

Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce*

LENKA SLEPIČKOVÁ**

Institut pro výzkum reprodukce a integrace,
Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno

How Men and Women Experience Infertility: Gender Aspects of Assisted Reproduction

Abstract: This article is based on a qualitative analysis of in-depth interviews with women and men suffering from fertility problems. It analyses the negotiations between partners confronted with the diagnosis of infertility and seeking the best solution. The analysis examined how men and women define their roles in the treatment of infertility, how they perceive their partners' coping and involvement, and conflicting and controversial topics and situations. Data suggest that the burden of infertility is unequal. While treatment involves a woman fully in the physical and the psychological sense, the involvement of the man and potential father in the treatment process is reduced to his provision of genetic material on demand. The research revealed two factors that influence and separate the experiences of men and women: the different time/age frame of the reproductive experience and the physical aspect of infertility and reproduction. Both factors are anchored in the praxis of assisted reproduction. The treatment process is administered in a way that, instead of reshaping or challenging traditional definitions of parenthood or gender roles, confirms the status quo.

Keywords: infertility, gender roles, assisted reproduction, stigma, parenthood.

Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2009, Vol. 45, No. 1: 177–203

Úvod

Zatímco nechtěnému rodičovství se české ženy a muži úspěšně brání, každoročně přibývá párů, které do ordinací specializovaných lékařů přivádí problémy s počtím plánovaného a chtěného potomka. Odhaduje se, že v průběhu svého života se s problémy s plodností setká 12–15 % partnerských párů [Sobotka, Heráček 2006],

* Tato stať vznikla s podporou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy – výzkumný záměr „Reprodukce a integrace společnosti“ (MSM002 1622408). Děkuji anonymním recenzentům/recenzentkám za podnětné připomínky k raným verzím rukopisu.

** Veškerou korespondenci zasílejte na adresu: Mgr. Lenka Slepíčková, Institut pro výzkum reprodukce a integrace, FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno, e-mail: lenka.slepickova@gmail.com.

ročně se v České republice provede asi 9 tisíc cyklů umělého oplodnění. Tři procenta z ročně narozených dětí vděčí za své početí laboratořím klinik asistované reprodukce [Kučera 2006].

Neplodnost je v rámci individuální biografie zlomovou zkušeností. Podobně jako jiné chronické nemoci narušuje samozřejmé předpoklady a očekávání, především předpoklad vlastní plodnosti a kontroly nad reprodukčními schopnostmi svého těla.¹ Její léčba ovlivňuje každodenní život, včetně intimní sféry partnerského života, vyžaduje velké fyzické, psychické, finanční a časové investice a má řadu nepřijemných vedlejších důsledků. Úspěšné početí a otěhotnění přitom nemůže zaručit ani použití nejmodernějších technik asistované reprodukce.

Stále nové objevy a možnosti reprodukční medicíny kladou na neplodné velké břímě. Musí se sami rozhodnout, co pro početí (nebo spíše pro zvýšení šance na početí) chtějí – v rámci vnější regulace léčby týkající se věku ženy nebo finanční úhrady za léčbu – podstoupit. Toto rozhodování zahrnuje redefinici představ o průběhu vlastního života a o tom, jaké místo v něm má rodičovství a co je jeho podstatou. Léčba využívající genetický materiál dárců – v České republice se může jednat o dárcovské spermie, vajíčka, i embrya – překrývá a odděluje různé typy rodičovství (biologické, genetické, sociální, substanční), zpochybňuje mužskou a ženskou reprodukční roli a pokrevní podstatu otcovství nebo mateřství nahrazuje smluvním vztahem.

Zároveň se rozhodování o léčbě neplodnosti a jejím průběhu nevyhne partnerskému vyjednávání. Využít služeb asistované reprodukce nebo adopce bez souhlasu a spolupráce partnera není v České republice možné. Do léčby neplodnosti vstupuje pár jako celek, se svou kombinací příčin neplodnosti a jejich závažnosti a se svými představami o podstatě rodičovství a partnerství.² V případě, že léčba není úspěšná, se důsledek neplodnosti, nedobrovolná bezdětnost, týká obou partnerů, bez ohledu na to, na čí straně byla diagnostikovaná příčina neplodnosti.

Očekávání a představy o řešení neplodnosti a o vlastním angažmá v léčbě ovlivňuje mnoho faktorů, například to, jak partneři přijímají vlastní diagnózu a stigma, které se k ní vztahuje, nebo jak vnímají a definují očekávání související s mužskou a ženskou rolí v rámci partnerství a rodičovství. Obojí je sociálně strukturováno: zatímco mužská plodnost je spojována s potenci coby zásadní

¹ Koncept chronické nemoci jako biografického zlomu do sociologie uvedl a později revidoval Bury [1982]. Bury teoretizuje nemoc jako zásadní zlomovou zkušenost, slovy Giddense [Giddens 1979: 123] jako „kritickou situaci“, která narušuje samozřejmé předpoklady a chování, vyžaduje mobilizaci sociálních i materiálních zdrojů a přehodnocení individuální biografie.

² Mluvíme zde o páru, a to výhradně o páru heterosexuálním. Léčba neplodnosti prostřednictvím asistované reprodukce není pro homosexuální páry nebo svobodné ženy v České republice oficiálně dostupná. Adopce jednotlivci je sice oficiálně možná, žadatelé jsou ale oproti partnerským párům výrazně znevýhodněni. Kromě omezení léčby na heterosexuální pár je dalším limitem léčby věk ženy (umělé oplodnění pojišťovna hradí jen ženám do 39 let). Blíže k těmto omezením viz Zamykalová [2003].

charakteristikou mužnosti a stigma neplodnosti se vztahuje především k sexuální schopností muže, neplodné ženě je přisuzována psychická labilita, přílišné upnutí se na touhu po dítěti nebo podvědomé odmítání mateřské role [Miall 1994; Whiteford, Gonzalez 1995; Hargreaves 2006; Ragoné, Willis 2000].

Mateřství je silně normováno a považováno za klíčovou součást ženské identity [Bailey 1999; Sevón 2005; Maher, Saugeres 2007; Zamykalová, Hašková 2006] navzdory tomu, že demografický vývoj v západních zemích poukazuje na oslabování mateřské normy [Gustaffson 2001; Kohler, Billari, Ortega 2002; Sobotka 2005]. Jsou to ženy, na které mívá pronatalistické tlaky společnosti a jejichž životní styl a preference jsou označovány jako hlavní příčina nízké porodnosti v České republice [Zamykalová 2006]. V souvislosti s otcovstvím v posledních letech sociální věda reflektuje především proměnu tradičního obsahu mužství³ a větší zapojování se mužů do rodičovských kompetencí, prostřednictvím pojmů noví muži [Segal 2007], měnící se muži [Kimmel 1987], noví otcové [Šmídová 2003] nebo znovuzrození otců [Badinter 2005].

Cílem tohoto textu je pomocí kvalitativní analýzy hloubkových rozhovorů s ženami a muži, léčícími se pro neplodnost, detailně uchopit situaci páru, který je konfrontován s diagnózou neplodnosti. Tu chápeme jako fyzickou překážku rodičovství, která narušuje standardní lineární narativ reprodukce [Ginsburg, Rapp 1991] a obecněji sled životních událostí, který je vnímán jako přirozený.⁴ Chceme popsat, jak muži i ženy definují svou roli v procesu léčby neplodnosti, jak vnímají roli svého partnera, jak probíhá vyjednávání partnerů o jejich kompetencích a o způsobech řešení situace a v čem tkví zdroje rozporů a konfliktů v této situaci.

Sběr dat

Volba takového výzkumného problému, který si žádá detailní uchopení, a důraz na roli výzkumníka jako „učence“, který vypráví příběh z pohledu aktérů, spíše než jako na objektivního experta, směřuje výzkum k přístupu kvalitativní-

³ Za mužství je považován soubor mužských charakteristik podmíněných historickým, sociálním a kulturním prostředím, v němž se vytvořil a který je dále formuje [Šmídová 2003: 158]. Tlak na muže, aby si vytvořili a udrželi stereotypní mužské chování (zejména autonomie a emoční kulturu), je mocný už od časněho dětství v rodině a v průběhu zrání a dospělosti je posilován nejen chlapeckou, respektive mužskou skupinou, ale i skupinou ženskou [Šmídová 2003: 162]. Tradiční, konvenční mužství je definováno skrze tyto charakteristiky: průbojný, realistický, drsné povahy, málomluvný, klidný, psychický odolný [Možný 83: 161], v opozici k tradičnímu ženství.

⁴ Ten je v západních společnostech definován prostřednictvím série tranzicí souvisejících s přechodem k dospělosti (ukončení studia, vstup do zaměstnání, vlastní bydlení, partnerský vztah, vstup do rodičovství). Blíže viz Hagestad, Call a Vaughn [Hagestad, Call, Vaughn 2007].

mu [Creswell 1998]. Ten je charakterizován induktivní logikou analýzy, orientací na výzkum v terénu, sběrem (přesněji generováním) dat prostřednictvím výzkumníka, flexibilním rozvojem teorie a důrazem na perspektivu aktérů a významy, které oni sami přisuzují sociálnímu světu [Hammersley, Atkinson 1983; Silvermann 1997; Creswell 1998].

Data byla sbírána prostřednictvím hloubkových rozhovorů. Tento způsob sběru dat poskytuje kvalitativnímu výzkumníkovi řadu výhod: flexibilitu, kterou vyžaduje rozvoj teorie, částečnou kontrolu nad vznikem dat [Charmaz 2003], množství kontextuálních informací a možnost odhalit i rozporuplné nebo konfliktní postoje participantů [Johnson 2002]. Otevřený formát rozhovorů dovoluje participantům formulovat vlastní postoje a propojovat je s tím, co sami považují za významné, aniž by byli omezováni na kategorie nabízené výzkumníkem. Rozhovor je vnímán jako interakce dvou rovnocenných partnerů, do níž výzkumník i participant vnášejí vlastní významy, interpretace a perspektivy.

Tento typ sběru dat zároveň skýtá některé praktické nevýhody a analytická omezení. Obojí vyplývá především z časové náročnosti tohoto výzkumného formátu a obtížného hledání účastníků, kteří jsou schopni a ochotni hovořit o svých zkušenostech, což platí obzvláště u výzkumu citlivých a potenciálně stigmatizujících témat, jakými je i neplodnost.

Cílem výzkumných rozhovorů bylo získat autentický vhled do zkušenosti s neplodností a její léčbou. Bylo proto nezbytné najít takové participanty, kterých se týká diagnóza neplodnosti a navštěvují (navštěvovali) kvůli ní specializované pracoviště. Kontaktování potenciálních účastníků probíhalo třemi způsoby: v rámci sociální sítě autorky výzkumu, skrze internetové servery o neplodnosti a technikou sněhové koule (každý aktér výzkumu byl požádán o zprostředkování nového kontaktu).

