Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma*

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

Involuntary Childlessness in a Sociological Perspective

Abstract: While fertility rates in Western countries are low and the number of people who will remain voluntarily childless is increasing, more and more couples are seeking medical treatment for infertility. Fertility problems transcend the boundaries of medicine and challenge the traditional positivistic understanding of health and illness and the authority of scientific and objective medicine. The circumstances for coping with infertility are not universal and depend instead on the given society and on cultural values. Studying infertility means studying every important institution of our society: the institutions of marriage and the family, the institution of parenthood, medicine, and so on. While American and other Western social scientists have studied social aspects of infertility for many years, in the Czech Republic the topic remains the domain of medicine. This article focuses on basic concepts employed in the study of infertility and involuntary childlessness in sociology. It presents and summarises relevant concepts such as stigmatisation, social exclusion, identity problems, and gender differences in the response to infertility. It presents the debate over explaining the terms of infertility and (involuntary and voluntary) childlessness. It shows how the position of involuntary childlessness has been changing as the problem has increasingly come to be dealt with in medical terms and as high-tech medical treatments for infertility have been developed. Finally, the article opens up the topic for debate and raises the question of potential methods of research.

Keywords: involuntary childlessness, infertility, stigmatisation, social exclusion, gender differences, medicalisation.

Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2006, Vol. 42, No. 5: 937–951

Úvod

Západní společnosti se ocitají v paradoxní situaci – zatímco jejich porodnost se pohybuje pod hranicí prosté reprodukce a stoupá počet těch, kteří zůstávají celoživotně dobrovolně bezdětnými,[1] zvyšuje se počet párů, které jejich touha po rodičov-

* Tato studie vznikla s podporou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy – výzkumný záměr „Reprodukce a integrace společnosti“ (MSM002 1622408).

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

[1] V České republice zůstane podle nižšího odhadu bezdětných 8 % žen narozených v roce

© Sociologický ústav AV ČR, Praha 2006

ství přivádí do ordinací specializovaných lékařů. Problémy s biologickou reprodukcí jsou diagnostikovány u 10–15 % párů a odborníci předpokládají, že toto číslo bude stoupat [Řežábek 1999; Kubíček 1997; Mrázek 2006].[2] V současné době se celosvětově neplodnost týká 60–80 milionů lidí na celém světě, polovina z nich zůstává celoživotně bezdětnými [van den Akker 2001]. V roce 1977 byla Světovou zdravotnickou organizací prohlášena neplodnost za nemoc; červen byl vyhlášen Měsícem neplodnosti.

Neplodnost je problém, který přesahuje tradiční pozitivistické chápání nemoci a zdraví [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990] – terapie není zaměřena na zlepšení zdravotního stavu, ale na dosažení žádoucí podmínky, tedy početí dítěte. Vyčerpání všech možností léčby, která je sama o sobě fyzicky, psychicky i finančně náročná, je v době rychlého rozvoje reprodukčních technologií otázkou rozhodnutí, nikoli objektivním stavem [Greil 1991]. Přestože neplodnost neohrožuje život ani zdraví, má pro pár často závažné – a pokud terapie nevede k početí, tak celoživotní – psychické a sociální důsledky.

Zejména v souvislosti s rychlým rozvojem reprodukční medicíny, který relativizoval neplodnost jako objektivní fyzickou charakteristiku jedince, se toto téma stalo objektem zájmu sociálních vědců. Ti zkoumají neplodnost a nedobrovolnou bezdětnost především jako neustále otevřený a revidovaný proces, zahrnující mnoho arbitrárních limitů a rozhodnutí, do nichž významně zasahují společenské normy, hodnoty a postoje. Zkoumání nedobrovolné bezdětnosti jako dynamického, sociálně podmíněného procesu [Greil 1991] jim umožňuje také reflexi klíčových témat ve společnosti.

Zejména anglosasští sociální vědci v uplynulých desetiletích nashromáždili bohatý výzkumný materiál o nejrůznějších sociálních aspektech neplodnosti: zkoumány byly genderové rozdíly v reakci na neplodnost [Abbey, Andrews, Halman 1991], stigmatizace neplodných [Lampman, Dowling-Guyer 1995; Miall 1994; Whiteford, Gonzales 1995], vliv neplodnosti na pozdější interakci s dítětem [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1999], přechod k bezdětnému statusu [Matthews, Matthews 1986; Daniluk 2001], mužská zkušenost s neplodností [Webb, Daniluk 1999; Irvine, Cawood 1996; Throsby, Gill 2004] apod. Neplodnost a nedobrovolná bezdětnost byla zkoumána kvalitativně [Sandelowski, Holditch-Davis, Hartus 1990; Kirkman 2001], kvantitativně [Abbey, Andrews, Halman 1991] i kombinací obou typů metodologií [Monach 1993].

