Prognóza

Nyní se Tereza nachází v prvním trimestru těhotenství. Cítí však velký strach a má obavu se radovat. Snaží se věřit, že vše dopadne dobře, ale přesto se bojí smutku, který by přišel v případě potratu.

6.5. Shrnutí

Cílem praktické části bylo vytvoření kazuistik, které poukazují na jedinečnost každého příběhu. Každá z žen si prošla či stále prochází procesem asistované reprodukce a je zřejmé, že každá tuto situaci vnímá jinak, odlišně prožívá ale i nachází svůj vlastní způsob vyrovnání se se situací. Zároveň byla popsána jejich povaha a zájmy, které se odráží do jejich prožívání a zejména zvládání náročné životní situace.

Všechny respondentky se shodnou zejména na tom, že se jedná o náročnou životní situaci. Každá z nich prožívala různé pocity a emoce, ale většinou celá jejich doba léčby neplodnosti se pojí s negativním cítěním. Shodnými jsou též jejich odpovědi na otázku možnosti žen podstoupit potrat. Všechny uznávají, že je to právo a volba každé ženy. Stejně tak všechny prožívají obtížně oznámení těhotenství ve svém okolí. Je to pro ně jeden z náročných okamžiků, které během doby procesu asistované reprodukce zažívají. Zároveň uznávají, že poradna či terapeutická pomoc v rámci klinik je něčím, co by bylo přínosným.

V případě Kateřiny je zřejmé, že pro ně jako pár asistovaná reprodukce nebyla správnou možností, jak docílit kompletní rodiny. Popisuje nevhodný přístup kliniky a zároveň velmi negativní emoce s tím spojené. Dopad na jejich vztah byl též velmi záporný. Kateřina se se stresem vyrovnává pomocí cvičení, jógy a meditací. Zároveň své snahy směřuje k pomoci ostatním a vzdělává se dál četbou.

Kristýna jako jediná respondentka potomka počala skrz metodu asistované reprodukce a již má své vytoužené dítě doma. Zároveň si ale prošla potratem, který uvádí jako nejhorší moment procesu IVF. Dále popisuje negativní dopad čekání na její psychiku. Partnerský svazek tato zkušenost posílila, ale bylo nutné si uvědomit, že každý prožívá situaci odlišně, a též se zaměřit na vzájemnou komunikaci. S negativními emocemi se Kristýna snažila vyrovnat pozitivním myšlením a velkou podporou jí byl zejména manžel a komunita na Instagramu.

Kristína a její partner stále podstupují IVF, které zatím nemá úspěšný konec. Zároveň tento pár je jediným, u kterého došlo k výměně CAR. Kristína snáší proces IVF negativně a přiznává, že s neplodností není smířená. Pro tento pár byl nejhorší moment, kdy z očekávaného velkého počtu folikulů zbylo jedno jediné embryo vhodné k transferu. Kristína jako sportovkyně se vyrovnává se zápornými pocity zejména

cvičením, ať už se jedná o běh, plavání či kolo. Jejich partnerský vztah trvá poměrně krátkou dobu, ale byl velmi posílen brzkým sestěhováním se. Dopad prvního IVF na vztah popisuje jako negativní, zejména z důvodu neznámosti celého procesu. Při druhém IVF se jejich vztah více prohloubil a posílil.

Nejmladší respondentkou je Aneta, která je v době vyplňování dotazníku na začátku svého těhotenství. Anetě byla diagnostikována depresivní porucha, a ta se projevila i svou nejhorší depresivní epizodou do prožívání AR. Dále si prošla potratem, který pro ni byl velmi bolestivý. Sama stále nemůže nalézt způsob, jak se se svými pocity vyrovnat a co by jí mohlo pomoci. Největší oporou je jí její partner. Zdůrazňuje že, tato náročná životní situace jim ještě více prohloubila vztah.