Jako obzvláště problematické, tak jako v jiných výzkumech zabývajících se neplodností [Sandelowski, Hodlitch-Davis, Harris 1990; Webb, Daniluk 1999; Throsby, Gill 2004], se ukázalo být hledání mužských účastníků výzkumu.⁵ Muži se internetových diskusí o neplodnosti neúčastní a ti, kteří byli osloveni skrze jejich partnerky, většinou rozhovor odmítli, ať už přímo, nebo nepřímo (nebyli ochotni se domluvit na čase rozhovoru, nebo se na domluvený rozhovor nedostavili). Oproti 27 rozhovorům s ženami bylo uskutečněno jen 5 rozhovorů s muži. Ve všech případech se jednalo o partnery zpovídaných žen, rozhovory ale probíhaly odděleně (s výjimkou rozhovoru s Albertem a Karolínou, který probíhal částečně dohromady).

⁵ Nízké zastoupení mužů ve výzkumech neplodnosti je natolik notorickým jevem, že se způsoby interpretace této skutečnosti staly samy o sobě předmětem výzkumu [Lloyd 1996]. Ani ochota mých konverzačních partnerů prezentovaného výzkumu nebyla samozřejmá – jeden z nich například přiznal, že s rozhovoru zúčastnil omylem (myslel si, že jde o konzultaci problémů s další neplodnou osobou, a pravdu se dozvěděl od partnerky až cestou na rozhovor), jiný uvedl, že se rozhovoru účastní na nátlak své partnerky.

Rozhovory s muži se od rozhovorů s ženami svým průběhem lišily. Zatímco ženám (až na několik málo výjimek) nedělalo problém se v interakci s výzkumníci otevřít a spontánně mluvit i o emotivních stránkách zkušenosti, výpovědi mužských účastníků se – i přes snahu výzkumnice posunout rozhovor k jiným tématům – často omezovaly na praktické okolnosti související s léčbou neplodnosti. Schwalbe a Wolkomir [2002] interpretují tendenci mužů vyhýbat se emocionálním výpovědím během výzkumného rozhovoru jako snahu udržet si kontrolu nad situací, která potenciálně ohrožuje jejich maskulinní roli. Toto ohrožení je v případě našeho výzkumu dáno jeho tématem, metodou zkoumání, i genderem výzkumnice.

Větší otevřenost při sdílení osobní zkušenosti byla v případě ženských účastnic ovlivněna těmito faktory: jejich (často otevřenou) identifikací s autorkou výzkumu – jako s ženou,⁶ partnerkou (muže) a potenciální matkou – a také skutečností, že ženy jsou více socializovány k navazování vztahů a komunikaci s ostatními [Reinharz, Chase 2002]. V případě rozhovorů s ženami na rozdíl od rozhovorů s muži také dobře fungovalo pouto „intimního cizince“ [Simmel 2006: 145], který může získat velmi dobrý vhled do zkušenosti ostatních díky tomu, že se mu lidé otevřeněji svěřují.

Disproporce v množství a otevřenosti výpovědí mužů a žen ztěžuje analýzu mužských postojů, často jsme odkázáni jen na zprostředkovaná data, pocházející z ženských výpovědí. V analýze je tato skutečnost zohledněna a v textu jsou výpovědi o mužích a výpovědi mužů odlišeny. Mužská neochota hovořit o neplodnosti nebo rozvíjet určitá témata však není chápána jen jako překážka získání potřebných dat o genderových rozdílech v reakci na neplodnost, ale také jako součást těchto dat. Nejen to, o čem participanti vypovídají, ale také způsob, jakým tak činí, je předmětem zájmu konstruktivistického výzkumu. Osobní výpověď můžeme chápat mimo jiné jako prezentaci preferované identity dotazovaného [Schwalbe, Wolkomir 2002; Riessman 2002].

Charakteristiky účastníků výzkumu

V průběhu roku 2007 bylo sebráno a analyzováno 27 rozhovorů s ženami a 5 rozhovorů s muži. Tyto rozhovory reprezentují 27 partnerských párů, žijících v různých místech České republiky.

⁶ Raná feministická metodologická literatura považovala porozumění a navázání důvěryhodného vztahu mezi výzkumníci a participantkou za snadné a automatické. Pozdější autorky tento pohled odmítly jako příliš romantizující a zdůrazňovaly komplexitu vztahů navozovaných výzkumem. Blíže viz Reinharz a Chase [2002]. V případě mého vlastního výzkumu jsem otevřenost žen při sdílení své zkušenosti vnímala jako přirozenou, v rozhovoru ženy často spontánně mluvily i o dalších aspektech svého osobního života (hledání partnera, příbuzenské vztahy atd.). S většinou z nich jsem také dodnes v kontaktu a vím, jak jejich léčba a usilování o rodičovství pokračuje.

Většina z těchto párů (20) léčbou neplodnosti v době rozhovoru procházela, pět z nich podruhé ve snaze o početí druhého dítěte. Ostatní se již neléčili – dva páry se po léčbě nebo díky adopci již stali rodiči a dvě účastnice byly v době rozhovoru těhotné (jedna z nich díky léčbě, druhá přirozeně). Ve třech případech byla neúspěšná léčba ukončena nebo přerušena. Až na jednu (rozvedenou) konverzační partnerku žili všichni účastníci výzkumu v domácnosti se svým heterosexuálním partnerem/partnerkou.

Všechny rozhovory prováděla autorka výzkumu, trvaly hodinu až dvě hodiny a probíhaly většinou na veřejných místech (restaurace, kavárny, parky), případně v domácnosti účastníků výzkumu nebo na jejich pracovišti. Všechny rozhovory byly nahrány a doslovně přepsány, případné identifikující údaje (jména, bydliště, názvy center asistované reprodukce atd.) byly z prepisů odstraněny nebo změněny.

Tabulka 1 obsahuje základní charakteristiky konverzačních partnerek s ohledem na téma výzkumu: počet absolvovaných cyklů umělého oplodnění,⁷ a skutečnost, zda byla příčina neplodnosti diagnostikována na straně ženy (gynekologická příčina neplodnosti), nebo muže (andrologická příčina neplodnosti). V řadě případů se jedná o kombinaci obou příčin, v některých naopak nebyla příčina neplodnosti odhalena ani u jednoho z partnerů.

Analýza dat

Analýza dat byla založena na konstruktivistické verzi zakotvené teorie, tak jak ji formulovala Charmaz [2003, 2005]. Tato verze zakotvené teorie přijímá její postupy jako nástroje, ale nepřipisuje jim objektivistické předpoklady, obsažené v její původní podobě formulované Glaserem a Straussem [Glaser, Strauss 1967], i v podobě revidované Straussem a Corbinovou [Strauss, Corbin 1999]. Zdůrazňuje vázanost toho, co pozorovatel vidí a slyší, na jeho předchozí zkušenost, biografii, zájmy a kontext výzkumu, na vztah k participantům, zkušenosti z terénu a způsob vytváření a zpracovávání empirického materiálu. Kvalitativní přístup podle ní nikdy nemůže být čistě induktivní – už otázky, které si klademe při poznávání empirické reality, a naše definice toho, co sbíráme jako data, ovlivňují naše poznání. Teorie vzešlá z analýzy je interpretativním ztvárněním reality, nikoli objektivní výpovědí o ní [Charmaz 2005]. Pozitivistická kritéria validity a reliability jsou v konstruktivismu nahrazeny koncepty, jako je kredibilita, přenositelnost a ověřitelnost [Seale 1999].

Cílem analýzy bylo transformovat množství dat v empiricky bohaté koncepty, které lze použít k výstavbě teorie. Toho bylo dosaženo několikaúrovňovým kódováním – všechna data byla nejprve, řádek po řádku, kódována jedno-

⁷ Řada konverzačních partnerek a partnerů využívala jiné metody léčby (hormonální léčba, intrauterinní inseminace atd.), které jsou považovány za „předstupné“ léčby prostřednictvím umělého oplodnění.

Tabulka 1. Charakteristiky participantů na výzkumu

Jméno	Věk	IVF	Příčina neplodnosti	
			Gynekologická	Andrologická
Barbora	33	1	x	x
Blanka + Martin	31/31	1	x	
Blažena + Patrik	44/37	2	x	
Dana	35	2	x	x
Dita	28	2	x	x
Hanka	30	0	x	
Ivana	30	1	x	x
Jana	32	3		
Jarka	31	2	x	
Jiřina + Michal	28/29	1	x	x
Karolína + Albert	31/31	1	x	
Kateřina	29	0	x	x
Lada	30	2	x	x
Lída	30	2		x
Linda	33	4		
Lucie	31	2	x	
Magda	29	0	x	
Marie	38	4		
Marika	28	0	x	
Markéta + Jan	32/36	4	x	x
Marta	34	2		x
Mirka	34	3		x
Monika	32	1		x
Pavla	32	0	x	x
Romana	41	7	x	x
Vanessa	31	0	x	
Vendula	30	0	x	

Zdroj: Výzkum infertility 2007.

duchými popisnými kódy, které vystihovaly témata nebo procesy vynořující se v datech (často byly používány kódy odvozené přímo z jazyka aktérů, tzv. „in vivo“ kódy). Další fází analýzy bylo výběrové kódování, při kterém výzkumník pracuje s nejčastěji užívanými – a tedy nejvíce teoreticky sycenými – kódy, data dále třídí a organizuje, jednotlivé analytické prvky (citace z textů, kódy) propojuje a původní popisné kódy nahrazuje nebo spojuje kódy konceptuálními. Vzniklé koncepty pak zpřesňuje, hledá vztahy mezi nimi a specifické příklady, které je ilustrují, stejně jako příklady, které jsou s nimi v rozporu. Podstatnou analytickou procedurou, která probíhá ve všech fázích analýzy, je srovnávání – porovnávání jsou prvky jednotlivých kategorií, různé kategorie mezi sebou, kategorie vzešlé z různých rozhovorů atd. Dalším postupem, který se prolíná celým analytickým procesem, je psaní poznámek, které propojují data výzkumníka s jeho interpretacemi a tvoří základ formulace teorie.

Analýza byla prováděna se zřetelem k hlavním výzkumným otázkám: Jak muži i ženy definují svou roli v procesu léčby neplodnosti a jak vnímají roli svého partnera? Jak probíhá vyjednávání partnerů o vlastních kompetencích a o způsobech řešení situace? V čem tkví zdroje rozporů a konfliktů, které se vynořují v rámci vyjednávání o řešení neplodnosti? Je možné i v rámci léčby neplodnosti identifikovat „nové otce“, kteří přejímají zodpovědnost za rodičovství?