1965, 10,6 % žen narozených v roce 1970 a 15,7 % žen narozených v roce 1975. Podobný nárůst počtu bezdětných žen se očekává i v dalších evropských zemích s výjimkou Nizozemí [Sobotka 2005].

[2] Řada empirických studií dokládá rapidní pokles počtu a kvality spermií u západoevropských mužů v posledních desetiletích, který je přičítán environmentálním faktorům a životnímu stylu [de la Rochebrochard 2001; Dindyal 2004]. V budoucnu se předpokládá vyšší míra neplodnosti také v důsledku nárůstu tubárních faktorů a endometriózy u žen, většího počtu úspěšně vyléčených mladých onkologických pacientů a odkládání mateřství do vyššího věku žen [Mrázek 2006].

U nás však tento fenomén zůstává doménou medicíny. Jediným pokusem o pojetí nedobrovolné bezdětnosti jako interdisciplinárního tématu je kniha brněnské psycholožky Hany Konečné [2003]. V českém prostředí tak stále platí Humphreyho poznámka o tom, že bezdětnost je častěji než objektem zkoumání sociálních vědců námětem pro umělce [Humphrey 1966 in Monach 1993: 1]. Ti však, podobně jako média, poskytují velmi zjednodušený a jednostranný obraz skutečnosti.[3]

Následující stať nabízí přehled teoretických konceptů, jejichž prostřednictvím je situace nedobrovolně bezdětných popisována a vysvětlována zejména v americké sociální vědě. Představuje neplodnost a nedobrovolnou bezdětnost jako sociální problém – tedy tak, jak v České republice dosud systematicky zkoumána nebyla. V úvodu se zabývá samotným vymezením pojmu neplodnost a nedobrovolná bezdětnost a problematičností jejich definice. Dále se věnuje hlavním konceptům, jimiž byla dosud neplodnost a nedobrovolná bezdětnost tematizována: jejímu vlivu na identitu jednotlivce a genderovým rozdílům v prožívání neplodnosti, sociální exkluzi nedobrovolně bezdětných a jejich stigmatizaci. V závěru se dotýká diskuse o povaze touhy po rodičovství, tak jak je vedena mezi sociobiology a sociálními vědci řadu let.

Neplodnost a nedobrovolná bezdětnost

Neplodnost a nedobrovolná bezdětnost nejsou jednoznačně definovatelné ani vzájemně zaměnitelné pojmy. Je to především současný vývoj reprodukční medicíny, který ztěžuje jejich přesné vymezení. Pojem neplodnost je spjatý s medicínou: zde je neplodnost přesně definována jako neschopnost počít dítě během jednoho roku nechráněného pohlavního styku s normální frekvencí. Nedobrovolná bezdětnost jako termín, který je českým překladem anglického „involuntarily childlessness", v sobě obvykle již obsahuje sociální implikace a většina autorů upozorňuje na sociálně konstruovanou povahu tohoto pojmu.

Například podle Letherby [2002b] lze o neplodnosti hovořit jen v době, kdy pár prodělává terapii, zatímco nedobrovolná bezdětnost je stavem, který charakterizuje život těch, kteří se terapie vzdali, nebo u kterých nebyla úspěšná a učí se žít bez dětí. Miall [1994] mluví o potřebě odlišit neplodnost jako lékařsky diagnostikovanou fyzickou charakteristiku jedinců od neplodnosti jako sociálně konstruované reality páru. Neplodnost se tedy dá chápat jako biologický problém se sociálními

[3] Jedním z nejkreativnějších ztvárnění neplodnosti v českém filmu je film Jana Švankmajera Otesánek z roku 2001, který je moderní variací na známý pohádkový příběh. Postava neplodné ženy (případně páru) se objevila ve většině populárních českých televizních seriálů poslední doby, nebo také v úspěšném filmu Jana Hřebejka Horem pádem z roku 2005. Ve všech případech byla zobrazena velmi stereotypně: jako zoufalá a hysterická osoba, která se v důsledku dlouhodobé neúspěšné snahy počít dítě pokouší o sebevraždu (Rodinná pouta), utíká z domu (Pojišťovna štěstí), krade kočárky nebo kupuje cizí dítě, zapomenuté v kamionu nelegálních převaděčů přes hranice (Horem pádem). V úspěšném seriálu Místo nahoře se žena uchyluje k lékařskému řešení, které je hned po prvním pobytu páru v místnosti pro odběr spermatu úspěšné.

důsledky, nedobrovolná bezdětnost jako problém sociální, který se může (ale nemusí) řešit prostřednictvím lékařských technik.