Proces asistované reprodukce a zjištění diagnózy neplodnosti je náročnou životní situací, která byla samostatně popsána v teoretické části. Na kazuistikách lze vidět některé z fází prožívání a lze si přečíst negativní pocity a emoce s tím spojené. Každá z respondentek má svůj způsob, jak se snaží vyrovnat s negativními prožitky a psychickými procesy a je zřejmé, že tyto strategie souvisí s tím, jaké mají ženy vlastnosti a jaké mají záliby. Stejně tak jejich doporučení na sdělování těhotenství či co říkat a neříkat neplodným párům se odlišují, dle jejich vlastních prožitků.

Závěr

Bakalářská práce se ze začátku zaměřila na medicínskou povahu neplodnosti a její léčby. Došlo k nadefinování pojmu neplodnosti, kdy nejčastěji zdroje uvádí, že se jedná o stav, kdy partneři provozují pravidelný nechráněný styk po dobu jednoho roku a přitom nedochází k otěhotnění. Mezi nejčastější příčiny patří anovulace u žen, PCOS a endometrióza. U mužů pak dochází ke špatné morfologii spermií a i jejich pohyblivost může též činit problémy. Na tom zda existují psychogenní příčiny neplodnosti, se odborníci neshodnou, pokud ji ale připouští, rozdělují ji na dvě různé teorie. Buď může dojít k nevědomému nechtění potomka, či projevy stresu mohou snižovat možnost otěhotnět.

Asistovaná reprodukce je popsána jako obor medicíny, který se snaží dopomoci k otěhotnění ženy, ačkoliv s vajíčky, spermiemi a embryi pracuje mimo lidské tělo. Nejčastějšími technikami v rámci klinik jsou IUI a IVF. IUI je zkratkou pro intrauterinní inseminaci, kdy se spermie vpravují katétrem do dělohy ženy. Více invazivní je metoda IVF, celými slovy in vitro fertilizace. Ta se skládá z pěti kroků, a to stimulace ženy, odběr oocytů, kultivace embryí, emryotransferu a následné luteální opory.

Následně je představena kapitola o psychickém prožívání neplodnosti. Konkrétně jsou vymezeny v rámci prožívání jednotlivé fáze dle struktury Barbary Eck Menningové zahrnující fáze paniky a odmítání skutečnosti, zlobu a hněv, smlouvání a pocit viny, depresi, smutek a přijetí. Přičemž těmto stavům ještě předchází samotný moment zjištění, kterým je překvapení. Veškeré psychické procesy a stavy jsou opodstatněnou součástí prožívání a jsou pochopitelné. Jen u depresí je nutné zdůraznit jejich závažnost a v případě potřeby vyhledání lékaře. Mezi ženy a muži dochází k rozdílům v prožívání. Ženy jsou většinou více zatíženy, ale též se jim dostává větší míry opory. Naopak u mužů velmi záleží, na čí straně je problém. V rámci copingu a copingových strategií vymežeme dle Atkinson a Lazaruse dva základní typy, a to strategii zaměřenou na problém a taktiku zaměřenou na emoce. První z nich je doprovázena zjišťováním informací o nemoci, hledání alternativ, což může být například i rozmyšlení nad adopcí či bezdětností, a zároveň doporučuje vytvoření plánu,

aby jedinec měl pocit kontroly nad svým životem. Strategie emocionální je dle Rity Atkinson dvojího typu, a to: behaviorální, zaměřená na činnost a která ulevuje od pocitů, a kognitivní, která se zaměřuje na vlastní myšlenky a práci s nimi. Z tohoto hlediska jsou doporučovány párové aktivity.