Výsledky analýzy jsou v následujícím textu rozděleny do tematických celků, které reflektují kategorie vzešlé z dat. V zájmu plynulosti textu neuvádím u velmi krátkých citací (jednotlivá slova či sousloví) jméno konverzačního partnera nebo partnerky, delší citace jsou již jmény uvozeny.

Mužské angažmá v ženské léčbě

Léčba neplodnosti, kterou podstoupili, nebo v době rozhovoru podstupovali konverzační partnerky a partneři, probíhala většinou podle tohoto scénáře: po určité době marných pokusů o otěhotnění a léčby prostřednictvím gynekologa se pár přesunul na specializované pracoviště. V případě méně závažné diagnózy se standardně volí méně invazivní léčba, jako je inseminace, v případě vážnějších poruch plodnosti u jednoho nebo obou partnerů nebo po neúspěchu inseminace nastupuje léčba prostřednictvím umělého oplodnění (případně s metodou ICSI, kdy je vybraná spermie injekčně vpravena do vajíčka). Umělé oplodnění má zhruba třetinovou úspěšnost, veřejné zdravotní pojištění jej částečně hradí třikrát pro ženy mladší 40 let, většina konverzačních partnerek je opakovala, nebo plánovala opakovat v případě prvního neúspěchu.

Žena obvykle podstupuje řadu vyšetření, včetně vyšetření v narkóze. Několik týdnů před inseminací nebo umělým oplodněním užívá hormonální léky v injekční formě, které způsobují, že v jednom menstruačním cyklu dozraje více než jedno vajíčko. Vajíčka jsou jí operativně odebrána z těla a po oplodnění spermii a několikadenním zrání jsou – už jako embrya – implantována do dělohy.

V průběhu celého tohoto procesu je její tělo pravidelně monitorováno, tak aby mohl být každý krok správně načasován.

Vyšetření muže probíhá obvykle jako jedno z prvních a většinou se omezuje na vyšetření spermatu. Špatný výsledek spermiogramu lze ovlivnit jen omezeně, obvykle je indikací pro umělé oplodnění, v případě závažných diagnóz, jako je azoospermie (v ejakulátu chybí spermie), se spermie získávají chirurgicky z těla muže, nebo je k oplodnění vajíčka použito sperma dárce. Protože sperma se dá úspěšně mrazit, je možné již jednou odebraný vzorek použít i v dalších fázích léčby, někdy je ale nutný nový odběr.

Ženy i muži shodně popisují ženskou roli v rámci celého procesu jako výrazně aktivnější, žena vystupuje jako „režisérka“ léčby, zatímco mužova role je popisována jako pasivní. Ve všech analyzovaných případech to byla žena, která identifikovala moment, kdy si období neúspěšných snah o početí žádá lékařskou intervenci. Také tempo léčby se řídí ženami – ty často zdůrazňují, jak je pro ně vědomí té správné doby k různým léčebným procesům, případně k pauzám mezi nimi, důležité, přestože se jejich názor (nebo pocit) ne vždy shoduje s názorem lékařů nebo partnera. Ženy jsou při léčbě prostředníkem mezi lékaři a partnerem – k lékaři chodí častěji a častěji s ním komunikují, většinou výhradně ony vyhledávají informace nutné k léčbě v odborné literatuře nebo na internetu a ve vhodné chvíli a podobě je předkládají partnerovi. Součástí režisérské role ženy je „hlídání kalendáře“, tedy organizování správného využití dnů vhodných pro početí,⁸ které identifikuje na základě sledování svého těla.

Pozornost, kterou žena věnuje svému tělu, vrcholí ve dvou týdnech po zavedení embrya, kdy není možné stoprocentně vyloučit nebo vyvrátit úspěch zákroku, tedy otěhotnění. Všechny symptomy, které by mohly ukázat na otěhotnění, nebo naopak na nastupující menstruaci, žena neustále sleduje. Toto období popsal všechny konverzační partnerky jako nejvíce stresující na celé léčbě a náročnější než bolestivost některých vyšetření a procedur, podobně jako Hanka.

Těch 14 dní, po tom zavedení, to je hrozný. To čekáte, jestli začnete krvácet nebo nezačnete, na každý píchnutí říkáte, ježiš má to tak bejt, nemá to tak bejt, je to prostě hrozný (...), myslím, že každá ženská, která prochází tím, že musí prodělat to IVF nebo tu inseminaci, tak prostě se možná až moc sleduje. Není to dobře, ale prostě v hlavě to neovlivníte. To je nějak automaticky. Člověk by si chtěl říct jako vypnout a nemyslet na to, ale nejhorší je, že to fakt nejde. (Hanka)

Muži svou účast v léčbě popisují jako roli pasivního pozorovatele, případně toho, kdo ženu podporuje. Uvádí, že stojí „v pozadí“, na léčbu „přistupují“, nebo se jí „přizpůsobují“. Emoce s léčebným procesem nespojují, naopak zdůrazňují racionální postoj k situaci.

⁸ Většinou to byly jen ony, kdo tyto dny znal, a často se snažily plánovanost svého počínání tajit, aby partnera uchránily od pocitů povinnosti. Ten označovaly za neslučitelný s mužským sexuálním výkonem a požitkem.

Na rozdíl od své partnerky, jejíž výpověď i e-mail, který mi po rozhovoru poslala, byly plné emocí a pocitů beznaděje a ztráty chuti do života, Martin popisuje přístup k situaci (který připisuje i partnerce) jako pragmatický. Přirovnává ji k jiným životním problémům, které s partnerkou dříve řešili (studium, práce, bydlení). Michal v kontrastu s emotivní výpovědí své partnerky o zklamání způsobeném neúspěchem umělého oplodnění popisuje stejnou situaci takto:

Byl jsem zvědavý, jestli to dopadne nebo ne, ale podle těch procent, co říkali, že stejně i tak to není žádná velká jistota, tak jsem ani na to nespolehl, neupínal jsem se k tomu, abych potom byl zklamaný. A já ani nevím, jestli jsem nebyl doma s ní, nevím, to už nevím... Nebyl jsem s ní doma, vzpomínám, že ne, že mi potom volala.... Nebo byl.... Fakt nevím. (Michal)

Jako nejtěžší na léčbě je pro muže konfrontace s emocemi partnerky, jak to popsal Jan.

Vadilo mi, že manželka to v některých momentech snáší velice špatně a já s tím nemůžu nic udělat, to teda nic moc pro toho chlapa, když manželka má nějaký problém a já jí s tím nedokážu pomoci, ani kdybych chtěl, jak bych chtěl, ale nedá se to. Jedině taková podpora, nebo spíš to nezhoršovat a počkat, až se to přežene, no. Já osobně jsem asi krizi neměl. (Jan)

Jan svou bezradnost dává do souvislosti s rolí muže v rámci partnerského vztahu, neplodnost definuje jako manželčin problém. Albert říká, že zabývat se příliš emocemi spojenými se situací (ať už svými, nebo partnerčinými) muži nepřísluší, protože má být „tvrďák“. Opakování stále stejných věcí podle něj situaci zhoršuje. Martin přiznal, že zvládat situaci a podporovat partnerku je pro něj snazší díky dobrému výsledku spermioqramu.

Někteří z mužů uvedli, že na rozdíl od partnerky si dovedou představit bezdětný život, který je pro ně přijatelnější než například adopce, kterou prosazuje jejich partnerka. Jedním z nich je Michal, který s adoptí nesouhlasí. Případnou změnu svého názoru do budoucna komentuje slovy, „co bych pro manželku neudělal.“

Výpovědi mužů i žen spojuje důležitost, kterou přikládají vyšetření mužovy plodnosti. Odběr vzorku spermatu a sdělení a přijetí výsledku jeho vyšetření jsou popisovány jako klíčový a citlivý okamžik léčby, kterým muž dává najevo svou spolupráci v léčbě a který ovlivnil nejen následný průběh léčby, ale také emocionální dopady neplodnosti na oba partnery a jejich představy o možném řešení situace.

Ženy mužova ochota vyšetření podstoupit často překvapila a hodnotily ji velmi pozitivně. Vnímaly ji jako součást aktivního postoje k léčbě, kterým muž dokazuje svou motivaci k rodičovství. Oceňovaly také mužovu podporu na emocionální rovině – ochotu o problému mluvit, sdílení a projevování pocitů, včetně

negativních (zklamání, smutek) a optimistický postoj k léčbě. Jako součást partnerovy podpory zmiňovaly také praktickou pomoc – doprovod k lékaři, zvýšenou péči o domácnost během partnerčiny indispozice, ochotu píchat partnerce injekce při stimulaci atd.

Častěji však své protějšky popisovaly jako pasivní a nezapojené do procesu léčby. Tu definovaly jako svou záležitost. Uváděly, že o tom, jak partner situaci zvládá, nevědí, protože o tomto tématu spolu nemluví a partner nedává najevo své emoce. Roli svého partnera, u něž byla diagnostikována vážná porucha plodnosti, v procesu léčby shrnula Lída takto:

On to bral tak, jakože všechno spočívá na mně, teďka to dělám jakoby kvůli němu, když se to tak vezme, ale že to leží na mně a že jak to unesu prostě... Že jako já se s tím musím vypořádat. Že s tím prostě on nic neudělá. Za mnou stojí, ale nemůže mi pomoci. (Lída)

Absenci komunikace v rámci vztahu většinou přijaly jako součást mužské přirozenosti a jako spolehlivější zdroj podpory a sdílení označily své kamarádky, skutečné nebo virtuální z diskusí o neplodnosti, které jedna z konverzačních partnerek označila jako „spolupostižené“. Lada popisuje léčbu jako něco, co prožívá jen ona, přestože je to manžel, u něž byla nalezena porucha plodnosti.

Chlap, nevím, on se tváří, že dobrý, nebo ne dobrý, tak to víš, že ho to mrzí. Ale že by se hroutil, že by hledal články na internetu, to ne. A hlavně mi to zakazoval. Říkal, prosím tě nečti to, to ti nepřidá (...). V době druhého IVF jsem si s těma holkama psala a musím říct, že v té době mně pomohly, že mě podržely. Protože tě dokáže pochopit jenom člověk, který prožívá to samý. (Lada)

V některých případech postoj muže léčbu komplikoval: partner nebyl ochoten podstoupit spermioqram, nebo akceptovat jeho špatný výsledek a spolupracovat při další léčbě, nebo není ochoten vzdát se aktivit, které plodnost zhoršují (kouření, sauna...).

Marta má dítě z předchozího vztahu a absolvovala několik cyklů umělého oplodnění indikovaných špatným spermioqramem manžela, svou a manželovu aktivitu a investici do léčby staví do kontrastu.