Letherby [2002b] – i na základě osobní zkušenosti, podobně jako Monach [1993] – navrhuje přistupovat k neplodnosti jako ke kontinuu, v němž se každý ocitá v různém období svého života v určité poloze mezi „dobrovolně" a „nedobrovolně". Časté je totiž rozhodnutí přestat se snažit o početí po několika prodělaných potratech, jde tedy o dobrovolné rozhodnutí zůstat bezdětným, i když by medicína mohla k vlastnímu dítěti pomoci. Neplodné páry si také před započetím léčby často samy stanovují hranici – množství a druh procedur, které jsou ochotny podstoupit, stejně jako náklady, které jsou pro ně ještě přijatelné, protože vzhledem k rychlému rozvoji technik asistované reprodukce téměř nelze dospět do stadia, kdy by byly opravdu vyčerpány všechny možnosti, nebo kdy by byla další léčba hodnocena jako zcela beznadějná [Monach 1993; Miall 1994]. Proto mluví Sandelowski, Holditch-Davis, Harris o neplodnosti jako o kontinuu, v jehož rámci se člověk stává „více či méně neplodným" [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990: 198].

Není tedy přesné vnímat neplodnost jako univerzální a jednou dané označení, které má pro všechny stejný obsah. Zkušenost neplodnosti je stejně proměnlivá, komplexní a různorodá jako zkušenost rodičovství [Letherby 2002a; Meyers 2001] a nelze ji zužovat jenom na období léčby, stejně jako nelze označení nedobrovolně bezdětný automaticky připsat lidem, kteří se svěřují specializovaným klinikám.

Neplodnost a identita

Podle Matthews a Matthews [1986] má zkušenost nedobrovolné bezdětnosti takový dopad na rodinnou a osobní identitu jako samotné rodičovství. Do soukromé sféry naší existence, kterou budujeme jako oblast, nad níž máme plnou kontrolu a která nás chrání před nekontrolovatelným vnějším světem, přichází situace, kterou kontrolovat nelze a která postrádá smysl [Matthews, Matthews 1986].[4] Podle Miall [1994] je zásah neplodnosti do identity jedince o to větší, že se obvykle odehrává až po té, co se rozhodl a připravil pro rodičovskou roli.

Jen málo lidí si ještě před vstupem do manželství a začátkem snah o početí připouští, že by se jich mohl týkat problém neplodnosti.[5] Zpochybnění samozřejmého předpokladu vlastní plodnosti znamená zpochybnění vlastní identity a kontroly nad svým tělem a svým životem [Abbey, Andrews, Halman 1991]. V době, kdy

[4] Matthews a Matthews [1986] zde citují teorii Kellnera a Bergera, podle níž je primární funkcí manželství budování soukromého světa, nad nímž má pár plnou kontrolu a který může svobodně formovat v opozici k vnějšímu světu, nad nímž kontrolu nemá a který formuje naopak jej.

[5] Mezi faktory, které potvrzují automatický předpoklad plodnosti, patří pravidelný menstruační cyklus, absence gynekologických poruch, absence promiskuitního chování v minulosti, příklady toho, jak snadno se dá otěhotnět, důraz na antikoncepci v dnešní době nebo vlastní původ ve velké rodině [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990: 199].

je zvykem díky antikoncepci odložit svou plodnost na „vhodnou dobu", je selhání tohoto plánu velkým překvapením a zklamáním. Síla předpokladu o univerzalitě plodnosti chrání před pochybnostmi i ty, kteří prodělali nemoc či úraz, který souvisí s reprodukčním zdravím [Monach 1993].

Neplodné páry se tedy musí vyrovnat s „ironií neplodnosti" [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990: 197] – s existencí snadných, avšak nechtěných početí, s úzkostlivostí, s jakou kdysi používali antikoncepci, a se zjištěním, že jí pravděpodobně celou tu dlouhou dobu nebylo třeba. Snaží se zkonstruovat si smysluplné paradigma sterility a integrovat do něj svou osobní zkušenost.