Sociální opora hraje důležitou roli v těžkých obdobích člověka. Pro partnery procházející neplodností je zajisté největší podporou druhý z nich. Jejich vztah je otřesen stresující událostí a každý své pocity prožívá jinak. Dbát na komunikaci a na jednotnost chování je proto nejvíce zásadním. Neplodnost ovšem poznamená i kontakt se širším sociálním okolím, které často vyvíjí na otěhotnění nátlak a přináší nevhodné poznámky, ačkoliv je třeba nemyslí špatně. Všechn tlak a nelibé pocity jsou sice přirozené, ale v rámci úlevy se doporučuje vyhledat i psychologickou pomoc, která může být nápomocná jak v řešení jednotlivých kroků při léčbě či i sloužit jako manželská poradna. V poslední řadě nesmíme opomenout současný vliv sociálních sítí, kde si ženy navzájem předávají informace, ale především vznikají podpůrné komunity, kde navzájem sdílí své příběhy a pocity.

Ve výzkumné části byly představeny čtyři kazuistiky, které nepřinášejí žádný obecný závěr z důvodu malého vzorku respondentek. Spíše je pozornost soustředěna na individuální prožívání situace a jednotlivé výpovědi žen jsou obsahově kvalitativně rozebrány. Všechny se ovšem shodnou, že se jedná o náročnou životní situaci, která s sebou nese nelibé pocity.

Ač jsou poznatky v rámci bakalářské práce z pohledu psychologie detailně popsány, v rámci humanitních studií by byl prostor nadále prozkoumat etické aspekty asistované reprodukce a přínosné by byly i pohledy jednotlivých náboženství a kultur na IVF. Vzhledem k výzkumu by bylo prospěšné nejen mít data z kvalitativní analýzy, ale též vytvořit a zpracovat dotazník, který by přinášel kvantitativní výsledky. Ty by byly nejvíce přínosné pro širší okolí vzhledem k otázkám, co nejvíce ženám pomáhá se vyrovnat se situací a jak by jejich sociální okolí mělo reagovat a podpořit.

Literatura

AIMAGAMBETOVA, Gulzhanat, ISSANOV, Alpamys , TERZIC, Sanja , et al. The effect of psychological distress on IVF outcomes: Reality or speculations?. *PLoS ONE* [on-line]. 2020, 15(12), 1-14. ISSN 19326203. Dostupné z: <doi:10.1371/journal.pone.0242024> [cit. 2022-11-30].

ATKINSON, Rita. *Psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

Depression. *World health organization* [online]. Dostupné z: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>> [cit. 2. 12. 2022].

DESJARDINS-SIMON, Joëlle a DEBRAS, Sylvie. *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0821-1.

DOHERTY, C. Maud; CLARK, MelanieMorrissey. *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno : Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0771-X.

KONEČNÁ, Hana. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. 2. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-591-8.

KONEČNÁ, Hana. *Rodičem kdykoliv a jakkoliv?: průvodce asistovanou reprodukcí a náhradní rodinnou péčí*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4652-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Publishing, 1994. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

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

LAZARUS, Richard S.. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. ISBN 0-8261-4191-9.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. Těhotenství, 1. díl. 5. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-214-5.

PERONE, Hanna R., Alexandra M. HERWECK, Hannah M. STUMP, Hannah M. LEVINE, Adriana J. WONG a Jose CARUGNO. The virtual infertility community: a qualitative analysis of patient experiences shared on Instagram. *Journal of Assisted Reproduction* [online]. 2021, **38**(3), 613-620. ISSN 10580468. Dostupné z: <doi:10.1007/s10815-020-02028-6> [cit. 12. 1. 2023].

PEYSER, Alexandra; GOLDSTEIN, Liat; MULLIN, Christine; GOLDMAN, Randi H.. Fertility education: what's trending on Instagram. *Fertility Research and Practis* [online]. 2021, **7**(3). ISSN 2054-7099. Dostupné z: <doi.org/10.1186/s40738-021-00095-6> [cit. 12. 1. 2023].

Podmínky pro umělé oplodnění od roku 2022. *Všeobecná zdravotní pojišťovna české republiky*. [online]. Publikované 31. 1. 2022. Dostupné z: <<https://www.vzp.cz/onas/tiskove-centrum/otazky-tydne/podminky-pro-umele-oplodneni-od-roku-2022>> [cit. 16. 2. 2023].