Já jsem mu naordinovala spoustu léků, který jsem vyčetla, že jsou dobrý, tak tam narážím, že si je nebere. Tak vždycky říkám, zase sis je nevzal, tady máš krabičku. Někdy mám vztek, říkám si, tak to je dobrý, já se tady nechám mordovat a ty nejsi schopný ani polknout ty prášky s tím, že mu to ale neřeknu. (Marta)

Ženy popisují, že zásadní vliv na mužský postoj k situaci má výsledek spermioqramu. Tento vliv ale definují různě.

Špatný výsledek spermiogramu iniciativu partnera v léčbě někdy blokuje. Muž potřebuje čas na to, se s diagnózou vyrovnat, odmítá ji, nebo ztrácí motivaci k léčbě, která je komplikovaná, neúspěšná, nebo nemůže vést k početí geneticky vlastního potomka. Manželovu reakci na špatný výsledek spermiogramu popsal Kateřina takto:

Byl z toho špatnej a vlastně udělal si nějakou takovou vnitřní obrannou reakci... Nejdřív ty dva tři dny (připouštěl), že by mohla být chyba na jeho straně. A potom po těch třech dnech začal prohlašovat, že to bude imunologický problém, beztak že to bude někde jinde a na tom to zůstalo doteďka vlastně. (Kateřina)

V jiných případech se muž začal v léčbě angažovat právě až po zjištění příčiny neplodnosti na jeho straně.

Dobrá výsledek spermiogramu znamená úlevu pro muže, ale i pro ženy – když konverzační partnerky mluvily o podpoře, které se jim dostává ze strany partnera, dodávaly, že situace by asi vypadala jinak, kdyby byla příčina neplodnosti odhalena na straně muže. Jsou také rády, že řešení situace záleží víceméně na jejich iniciativě, mají obavu, že partner by toho pro početí dítěte nebyl ochoten udělat tolik.

Mužskou citlivost ve vztahu k vyšetření spermatu a k jeho výsledku dávají ženy do souvislosti s mužskou ješitností, vztahovanou k plodnosti. Kateřina manželovu reakci na špatný výsledek spermiogramu spojovala se zažitou představou, že problém bývá v případě potíží s otěhotněním na straně ženy, částečně ji také přikládá mužské povaze:

Druhá věc je ta, že jsou prostě pyšní na ty svoje věcičky a že to bere jako selhání a i svým způsobem jako mindrák, že by mohl být znevýhodněný a abych o něm nepochybovala a takovýhle. A že začíná pochybovat sám o sobě. (Kateřina)

Ženy vysvětlují postoj partnera jeho diagnózou, a také odlišnou motivací k rodičovství, kterou spojují s mužskou přirozeností: uvádějí, že partner nepociťuje takovou touhu po dítěti jako ony a snadněji by se smířil s bezdětností. Odkazují často na skutečnost, že věk pro muže ve vztahu k rodičovství nehraje tak limitující roli, jako je tomu v případě žen.

V procesu léčby výzkum identifikoval asymetrickou dělbu rolí mezi partnery, která nevyplývá jen z větší spjatosti ženského těla s reprodukcí (a s léčbou ne-reprodukce). Tíha léčby spočívá téměř výhradně na ženě a muž je tím, od koho se očekává podpora. Ženy se projevovaly jako aktivnější ve všech fázích léčby, muži zaujíмали v procesu léčby většinou roli pasivní, v některých případech svým postojem léčbu komplikovali.

Zatímco ženy popisovaly svou zkušenost jako vysoce emocionální a psychologicky vyčerpávající, muži zdůrazňovali racionální postoj k situaci. Ženské

angažování se v léčbě a aktivity směřující k početí jsou bez ohledu na diagnózu ženy přijímány jako samozřejmé, vyšetření muže je naproti tomu vnímáno jako výjimečná a delikátní záležitost. Jeho výsledek je, spolu s mužovou touhou po dítěti, definován jako určující pro budoucí mužovo zapojení se do léčby.

S vědomím těchto skutečností žena v léčbě zaujímá nejen výrazně aktivní, ale také ve vztahu ke svému partnerovi ochranný postoj – snaží se jej chránit před zahlcením informacemi, které pro něj vyhledává, filtruje a které mu předkládá, stejně jako před častými připomínkami situace a před jakýmkoli nepohodlím, které by mu léčba mohla způsobit. Její snaha muže netraumatizovat a nezatěžovat vlastními emocemi je intenzivnější v případě, že je neplodnost diagnostikována na straně muže, a často předjímá nutnost zajistit si jeho spolupráci v klíčový moment léčby, která není vždy jistá a bezproblémová.

Mnohem větší aktivitu žen v rámci léčby neplodnosti konstatovala řada jiných výzkumů neplodnosti [např. Inhorn, van Balen (eds.) 2002; Abbey, Andrews, Hallman 1991; Greil 1991; Webb, Daniluk 1999]. Pro tento závěr se nabízí různá vysvětlení.

Ženské tělo, zejména jeho reprodukční části a procesy (menstruace, těhotenství a porod, menopauza), je od puberty podrobováno rutinní a pravidelné medicalizaci [Meerabeau 1991; Lane, Cibula 2000]. Větší iniciativa žen v rámci léčby neplodnosti je tedy důsledkem skutečnosti, že ženy jsou na rozdíl od mužů v úzkém kontaktu s informacemi o svých reprodukčních schopnostech a jsou zvyklé na odhalování intimních částí svého těla, stejně jako na komunikaci o svém intimním životě a o tělesných pochodech s lékaři.⁹ Podle Meerabeau [1991] je větší ženina aktivita v případě neplodnosti logickým důsledkem její obecně větší aktivity a zodpovědnosti, co se týče lékařských prohlídek a zdraví celé rodiny.

Zároveň si jsou ženy – coby výhradní adresátky lékařských i medializovaných upozornění na věkové limity reprodukčních schopností svého těla [Zamykalová 2006] – vědomy přibývajícího věku, který jejich reprodukční strategie výrazně ovlivňuje [Bartošová, Slepíčková 2008]. Ženy se ve výzkumech rodičovství jeví také jako motivovanější k rodičovství, které je pro ně významnější součástí jejich identity, než je tomu u mužů [Ireland 1993; Meyers 2001; Letherby, Williams 1999; Maher, Saugeres 2007].

Citlivost připisována mužskému vyšetření plodnosti může souviset s tím, že zahrnuje masturbaci, která je považována za tabuizované téma [Miall 1994]. Mužské poruchy plodnosti navíc téměř nelze léčit, výsledek vyšetření se tak pro muže stává obtížně zvrátitelným verdiktem.

Ženina větší aktivita v rámci řešení problémů s početím je tedy do určité míry předem strukturovaná v rámci biologických daností, logiky léčby neplodnosti,

⁹ Mnohé konverzační partnerky popisují své partnery jako stresované komunikací s jakýmkoli institucí, zejména lékařskými, jako mající strach „z jehel“, nebo trauma z vyšetřování (zejména intimních) částí svého těla.

tak jak je realizována v rámci našeho lékařského systému, i v procesu socializace k ženské roli. Muži se naopak v průběhu léčby neplodnosti nabízejí jen úlohy, které vnímá jako neadekvátní ve vztahu k vlastní roli a k tradičním představám o mužnosti: role pasivního pozorovatele, dárce spermatu a neplodného (tudíž ne-mužného) v případě špatné diagnózy, nebo podporovatele ženy bez možnosti situaci aktivně ovlivnit a chránit ji před stresem. Jeho pasivita může být důsledkem jeho rezignace na výkon tak omezeného spektra rolí, které mu situace nabízí. Přijetím a definováním vlastní role jako pasivní muži definují rodičovství jako sféru vyhrazenou ženám. Příklon ke stereotypně maskulinnímu chování (důraz na kontrolu, realistický přístup a odmítání emocionality), který byl popisován muži i jejich partnerkami jako reakce na neplodnost a pozorován i jako součást sebe prezentace mužů při výzkumných rozhovorech, je v sociologické literatuře interpretován jako reakce na situace, které jsou pro mužskou genderovou roli ohrožující [Throsby, Gill 2004; Abbey, Andrews, Hallman 1991; Greil 1991; Thompson 2005; Schwalbe, Wolkomir 2002]. Neplodnost představuje, díky bezmocnosti, kterou navozuje, zásadní krizi mužské identity [Thompson 2005]. V případě, že je diagnostikována na mužské straně, se k bezmoci přidává narušení jednoho z hlavních předpokladů mužnosti, kterým je potence a plodnost [Meerebeau 1991; Miall 1994; Whiteford, Gonzalez 1995; Ragoné, Willis 2000; Hargreaves 2006].

Vliv neplodnosti na partnerský vztah

Povaha léčby si žádá od partnerů učinit řadu rozhodnutí – umožňuje do značné míry volit, jaké zákroky a kolikrát chce pár podstoupit, kolik času a peněz hodlá do léčby investovat. Všechny tyto skutečnosti jsou předmětem partnerského vyjednávání a také potenciálním zdrojem konfliktů. Negativní dopad na atmosféru partnerského vztahu má také konverzačními partnery a partnerkami popisovaná ztráta sexuální bezprostřednosti, způsobená dlouhodobou snahou využívat plodných dnů ženy k početí.

Zpětně popisuje dopad neplodnosti na partnerský vztah většina konverzačních partnerek a partnerů jako stmelující a posilující, uvádějí, že si partnera/partnerky váží za přístup k situaci a že tento problém jejich vztah prověřil. Zároveň ale zmiňují překonané nepříjemné období hádek, dusna a konfliktů. Překonat krizi související s neplodností pro ně znamenalo naučit se s partnerem lépe komunikovat a chápat jej a vědomě budovat vztah, včetně vztahu intimního, ve snaze neomezit jej jen na usilování o početí dítěte.

Přechodné krize ve vztahu konverzační partnerky, jako například Ivana, připisují pocitu, že partner se v léčbě neangažuje. Ivana srovnává situaci před početím prvního dítěte se současnou situací, kdy se snaží otěhotnět podruhé.

Myslím si, že pak už v tom vztahu bylo víc napětí (...). Přišlo mi to takový únavný, člověk má pořád tendenci se k tomu tématu vracet, míň radosti je v tom vztahu. Teď, když se snažíme o druhý dítě, tak je to o hodně lepší. Že i ten manžel se víc

zapojuje. Že už nemám pocit, že jsem to já, kdo to dítě chce a kdo ho do toho tlačí. Jako ne že by to dítě nechtěl, on ho chtěl, ale vlastně nebyl třeba ochoten tolik pro to udělat. (Ivana)

Vendula se cítí být ve svém usilování osamocena, partnerův nezájem připisuje jeho věku. V konfliktní situaci jí partner nešetrně připomněl její diagnózu.

Je mi to líto, že on prostě nebere ohledy (...) Takový jako nepochopení. Že to se mnou jakoby moc nesdílí, že... On mi třeba řekl, když jsme se pohádali, že to je moje nemoc, tak ať si s tím poradím sama. To mě jako docela mrzelo a mrzí dodneška, že je necitlivej, no. Manžel je mladej, takže... (Vendula)

Konfliktním tématem jsou hlavně rozdílné představy o způsobech řešení situace. Zatímco čas zahájení léčby i její tempo, jak ukázala předchozí kapitola, se řídí většinou preferencemi ženy, je to muž, kdo v diskusích o jednotlivých zákrocích a adopci vyslovuje právo veta. Spory generuje zejména dárcovství spermií nebo adopce v případech, že jim muži nejsou nakloněni tolik jako jejich partnerky (s opačným případem jsem se v rámci svého výzkumu nesetkala). Problematické období partnerského vztahu popsala Jana:

U nás nastal půlrok, třičtvrtě roku domácího boje, kdy jsme se hádali, protože se nemohl smířit s tou adopcí, s tím finále, s tím konečným. Já jsem říkala, já bez dětí nechci být. Samozřejmě adopci necháváme až na konec, ale chci to dítě. A tehdy jsem mu řekla, tak buďto do toho se mnou půjdeš, nebo spolu nemusíme být, protože o tom život není, aby pak lidi žili vedle sebe bez dětí. (Jana)

Ženy, podobně jako Jana, často spojují adopci s jistotou, že se dočkají dítěte i v případě, že léčba selže. Obvykle o ni chtějí požádat ještě během léčby. Jejich partneři diskusi o adopci odsouvají na období po případném neúspěšném absolvování několika pokusů o umělé oplodnění, nebo rovnou dávají najevo své odmítavé stanovisko.

Že je adopce sporným a mezi partnery obtížně nebo málo diskutovaným tématem, je zřejmé také z porovnání výpovědí partnerů. Zatímco Jiřina o adopci mluví jako o jedné z variant řešení neplodnosti, se kterou s manželem počítají, její muž říká, že s adopcí nesouhlasí a dá před ní přednost životu bez dětí. Podobné rozpory jsou patrné ve společné výpovědi Alberta a Karolíny. Karolína nejprve mluví o adopci s nadšením (po prvním neúspěšném pokusu IVF dokonce byla na úřadě pro potřebné formuláře), po nesouhlasných reakcích partnera svůj jednoznačný postoj zmírňuje a zdůrazňuje problematičnost celého procesu. Tato situace se během rozhovoru několikrát opakuje.

Albert: My teďka máme ty psy, takže když nebudou děti, tak budou psi. Budeme mít pět psů a bude.

Otázka: Tak to vidíte...?

Albert: I tak se to dá brát. ... Tak to je ještě předčasný takový věci, já to neřeším dopředu.

Karolína: Ne, je to obrovský, obrovský jako... S tou adopcí jako...

Albert: Karolína to začala řešit moc brzy, tu adopci, bych řekl, na mě.

Karolína: No protože já jsem měla jít na tu operaci a potřebovala jsem se jakoby od něčeho odrazit. Buďto to prostě vyjde nebo ne, tak člověk potřebuje nějakou únikovou cestu. Takže jsem si jakoby tím pomohla, hodně mi to pomohlo.

Albert: Tak já jsem jí to nebral, já jsem ji nechal v tom, že jakože jo, že se to stejně časem

Karolína: Jo, stejně jsme si museli vyřešit byt a časem třeba už i si sami přicházíme na nějaký věci, že... Jasný, mít toho svého.

Přijatelnější variantou než adopce je pro některé z konverzačních partnerek a partnerů umělé oplodnění s využitím dárcovských buněk – vajíčka, spermie nebo embryí. Jeho hlavní výhodou je zážitek těhotenství a porodu a také to, že chybějící, nebo jen částečná biologická vazba mezi rodiči a dětmi není pro okolí viditelná. Jako další podstatný faktor pro upřednostnění umělé oplodnění s využitím dárcovských buněk, včetně embrya, uváděli konverzační partneři a partnerky předpoklad lepší genetické výbavy budoucího potomka. V případech, že by se bylo nutné rozhodnout, zda použít dárcovské spermie nebo vajíčka, většina konverzačních partnerů a partnerek upřednostňuje druhou variantu s odkazem na to, že biologický podíl na reprodukci by tak byl zachován pro oba partnery – pro ženu díky těhotenství a porodu a pro muže díky použití jeho vlastních buněk. Některé konverzační partnerky uvádějí, že léčba užívající darovaných spermií je pro ně nepřijatelná, protože partnera si vybraly také jako vhodného biologického otce svých potomků. Martin popsal, jak jeho názor na použití dárcovských buněk ovlivnila dlouhodobá neúspěšná léčba.

Kdyby ses mě třeba zeptala před několika lety, tak by ten názor byl asi jiný než dneska. Ale člověka ovlivňují ty okolnosti, a naším cílem je mít nějakého potomka, asi ne za každou cenu, ale jsme ochotni pro to udělat hodně. Byl bych ochoten to přijmout, nebo se s tím nějak vyrovnat. (Martin)

Několik konverzačních partnerek v době výzkumného rozhovoru nebo v určité fázi léčby zvažovalo rozchod nebo rozvod s mužem, který nesouhlasí s adopcí nebo s jiným řešením neplodnosti. Uskutečněný rozvod s manželem, otcem tří dětí z předchozího manželství, připisuje Romana právě manželem neopětované touze po dítěti, kvůli které podstoupila řadu pokusů o umělé oplodnění. Před jejich zahájením přitom dlouho čekala na dobu, kdy manžel s dítětem bude souhlasit. Pro Vendulu je početí potomka natolik důležité, že zůstává v problematickém vztahu s partnerem, který ji v její snaze nepodporuje – jako rozvedená by neměla nárok na léčbu darovanými vajíčky, která jsou pro ni jedinou šancí na otěhotnění.

Řada konverzačních partnerů a partnerek naopak upřednostňuje svůj vztah před případným rodičovstvím a uvádí, že si dovedou představit i život se svým partnerem bez dětí. Svůj partnerský vztah popisují jako harmonický, rodičovství v rámci svého partnerství vnímají jako „třešinku na dortu“ a zdůrazňují pozitivní dopady neplodnosti na utužení svého vztahu a na nalezení jeho smyslu i mimo rodičovství.

Ukázali jsme, že neplodnost vnáší do partnerského vztahu napětí a konfliktní témata, která mohou vyústit v jeho ohrožení nebo rozpad, ale také vztah posílit a stmelit. Konverzační partnerky jde rozdělit podle hierarchizace partnerství a rodičovství na dvě skupiny. První z nich je koncentrovaná na dítě a připouští případný rozchod v případě neshody ohledně řešení neplodnosti (v jednom případě je taková orientace naopak vyjádřena setrváním v problematickém vztahu, který je formálním umožněním rodičovství), druhá je koncentrovaná na vztah a připouští bezdětný život v rámci stávajícího partnerství. Představa o takovém životě zahrnovala seberealizaci skrze práci, koníčky nebo jiné, předpokládané aktivity (charitativní práce, věnování se dětem příbuzných), částečně praktikované už v době výzkumného rozhovoru.

Nízká angažovanost mužů v léčbě spojená s jejich menší touhou po dítěti je vnímána jako přirozeně vyplývající z mužské přirozenosti, jak ukázala předchozí kapitola. Pro partnerský vztah vyrovnávající se s neplodností však představuje zdroj konfliktů. Podobně sporným tématem je mužské odmítání adopce, kterou ženy definují jako důležitou pojistku pro případ, že by léčba neplodnosti selhala.

Nižší neochota mužů k adopci nebo k léčbě neplodnosti v případě, že jim nemůže přinést biologicky vlastního potomka, je obvykle vysvětlována větší fixovaností mužů na biologické rodičovství [Ragoné, Willis 2000; Hargreaves, Daniels 2007] a také tím, že pro identitu ženy je mateřství významnější, než je tomu v případě otcovství u mužů. Interpretace výše zmíněných neshod mezi partnery však nemůže pominout časový rámec, v němž se rozhodování o řešení neplodnosti a vyjednávání mezi partnery odehrává. Ženy jsou prvními, kdo problémy s neplodností identifikuje, stejně tak se dříve než jejich partneři dozvědí, zda konkrétní zákroky vedly nebo nevedly k těhotenství. Zároveň se jim pro realizaci rodičovství nabízí jen určitý časový prostor, který je limitován aktuální praxí a regulací asistované reprodukce (částečně hrazený pokus o umělé oplodnění je dostupný jen třikrát za život ženy mladší 40 let), kulturně definovanými standardy „správného věku“ k mateřství, které se odráží i v adopční praxi (žadatelé starší 35 let mají malou naději na adopci malého dítěte), i individuálními představami a fyzickou a psychickou kondicí. Jejich rozhodování může ovlivnit určitý časový náskok s vyrovnáváním se s bezdětností, a také tlak času, který na muže tolik nepůsobí. Ženy si uvědomují, že pokud nechtějí zůstat bezdětnými, musí se rozhodovat rychle.

V kontrastu se zdůrazňováním rizikovosti a podřadnosti adoptivního rodičovství ve veřejném diskurzu [Miall 1989; Edgar 2000; Batsedis 2003; Zamykalová, Hašková 2006] ženy v kontextu bezprostřední zkušenosti s vyčerpávající léčbou s nejistým výsledkem definují adopci jako jistou a spolehlivou cestu k rodičov-

ství. Muži naopak zdůrazňují rizikovost procesu adopce a rozhodování o ní se vyhýbají, nebo jej odsouvají. To může souviset i s tím, že pro vyrovnání se s diagnózou nebo případnou rezignací na biologické rodičovství potřebují více času než ženy. Potvrzuje to i výzkum Mason [1993], její neplodní konverzační partneři zdůrazňovali potřebu delšího času na to, vyrovnat se s diagnózou a rozhodnout o dalším postupu a zejména o tom, zda je pro ně důležitější rodičovství biologické nebo sociální.

Neplodnost jako neuskutečněná tranzice

Významnou událostí v rámci životní dráhy je v západní společnosti přechod k rodičovství, které je spojováno s dospělou identitou – zejména s identitou ženy [Ireland 1993; Meyers 2001; Letherby, Williams 1999; Maher, Saugeres 2007]. Konfrontace s neplodností uvozuje specifický typ tranzice, označovaný jako „non-event transition“ [Webb, Daniluk 1999], nebo tranzice k nerodičovství [Matthews, Matthews 1986] – anticipovaný jev při ní nenastává, přesto znamená velkou změnu pro každodenní život i sociální identitu.