ŘEZÁČOVÁ, Jitka et al. *Reprodukční medicína*. Současné možnosti v asistované reprodukci. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4657-2.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce*. [online]. 3. aktualizované vyd. Praha: Maxdorf, 20018. ISBN 978-80-7345-553-8.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti: příčiny neplodnosti, metody léčby, mimotělní oplodnění, zákony*. 3. aktualizované vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1010-2.

ŠKUTILOVÁ, Vladana. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5469-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007 [cit. 2022-12-02]. ISBN 978-80-246-1318-5.

VASILJUK, Fjodor Jefimovič. *Psychologie prožívání: Analýza překonávání kritických situací*. Praha: Panorama, 1988. ISBN 11-045-89.

Resumé

This bachelor's thesis on the topic *Psychological aspects of process assisted reproduction* represents a summary of information from medical theory and in particular I have focused on psychological side of things. Bachelor's thesis is divided into two parts: theoretical and practical.

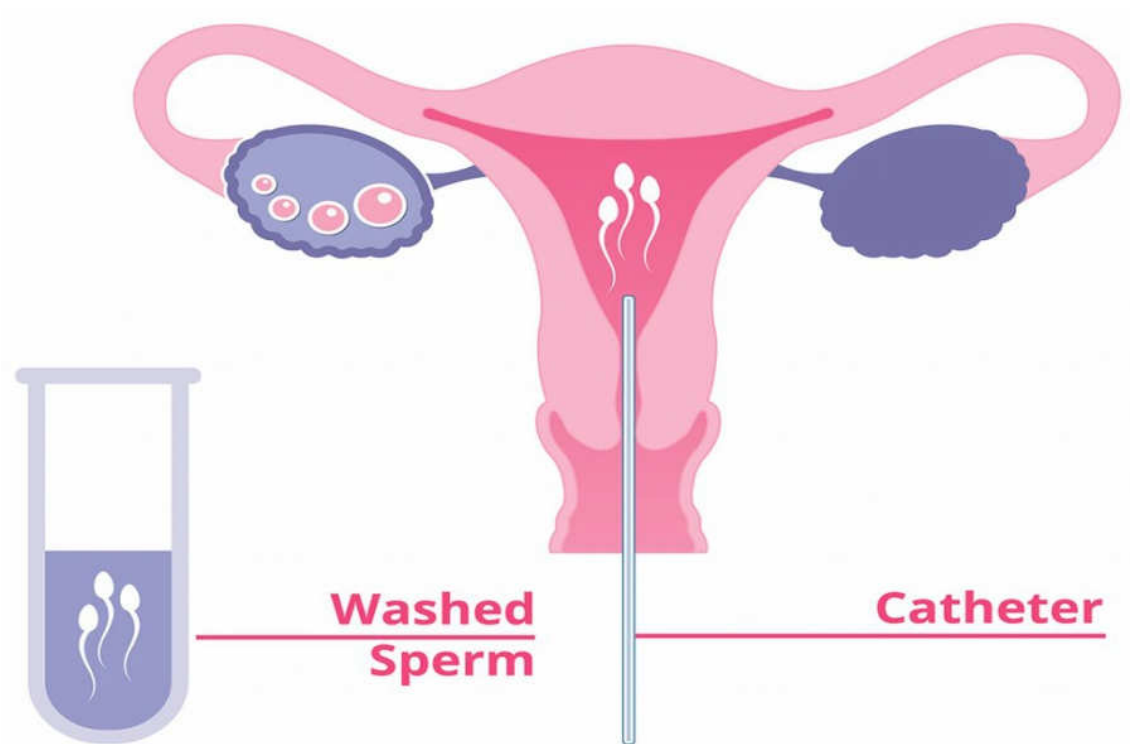
In the first part I have described what infertility is and the main reasons of its origin. When doctors speak about infertility they mean „particular couple can not get pregnant during one year“. What is very contradictory is mental reasons of infertility. Some experts say that it isn't possible, but a lot of psychologists take a stand that is. As a treatment for infertility couples visit a center of assisted reproduction in which doctors provide *in vitro fertilisation* and *intrauterine insemination*.

Mental experience is divided into five stages defined by Barbara Eck Menning namely panic and denial of reality, malice and anger, bargaining and guilt, depression, sadness and acceptance. Others authors also add a short phase of surprise when the couple discovers their diagnosis. Different experience of men and women are also typical. Women in general are more emotional and receive more support. For men aspect, it matters more whether the cause of infertility is found. The whole process of assisted reproduction is a complicated life situation for couple that they have to deal with. This is called *coping* and has two different strategies: emotion-focused or problem-focused. In the next part, I am describing social relationships with the social environment, in which the other partner is the most important. Subsequently, extended family and friends, psychological help and social networks are also considered.

In the practical part, four case studies are discussed. Information has been collected on the basis of an open structured questionnaire and information shared on social networks. Afterwards I used qualitative analysis for working with data. The emphasis is on the uniqueness of each story, but every woman from my research would agree that it was a very difficult period and full of negative emotions.

Přílohy

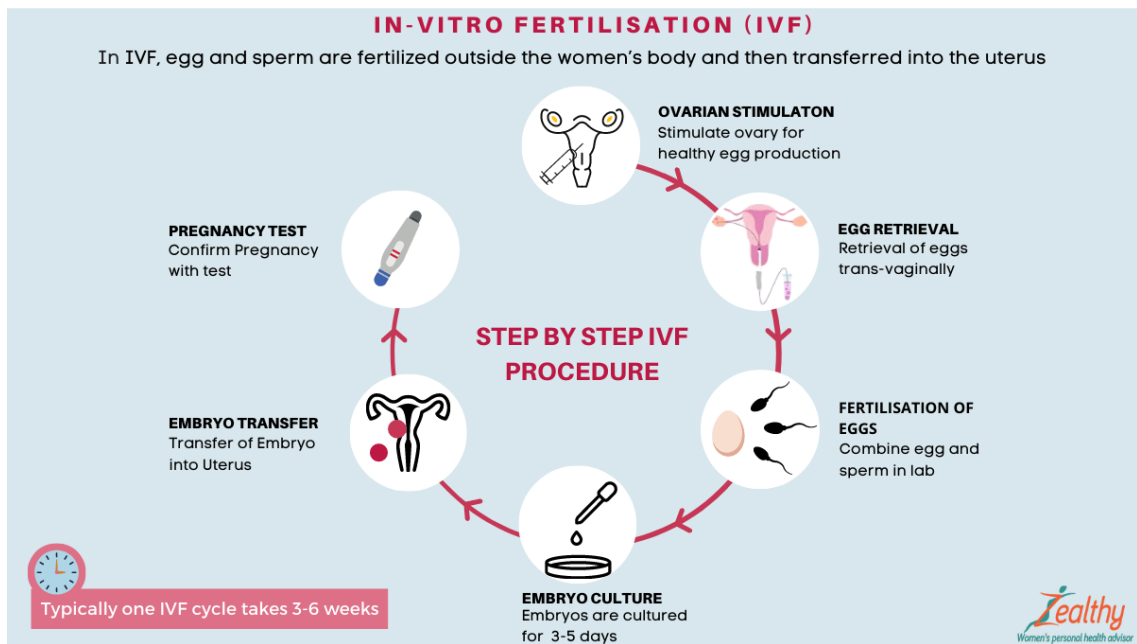
Příloha č. 1



Obrázek 1. IUI

Zroj: BAKSHI, Rita. Intrauterine insemination (IUI): Uses, Risks and Success rate. *Dr. Rita Bakshi*. [online]. Publikované 18. 6. 2018. Dostupné z: <https://drritabakshi.in/intrauterine-insemination-iui-uses-risks-and-success-rate/> [cit. 9. 3. 2023].