Z výpovědi participantů našeho výzkumu je zřejmé, že pro ženy znamená neplodnost radikální změnu životního stylu – častěji než muži popisují každodenní připomínky situace, způsoby, jakými zasáhla jejich identitu a narušila dosavadní styl života a vztahy s ostatními. O svých partnerech předpokládají, že je situace zasahuje jen někdy nebo vůbec, muži sami ji popisují jako jeden z mnoha životních problémů, který je řešitelný – ať už léčbou, nebo rezignací na rodičovství.

Dopady neplodnosti na každodenní život ženy jsou částečně zakotveny v její účasti na léčbě. Vědomí fyzického, časového a finančního vkladu do procesu vede ke snaze maximalizovat šance na úspěch, omezit všechno, co by mu mohlo bránit, a vyzkoušet naopak to, co by mohlo pravděpodobnost otěhotnění zvýšit. Neplodnost zasahuje do každodenního života žen. Kromě pravidelných návštěv gynekologa nebo center asistované reprodukce a podstupování vyšetřovacích a léčebných zákroků klasické medicíny řada z nich hledá pomoc u alternativní medicíny a praktikuje akupunkturu, homeopatii, reiki, su-jok. Za přínosné se považuje také pravidelné speciální cvičení nebo lázeňská léčba. Ženy se vyhýbají těhotenství ohrožujícím potravinám a aktivitám, přestávají kouřit a pít alkohol a kávu, hubnou a omezují své sportovní nebo cestovatelské aktivity. Bez ohledu na svou diagnózu mají pocit, že je toho hodně, co mohou pro zvýšení šancí udělat, nebo spíše co musí zkusit.

Kromě léčby je pro ženy omezující i neustále očekávané otěhotnění (těhotenství by navíc bylo s vysokou pravděpodobností zařazeno mezi riziková), které brání cokoli plánovat, ať už v oblasti pracovních, nebo soukromých aktivit. Prodlužovaná bezdětnost a dlouhodobá léčba s nejistými výsledky vede často ke ztrátě pracovní motivace, životní energie a vyrovnanosti.

Neplodnost jako nemoc sice může zůstat okolí skryta, její důsledek – bezdětnost – je ale dobře viditelný a potenciálně komplikující pro řadu dalších vztahů, především pro vztahy s nejbližší rodinou a vrstevníky. Kontakt s přáteli se v důsledku prodlužované bezdětnosti stává obtížný, ať už z důvodů praktických (obtížné sladování aktivit rodičů a ne-rodičů), nebo emocionálních. Styk s rodinami je, zvláště v určitých obdobích léčby, vnímán muži i ženami jako nepříjemné připomínání vlastní situace, některé ženy mluvily o izolaci a vyloučení z kolektivu svých přátel.

Otázky na rodinné plány jsou samozřejmou součástí konverzace v rámci rodiny, přátelských i pracovních vztahů. Na ženu směřují mnohem častěji než na jejího partnera. Je třeba volit, komu a jak o situaci říci a co je přijatelnější – zdá být považováni za dobrovolně bezdětné a nechat si připomínat důležitost rodiny v životě člověka či přibývajícím věku, nebo říci pravdu a stát se terčem nevyžádaných rad, soucitu a otázek, „jak jste na tom“. Jako i v jiných aspektech situace žena zaujímá v rámci komunikace s okolím ochranný postoj a respektuje případné přání muže jeho diagnózu tajit, přestože to pro ni znamená řadu nepříjemností. Neznamená to však, že v komunikaci mezi muži témata rodičovství chybí.

Mužská ochota mluvit otevřeně o léčbě neplodnosti s okolím je limitována jeho diagnózou. Vanessa popsala, jak její manžel „pookřál“, když se dozvěděl o dobrém výsledku spermioqramu. Předtím pro něj bylo toto téma před okolím tabu, byl ze situace nervózní a kladl si ji za vinu. Ti konverzační partneři, kteří netrpěli poruchou plodnosti, zdůrazňovali, že jim nedělá problém mluvit o léčbě s ostatními. Často se ale setkávají s netaktními reakcemi: Michal uvedl, že známí mu radí, aby problém s neplodností vyřešil tím, že „půjčí manželku sousedovi“, Vanessa i Jitka popisují, jak je pro jejich muže těžké, když se jejich kolegové chlubí svými potomky nebo vnoučaty, nebo když debaty o dětech začínají při pravidelných posezeních po práci převládat nad ostatními. Vanessin manžel byl konfrontován s poznámkou kolegy, který ostatním ukazoval fotky svých vnoučat, „ať si vezme muštr a začne taky něco dělat.“

Pokud je příčina neplodnosti na mužské straně prokázána, muž si často nepřeje, aby okolí o ní, nebo o léčbě obecně, vědělo. Toto přání ženy respektují („Chceme, ale nejde to,“ říká například okolí Pavla). Utajování léčby někdy vede k situaci, kdy je žena vystavena nepříjemným otázkám ze strany rodiny, jak to popsala Kateřina:

A vy už jste tak dlouho po svatbě a vy nechcete dítě a dyť už máte, kde bydlet, a kdy si nějaký dítě pořídíte a... A nejlepší bylo, když už jsme věděli, na čem jsme, a teď ty otázky a já už jsem byla z toho nervózní, já jsem vždycky říkala, tak už to řeknem prosím tě, vždyť na tom nic není... Spíš aby mě těma řečma už nikdo neotravoval. (Kateřina)

Podobně přesvědčovala svého manžela i Lída, když už nechtěla dále tajit léčbu neplodnosti před tchyní.

Lída: Ale když mě tchýně začala posílat k doktorům, tak jsem byla naštvaná. (...) Vytáčelo mě to, protože ona to brala tak, jakože za to můžu já. Nepřipustila si, že její dítě by mohlo mít problém.

Otázka: A nepřemlouvala jste manžela, aby to řekl?

Lída: Já jsem řekla, jestli to nechce říct, on trval na tom, že ne, že to říct nechce.

Žena musí na rozdíl od partnera také vysvětlovat své časté absence v práci kolegům a nadřízeným. Neplodnost má dopad i na kariéru – permanentní anticipace těhotenství nebo dlouhé léčby brání zapojit se do dlouhodobých pracovních projektů nebo uvažovat o změně práce. Investování energie do snahy otěhotnět vede také ke ztrátě pracovní motivace obecně. Mnoho žen od určitého věku navíc zaměstnání volí s ohledem na své budoucí mateřství – snaží se, aby byla blízko školky, aby v práci nebyly vyžadovány přesčasy, případně aby získaly pracovní smlouvu co nejvýhodnější s ohledem na výplatu rodičovského příspěvku a možný návrat na stejnou pozici po rodičovské dovolené. Všechny tyto snahy zpětně vnímají vzhledem ke svému prodlužujícímu se bezdětnému stavu jako zbytečné a ztrátové. Pro Mirku bylo naopak dlouhodobé usilování o početí příležitostí opustit zaměstnání a založit vlastní firmu. Tuto svou pracovní emancipaci považovala za hlavní přínos situace.

Blanka popisuje ztrátu energie a motivace v důsledku neplodnosti jako všeobecnou.

Všechno, co tě do té doby bavilo a mohlo by tě v takovém případě držet nad vodou, tak najednou ztratíš veškeré kouzlo a nic tě nebaví. Třeba věci, o kterých sis vždycky myslela, že bude těžké se jich na nějakou dobu zříct (cestování, sport, kino, jít si číst někde do lesa), tak tě najednou nebaví, v hlavě jsi upnutá jenom na to mít dítě, práce tě přestane bavit (...) Pak zjistíš, že nadále chodíš do práce, na volejbal, na aerobic, plánuješ si dovolenou, ale veškerá radost z toho je pryč. (z e-mailové komunikace) (Blanka)

Pro Vendulu, zejména díky její diagnóze, která jí dává šanci na početí jediné při použití darovaného vajíčka, a také kvůli problematickému partnerskému vztahu znamená neplodnost ztrátu životních jistot a permanentní stres.

(Vzalo mi to) takovej ten klid, takovou tu vnitřní jistotu, protože si říkám, co když se to nepovede, co pak budu dělat, co pak prodám, nebo kde vezmu peníze na další pokusy. Žiju ve stresu. A co když mě opustí chlap, kde pak seženu nějakého, s kým prostě by to jako... Protože se seznámíte s chlapem někde na ulici, tak to na něj první den nevybafnete, on si vás za týden nevezme a za čtrnáct dní do toho nejde. (Vendula)

Analýza ukázala, že pro ženy se stává neplodnost životním stylem [Greil 1991], neboť ovlivňuje každodenní život a vztahy s ostatními. Vyplývá to částeč-

ně z povahy léčby – ta je zaměřena na ženu – a množství terapeutických metod, dostupných pro léčbu různých gynekologických příčin neplodnosti je mnohem větší, než je tomu v případě neplodnosti dané mužským faktorem. Na rozdíl od mužů je toho hodně, co ženy pro zvýšení šancí na početí bez ohledu na skutečnou diagnózu mohou udělat, nebo spíš musí zkusit [Greil 1991; Whiteford, Gonzales 1995; Letherby 2002b; Thompson 2005]. Přímá zkušenost s léčbou a vědomí všech limitů s ní spojených (pojišťovnou částečně hrazený pokus o umělé oplodnění může žena absolvovat jen třikrát v životě), včetně věkového limitu vlastních reprodukčních schopností, pak akceleruje odhodlání vyzkoušet všechno, co by mohlo zvýšit šance na úspěch, a vyloučit to, co by jej mohlo ohrozit.

Žena musí častěji o neplodnosti komunikovat s ostatními. V zaměstnání je třeba vysvětlovat absence vyplývající z častých návštěv lékařů. Pronatalistický tlak společnosti, zprostředkovávaný médii, ale i příbuzenské a přátelské dotazování se na rodinné plány míří převážně na ženy [Monach 1993; Zamykalová 2006]. Reprodukce je považována za ženské téma, stejně jako nereprodukce. Stále řada lidí předpokládá, že příčina neplodnosti je nejčastěji na straně ženy [Miall 1994; Throsby, Gill 1994]. Viditelnost neplodnosti je v případě žen mnohem vyšší než v případě mužů, status neplodné ženy je popisován jako zastiňující všechny ostatní [Letherby 2002a].

Muž má naproti tomu v otázce, zda o neplodnosti mluvit nebo ne, větší možnost volby. Léčba neplodnosti se netýká jeho těla, neovlivňuje tedy tolik jeho život, ani účast v pracovním procesu. Nelze však jednoznačně říci, že téma rodičovství hraje v komunikaci mužů podstatně menší roli, než v komunikaci žen [Abbey, Andrews, Hallman 1991]. Mužská komunikace o neplodnosti však odráží maskulinní kulturu: jen málokdy se týká pocitů a bývá poznamenána mužským soupeřením. Výzkumnice Throsby a Gill [1994] označují výpovědi o drsných komentářích mužských přátel a kolegů ohledně neplodnosti za jeden z nejvíce šokujících zážitků z vlastního výzkumu neplodných mužů.

Tyto reakce okolí a strach zesměšňování a poznámek o ztrátě mužnosti [Mason 1993; Miall 1994; Throsby, Gill 1994; Whiteford, Gonzalez 1995; Hargreaves 2006] mohou být jedním z důvodů, proč muži neplodnosti (zejména je-li její příčina nalezena na jejich straně), komunikovat odmítají. Ženy v takovém případě často přebírají zodpovědnost za situaci na sebe a jsou ochotny prezentovat samy sebe jako neplodné, přestože tím, kdo má fyzický problém s neplodností, je jejich partner. Tento způsob jednání typický pro partnerky neplodných mužů označila Miall [1994] jako ohleduplné („courtesy“) stigma.

Z výpovědí žen je zřejmé, že vliv neplodnosti a antcipovaného těhotenství na jejich pracovní kariéru je dán také předpokladem, že žena bude primární pečovatelkou o dítě a že této skutečnosti přizpůsobí své pracovní závazky. Toto očekávání je součástí tradičního schématu dělby rolí v České republice [Čermáková 2000 et al.; Křížková 2002; Zamykalová, Hašková 2006] a přetrvává i tehdy, když ekonomický přínos práce ženy je vyšší než přínos práce jejího partnera [Čermáková et al. 2000]. Očekávaná a kýžená životní změna, ke které dlouho-

době nedochází, má za následek také ztrátu pracovní motivace, stejně jako ztrátu motivace k dříve praktikovaným způsobům trávení volného času. Ukazuje to na nevratný nástup životní fáze, jejíž přirozené naplnění vidí ženy v usazení se a založení rodiny. Podobně jako u žen, které mateřství nemohou realizovat v důsledku absence partnera, prodlužování období seberealizace a životního stylu typického pro předchozí životní fáze (cestování, pěstování přátelských vztahů atd.) už nepřináší uspokojení a může se stávat naopak frustrujícím [Bartošová, Slepíčková 2008].

Závěr

V době, kdy teoretikové partnerských vztahů zdůrazňují intimitu, sdílení, otevření se jeden druhému a budování společného univerza jako jejich klíčový princip [Giddens 1992; de Singly 2001 citován in Dudová, Vohlídalová 2005], je překvapivé, jak málo toho o sobě partneri vědí a jak málo komunikují o problému, který je ze své podstaty problémem společným.¹⁰ S ohledem na výše popsané způsoby komunikace u neplodných párů je možné přiklonit se k názoru Jamieson, která ukázala, že čistý vztah je těžko slučitelný s odlišnou genderovou socializací a s genderovou nerovností [Jamieson 1998]. Spíše než pouto definované Giddensem je pro intimní vztahy pozdní modernity typická vzájemně vyjednávaná pomoc a podpora [Jamieson 1998]. Podobně Greil [1991] upozorňuje, že idea komunikativního manželství, která zdůrazňuje blízkost jako sdílení intimních emocí, je v rozporu s odlišnou socializací a potřebou intimity mužů a žen. Snaze rozšířit styl lásky jako sdílení nejněvnitějších pocitů, který označuje za ženský, na oba partnery přičítá napětí ve vztazích, poznamenaných neplodností.

Výzkum identifikoval dva prvky, které oddělují mužskou zkušenost s neplodností a mají vliv na to, jak spolu muži i ženy v situaci neplodnosti komunikují, vyjednávají spolu a rozhodují se. Jedná se odlišně definovaný časový/věkový rámec reprodukce a fyzickou zkušenost s plodností, neplodností a její léčbou.

Vědomí časových a věkových limitů reprodukce je pro ženskou zkušenost s neplodností, pro její aktivitu a rozhodování určující. Ženy, které prodělávají léčbu neplodnosti, jsou v permanentním kontaktu s omezeností vlastních reprodukčních možností, jejich věk je „tlačí“, jak samy popisují: skrze lékařská doporučení a statistiky, vyjadřující závislost úspěšnosti léčby na věku, skrze věkový

¹⁰ De Singly [2001, citován in Dudová, Vohlídalová 2005] definuje partnerské vztahy pozdní modernity skrze autenticitu, svobodu, ochranu před existencionální nejistotou a potvrzení sebe sama a vlastní identity prostřednictvím druhého. Také konstruktivistický pohled Bergera a Kellnera [Berger, Kellner 1974] zdůrazňuje manželskou interakci jako základ vytváření společného světa a redefinici reality v realitu společnou. Manželství je podle nich ve společnosti, která důsledně odděluje neprůhlednou a anonymní veřejnou sféru od důvěrně známé sféry privátní, klíčovým nástrojem utváření sociální reality.

limit pro úhradu asistované reprodukce zdravotními pojišťovnami, skrze vlastní vnímání své fyzické a psychické kondice ve vztahu k budoucímu mateřství a také věkové normy správného mateřství. Tento čas pro ně rychle letí, naproti tomu čas léčby, vymezený cyklicky se opakujícími krátkými intervaly (čtyři týdny mezi menstruacemi, dva týdny mezi transferem embrya a možností provést těhotenský test, tři menstruační cykly jako doporučená pauza mezi jednotlivými neúspěšnými pokusy o umělé oplodnění), popisují jako nekonečně dlouhý, protože ještě více zkracuje omezený časový prostor, který se jim pro možnost usilovat o mateřství nabízí. Toto časově zakotvené prožívání vlastní plodnosti a léčby neplodnosti nemá paralelu v případě mužů – pro ně oficiální věkové limity v rámci léčby neexistují, o snižování jejich plodnosti s věkem se tolik nehovoří,¹¹ jediný věkový limit, který se na ně teoreticky vztahuje, je předpoklad, že rodič by měl své dítě vychovávat do dospělosti.

Dalším faktorem, který strukturuje rozhodování mužů a žen o řešení neplodnosti a který odděluje ženskou zkušenost s neplodností od mužské, je bezprostřednost tělesné zkušenosti. Ženino tělo se léčby neplodnosti vždy přímo účastní. I v případě, že porucha neplodnosti je nalezena jen na straně partnera, je ženino tělo i nadále zkoumáno s cílem zjistit jeho způsobilost pro provedení umělého oplodnění. Ženino tělo je také nositelem příznaků úspěšnosti léčby (těhotenství), nebo jejího neúspěchu (menstruace). Diagnostika i léčba neplodnosti je pro ženino tělo invazivní, vyšetřovací nástroje, injekce používané pro hormonální stimulaci, stejně jako pipeta, do níž je nasáto embryo při embryotransferu, do něj přímo vstupují a zásadně jej ovlivňují. Mužova fyzická přítomnost v rámci léčby je zprostředkována skrze biologický materiál, který se diagnostiky a léčby účastní až poté, co mužovo tělo opustí. Pár může být léčen pro neplodnost, aniž by byl muž vyšetřen jinak než prostřednictvím svého „vzorku“, dokonce aniž by kliniku navštívil.¹²

Tato spjatost ženy s početím a otěhotněním na fyzické rovině, zdůrazňovaná v procesu léčby neplodnosti, je dále posilována v rámci sociálně strukturovaných představ o mateřské roli, které v České republice definují matku jako primární pečovatelku o dítě, zejména v prvních letech jeho života. Zatímco neuskutečněná tranzice v případě neplodnosti se u mužů týká jen tranzice k rodičovství, v případě ženy zahrnuje také proměnu fyzickou a sociální, spojenou s jejím dočasnou absencí ve veřejné sféře.

¹¹ Snižování mužské plodnosti a zvyšování genetických poruch potomků v závislosti na věku muže je prokázáno několika výzkumy, např. Jung et al. [2002] srovnával kvalitu a počet spermií mužů do padesáti let a nad padesát let, de la Rochebrochard [2001] ukázal, že na poklesu plodnosti páru se podílí věk obou partnerů.

¹² Za určitých podmínek může sperma muže k vyšetření přinést na kliniku jeho partnerka. Psycholožka Hana Konečná, zakladatelka nadace Mateřská naděje, která navzdory svému názvu pomáhá neplodným párům, a nikoli jen ženám, považuje praxi českých klinik za neefektivní. Zatímco žena je vyšetřována intenzivně a opakovaně, lékaři nežádají vyšetření muže, aby zjistili, co jeho plodnost ovlivňuje – může to být obezita, mechanické poruchy pohlavního ústrojí, zhoubné bujení (z osobní komunikace).

Oba zmíněné faktory, věkový limit ženské reprodukce i fyzická zkušenost s neplodností a její léčbou, jsou zakotveny v praxi asistované reprodukce. Ta v této souvislosti působí spíše než jako soubor technologických inovací s revolučním potenciálem pro rodičovství i genderové vztahy jako nástroj reprodukce tradičních schémat rodičovství a genderových rolí. Obrací se výhradně k ženám jako k pacientkám, budoucím rodičkám, matkám. Jen jejich věk se zahrnuje do statistik a používá jako kritérium při stanovování nároků na tuto zdravotní péči. Také finanční úhrada asistované reprodukce z veřejného zdravotního pojištění, tak jak funguje v České republice, nebere v úvahu muže, a to ani jako plátce do tohoto systému, budoucího rodiče, ani jako možného nositele příčiny neplodnosti. Vychází jen ze zdravotního pojištění ženy a je také ve vztahu k ženě (3 cykly umělého oplodnění během jejího reprodukčního období) limitována. Metaforou významu a prostoru, který je mužům v rámci léčby neplodnosti oficiálně vymezen, mohou být místa, do nichž jsou posíláni pro splnění svého jediného úkolu.¹³

Poznámka k transkripci

(...)	označuje část vynechané promluvy
kde pak seženu nějakého, s kým prostě by to jako...	tři tečky označují odmlčení se mluvčí/ho
(Vzalo mi to) takovej ten klid	v závorce kontextuální informace, nikoliv výpověď mluvčí/ho

LENKA SLEPIČKOVÁ je studentkou doktorského studijního programu sociologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity a pracovnící Institutu pro výzkum integrace a reprodukce při téže fakultě.

Literatura

- Abbey, A., F. Andrews, L. Halman. 1991. „Gender's Role in Response to Infertility.“ *Psychology of Women Quarterly* 15 (2): 295–316.
- Badinter, E. 2005. *XY: o mužské identitě*. Praha: Paseka.

¹³ Muži i jejich partnerky ve výzkumu často spontánně popisovali okolnosti odběru spermatu, zejména šok z prostředí, kam byli odesláni: jednalo se o sexuologické oddělení místní psychiatrické kliniky (tzv. zámeček), vyšetřovnu veterinární kliniky, kumbál pro uklízečky, místnost, na jejíž klíče museli čekat ve frontě s ostatními muži před vrátnicí nemocnice, místnost s tak slabými dveřmi, že měli pocit přítomnosti celého osazenstva vedlejší kanceláře atd. Je zřejmé, že kliniky věnující se neplodnosti nejsou na vyšetřování mužů zařízeny. Podobné zkušenosti popisovali respondenti Mason [1993] nebo Carmeli [1994].