Příloha č. 2



Obrázek 2. Cyklus IVF

Zdroj: ASHISH, Kale. In Vitro Fertilization (IVF) – Importance, Procedure and Cost. *Dr. Zealthy*. [online]. Publikované 28. 9. 2020. Dostupné z: <<https://zealthy.in/en/topic/in-vitro-fertilisation-ivf>> [cit. 9. 3. 2023].

Příloha č. 3

Dotazník pro respondentky praktické části

Tento písemný rozhovor se bude odvíjet dle vašich příspěvků. Některé otázky budou více o vašem vyprávění, ale pokud byste si nevěděla rady, budou u nich i podotázky, které vám pomůžou nasměrovat se. Nevadí, když odbočíte, je to naopak plus, třeba se dozvím něco důležitého, na co bych se jinak nezeptala.

Pište tak, jak to cítíte. Nebojte se projevovat své emoce, je to naprosto normální a důležité. Není zde možnost udělat chybu, nic není správně ani špatně. Taktéž pokud vám je nějaká otázka nepříjemná, tak na ni prostě neodpovídejte anebo neodpovídejte detailně - i to je správně a naprosto v pořádku. Nemusíte věnovat pozornost ani gramatice a stylistice, pište "jak vám to přijde pod ruku." Nikdo to nebude řešit a kontrolovat.

Ráda bych vás ujistila, že je dotazník anonymní, s informacemi bude nakládáno velmi důvěrně a pouze pro účely zpracování bakalářské práce.

Na úvod zcela zlehka něco o vás, co byste mi o vás ráda pověděla? Přibližný věk, sféra povolání, zájmy, jaká osobnost byste o sobě řekla, že jste? Vaše vlastnosti?

Vyprávění o vašem současném vztahu: Jak a kdy jste se seznámili s partnerem/manželem? Byla to láska na první pohled nebo kamarádství, které skončilo láskou? Proběhla svatba, kdy?

Jaké máte vztahy se svou rodinnou, rodinnou partnera (nebo s každým zvlášť v rodině)? Ví o vaší cestě asistované reprodukce? Svěřujete se jim se svými starostmi a radosti svého života? A ohledně pocitů z ivf?

Kdy nastal ten čas snažit se o miminko? Jaké důvody/pocity vás vedly k plánování dětí? Jak dlouho jste se snažili, než jste dospěli k závěru, že někde bude problém? Jak jste se během toho cítila?

Zkoušela jste nejprve nějakou alternativní medicínu - metoda L. Mojžíšové, hormonální jóga, podpůrné vitamíny?

Začátek cesty asistované reprodukce: Jak jste se cítila, když jste poprvé šla do CAR? Dozvěděla jste se co je důvodem neplodnosti? Jak jste to prožívala?

Jak pokračovala cesta IVF? Jak jste ji prožívala (vyšetření, čekání na testování, neúspěchy, ztráty)?

Jak jste se vyrovnávala se stresem, strachem, neúspěchy? Co vám pomáhalo, co naopak vám ubližovalo? V kom jste nacházela oporu?

Jakou radu byste dala ženě, jejíž kamarádka prochází procesem IVF? Či má problém s neplodností? Jak jí být oporou, co říkat, co neříkat, co dělat, co nedělat?

Jaké dopady celkově měla asistovaná reprodukce na váš vztah? Jak to prožíval váš partner? Stejně, odlišně? Ocenila byste nějakou partnerskou poradnu i v rámci kliniky (prevence)?

Jak jste prožívala oznámení těhotenství kamarádech/známých/rodinných příslušníků? Existuje podle vás nějaká rada, jak ženám s problémy otěhotnět oznamovat těhotenství?

Změnil se vám pohled na chtěnou interrupci, když jste začala mít problémy s početím?

Jaké máte plány do budoucna? Co vás v blízké budoucnosti čeká? Jak se dále bude pokračovat?

Otázka případná: **Jak jste prožívala těhotenství? Myslíte si, že odlišně od žen, které počali přirozeně? Jak se cítíte dnes, když už máte svůj uzlíček štěstí?**