- Bailey, L. 1999. „Refracted Selves? A Study of Changes in Self-Identity in the Transition to Motherhood.“ *Sociology* 33 (2): 335–52.
- Bartošová, M., L. Slepíčková. 2008. „Problematické tranzice k mateřství.“ *Sociální studia* 5 (2): 35–54.
- Batsedis, O. 2003. „Embryo Adoption. A Science Fiction or an Alternative to Traditional Adoption?“ *Family Court Review* 41 (4): 565–579.
- Berger, L. P., H. Kellner. 1974. „Marriage and the Construction of Reality.“ Pp. 157–174 in R. L. Coser (ed.). *The Family, Its Structures and Functions*. New York: St Martin's Press.
- Bury, M. 1982. „Chronic Illness as Biographical Disruption.“ *Sociology of Health and Illness* 4 (2): 167–182.
- Carmeli, Y. S. 1994. „The Predicament of Masculinity: towards Understanding the Male's Experience of Infertility Treatments.“ *Sex Roles* 30 (9–10): 1–13.
- Creswell, J. W. 1998. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Čermáková, M., H. Hašková, A. Křížková, M. Linková, H. Maříková, M. Musilová. 2000. *Souvislosti a změny genderových diferencí v české společnosti v 90. letech*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Charmaz, K. 2003. „Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods.“ Pp. 249–285 in N. K. Denzin, Y. Lincoln (eds.). *Strategies of Qualitative Inquiry*. London: Sage.
- Charmaz, K. 2005. „Grounded Theory in the 21st Century Applications for Advancing Social Justice Studies.“ Pp. 507–536 in N. K. Denzin, Y. Lincoln (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dudová, R., M. Vohlídalová. 2005. *Souvislosti proměn pracovního trhu a forem soukromého, rodinného a partnerského života v české společnosti – teoretická studie*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Edgar, K. 2000. „Adoption, Family Ideology, and Social Stigma: Bias in Community Attitudes, Adoption Research, and Practice.“ *Family Relations* 49 (4): 363–370.
- Giddens, A. 1979. *Central Problems in Social Theory: Action, Structure, and Contradiction in Social Analysis*. London: Macmillan.
- Giddens, A. 1992. *The Transformation of Intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.
- Ginsburg, F., R. Rapp. 1991. „The Politics of Reproduction.“ *Annual Review of Anthropology* 20: 311–43.
- Glaser, B., A. Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Greil, A. L. 1991. *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Gustafsson, S. 2001. „Optimal Age at Motherhood. Theoretical and Empirical Considerations on Postponement of Maternity in Europe.“ *Journal of Population Economics* 14 (2): 225–247.
- Hagestad, O. G., V. R. A. Call. 2007. „Pathways to Childlessness. A Life Course Perspective.“ *Journal of Family Issues* 28 (10): 1338–61.
- Hargreaves, K. 2006. „Constructing Families and Kinship Through Donor Insemination.“ *Sociology of Health and Illness* 28 (3): 261–283.
- Hargreaves, K., K. Daniels. 2007. „Parents Dilemmas in Sharing Donor Insemination Conception Stories with their Children.“ *Children and Society* 21 (6): 420–431.
- Hammersley, M., P. Atkinson. 1983. *Ethnography: Principles in Practice*. London: Tavistock.
- Inhorn, M. C., F. van Balen (eds.). 2002. *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Ireland, M. S. 1993. *Reconceiving Women. Separating Motherhood from Female Identity*. New York: The Guilford Press.
- Jamieson, L. 1998. *Intimacy: Personal Relationships in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.
- Johnson, J. M. 2002. „In-depth Interviewing.“ Pp. 103–119 in J. F. Gubrium, J. A. Holstein (eds.). *Handbook of Interview Research: Context and Method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jung, J. et al. 2002. „Comparison of Semen Quality in Older and Younger Men Attending an Andrology Clinic.“ *Andrologia* 34 (2): 116–122.
- Kimmel, M. S. (ed.). 1987. *Changing Men: New Directions in Research on Men and Masculinity*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kohler, H. P., F. C. Billari, J. A. Ortega. 2002. „The Emergence of Lowest-low Fertility in Europe During the 1990s.“ *Population and Development Review* 28 (4): 641–680.
- Křížková, A. 2002. „Trendy v rodině a rodinných odpovědnostech.“ Pp. 13–26 in M. Čermáková, H. Hašková, A. Křížková, M. Linková, H. Maříková (eds.). *Podmínky harmonizace práce a rodiny v České republice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Kučera, T. 2006. „Demografické trendy v České republice.“ Příspěvek přednesený na konferenci *Jaké je místo neplodnosti v kontextu propopulační politiky*. Praha, 1. 3. 2006.
- Lane, S. D., D. A. Cibula. 2000. „Gender and Health.“ Pp. 136–153 in G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw (eds.). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage.
- Letherby, G. 2002a. „Challenging Dominant Discourses: Identity and Change and the Experience of ‚Infertility‘ and ‚Involuntary Childlessness‘.“ *Journal of Gender Studies* 11 (3): 277–288.
- Letherby, G. 2002b. „Childless and Bereft? Stereotypes and Realities in Relation to ‚Voluntary‘ and ‚Involuntary‘ Childlessness and Womanhood.“ *Sociological Inquiry* 72 (1): 7–20.
- Letherby, G., C. Williams. 1999. „Non-motherhood: Ambivalent Autobiographies.“ *Feminist Studies* 25 (3): 719–728.
- Lloyd, M. 1996. „Condemned to Be Meaningful: Non-response in Studies of Men and Infertility.“ *Sociology of Health and Illness* 18 (4): 433–454.
- Maher, J., L. Saugeres. 2007. „To Be or Not to Be a Mother. Women Negotiating Cultural Representations of Mothering.“ *Journal of Sociology* 43 (1): 5–21.
- Mason, M. 1993. *Male Infertility: Men Talking*. New York: Routledge.
- Matthews, R., A. M. Matthews. 1986. „Infertility and Involuntary Childlessness: The Transition to Nonparenthood.“ *Journal of Marriage and the Family* 48 (3): 641–649.
- Meerabeau, L. 1991. „Husbands’ participation in fertility treatment: they also serve who only stand and wait.“ *Sociology of Health and Illness* 13 (3): 398–410.
- Meyers, D. T. 2001. „The Rush to Motherhood – Pronatalist Discourse and Women’s Autonomy.“ *Signs* 26 (3): 735–773.
- Miall, C. E. 1989. „Authenticity and the Disclosure of the Information Preserve. The Case of Adoptive Parenthood.“ *Qualitative Sociology* 12 (3): 279–302.
- Miall, C. E. 1994. „Community Constructs of Involuntary Childlessness: Sympathy, Stigma, and Social Support.“ *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 31 (4): 392–421.
- Monach, J. H. 1993. *Childless: No Choice – The Experience of Involuntary Childlessness*. London: Routledge.
- Možný, I. 1983. *Rodina vysokoškolsky vzdělaných manželů*. Brno: Univerzita J. E. Purkyně v Brně.
- Ragoné, H. S., K. Willis. 2000. „Reproduction and Assisted Reproductive Technologies.“ Pp. 308–322 in G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. C. Scrimshaw (eds.). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage.

- Reinharz, S., S. E. Chase. 2002. „Interviewing Women.“ Pp. 221–238 in J. F. Gubrium, J. A. Holstein (eds.). *Handbook of Interview Research. Context and Method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Riessman, C. K. 2002. „Analysis of Personal Narratives.“ Pp. 695–710 in J. F. Gubrium, J. A. Holstein (eds.). *Handbook of Interview Research. Context and Method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- de la Rochebrochard, E. 2001. „Sterility, Fecundity. What about the Men?“ *Population & Sociétés* 39 (371): 1–3.
- Sandelowski, M., D. Holditch-Davis, B. G. Harris. 1990. „Living the Life: Explanations of Infertility.“ *Sociology of Health and Illness* 12 (2): 195–215.
- Schwalbe, M. L., M. Wolkomir. 2002. „Interviewing Men.“ Pp. 203–220 in J. F. Gubrium, J. A. Holstein (eds.). *Handbook of Interview Research. Context and Method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Seale, C. F. 1999. *The Quality of Qualitative Research*. London: Sage.
- Segal, L. 2007. *Slow Motion: Changing Masculinities, Changing Men*. New York: Palgrave Macmillan.
- Sevón, E. 2005. „Timing Motherhood: Experiencing and Narrating the Choice to Become a Mother.“ *Feminism and Psychology* 15 (4): 461–482.
- Silvermann, D. 1997. *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage.
- Simmel, G. 2006. *Peníze v moderní kultuře a jiné eseje*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Sobotka, T. 2005. „Childless Societies? Trends and Projections of Childlessness in Europe and the United States.“ Příspěvek přednesený na 2005 PAA Meeting. Philadelphia, 31. 3. – 2. 4. 2005.
- Sobotka, V., J. Heráček. 2006. „Úloha urologa v IVF-programu při diagnostice a léčbě neplodného páru.“ *Urologické listy* 4 (1): 20–25.
- Strauss, A., J. Corbinová. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: František Šalé – Albert.
- Šmídová, I. 2003. „Matkové.“ Pp. 157–176 in P. Mareš, T. Potočný (eds.). *Modernizace a česká rodina*. Brno: Barrister & Principal.
- Thompson, Ch. 2005. *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Throsby, K., R. Gill. 2004. „It's Different for Men. Masculinity and IVF.“ *Men and Masculinities* 6 (4): 330–348.
- Webb, R. E., J. C. Daniluk. 1999. „The End of Line. Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child.“ *Men and Masculinities* 2 (1): 6–25.
- Whiteford, L. M., L. Gonzalez. 1995. „Stigma: the Hidden Burden of Infertility.“ *Social Science and Medicine* 40 (1): 27–36.
- Zamykalová, L. 2003. „Kdo smí participovat na asistované reprodukci? Ustavování hranic neplodnosti.“ *Biograf* (31): 26–50.
- Zamykalová, L. 2006. „Mediální reflexe bezdětnosti v české společnosti mezi lety 1994–2004.“ Pp. 95–144 in H. Hašková (ed.), P. Šalamounová, H. Víznerová, L. Zamykalová. *Fenomén bezdětnosti v sociologické a demografické perspektivě*. Sociologické studie / Sociological Studies 06:4. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Zamykalová, L., H. Hašková. 2006. „Mít děti – co je to za normu? Čí je to norma?“ *Biograf* (40–41): 3–53.