Definice sebe jako plodné či neplodné osoby, případně přijetí identity neplodného však nemá velkou souvislost s lékařskou diagnózou a je ovlivněna mnohými kulturně vštěpovanými předpoklady – např. ženy, které odkládají své těhotenství, se cítí být ohroženy neplodností ve větší míře [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990]. Naopak páry, u kterých byla neplodnost diagnostikována, ji někdy vnímají jako „technickou překážku", uvádějí ale, že se cítí být plodnými. Až do chvíle, než vyčerpají všechny lékařské možnosti, nebo až překročí věk vhodný k početí, se cítí být nikoli neplodnými, ale „ještě ne těhotnými" [Greil 1991]. Někdy naopak ani úspěšné početí identitu neplodného nemění: „I když jsem teď těhotná, myslím, že se nikdy nebudu cítit plodná. I když budu mít zdravé dítě, nemyslím si, že tyhle jizvy někdy zmizí" [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990: 205].

V procesu přijímání identity neplodného objevují mnozí autoři významné genderové rozdíly: např. podle Sandelowski, Holditch-Davis, Harris [1990] mají ženy větší tendenci učinit z neplodnosti integrální součást svého já. Neplodnost nezasahuje jenom část těla, ale ovlivňuje celou jejich identitu. Ženy častěji než muži přijímají představu sebe samotných jako neschopných, nenormálních a nedostatečných. Častěji také interpretují neplodnost jako stav bytí; cítí se jako ženy neúplné a nezdravé. Podle Letherby a Williams [Letherby, Williams 1999] klade západní společnost mezi pojmy žena-matka-manželka-dospělost rovnítko, identita žen je tedy svázána s rolí matky mnohem pevněji než identita mužů s otcovstvím. Ženy častěji než muži uvádějí, že si život bez dětí nedovedou představit [Abbey, Andrews, Halman 1991; Meyers 2001]. Navíc je to ženino tělo, kterého se většinou týká terapie, cvičení, lázeňská léčba (a to i v případě, že je žena zcela zdravá a neplodnost byla diagnostikována u jejího partnera) a které každý měsíc připomíná, že snaha o početí nebyla úspěšná [Abbey, Andrews, Halman 1991; Konečná 2003; Letherby 2002].

Muži jsou podle dosavadních průzkumů častěji schopni oddělit neplodnost od ostatních charakteristik své osobnosti. Zatímco ženy adoptují perspektivu „Já jsem" (nemoc), muži přemýšlejí v pojmech „Já mám" [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990: 204]. Jak ale upozorňuje Greil [1991], velkou roli v reakci mužů hraje skutečnost, zda fyzická příčina neplodnosti byla diagnostikována u partnerky nebo u nich. Ve druhém případě je pravděpodobnější, že budou na neplodnost reagovat podobným způsobem jako ženy.[6]

[6] Podrobnější diskusi o genderových rozdílech v reakcích na neplodnost brání nízké zastoupení nebo absence mužů, typická pro výzkumy, zaměřené na neplodnost a nedobrovolnou

Dopad neplodnosti na identitu jedince tedy souvisí více se společenským a kulturním kontextem, v němž se tato zkušenosti odehrává, a méně už s objektivní lékařskou diagnózou. Míra ztotožnění ženské role s rolí matky a mužnosti s plodností (případně rodičovství s dospělostí) tak může být významným faktorem v procesu přijetí identity neplodného nebo bezdětného, stejně jako prevalence pronatalistických postojů ve společnosti nebo vliv bezprostředního okolí.

Sociální exkluze

Jedním z nejčastěji studovaných sociálních důsledků neplodnosti je sociální exkluze. Nemá přirozeně podobu politického či ekonomického vyloučení, ale dá se definovat jako symbolická exkluze, tedy vyloučení ze „sdílení určitých sociálních statusů a institucí" [Mareš 2000: 287]. I zde je doprovázena stigmatizací jedinců a skupin, vnímaných jako odlišné, deviantní či cizí. Skutečnost, že přibývá lidí, kteří dobrovolně žijí jako bezdětní, na tom, zdá se, nic nemění: je to právě možnost rozhodnout se, mít kontrolu nad svým životem a k něčemu jej vědomě směrovat, co je nedobrovolně bezdětným odepřeno [Whiteford, Gonzales 1995].

Neplodní se podle některých autorů ocitají na „sociálním okraji" plodného světa [Konečná 2003; Daniluk 2001]. Greil [1991] používá pro vyjádření pocitu neplodných z okolního světa, produkujícího neustálé každodenní připomínky jejich situace, metaforu „plodné vesnice". I běžná společenská konverzace se stává obtížnou, protože hovory o dětech jsou její samozřejmou součástí [Abbey, Andrews, Halman 1991; Kirkman 2001; Letherby, Williams 1999].[7] Izolace má ale mnohem širší podobu – znamená ztrácet přátele, kteří se více věnují vlastním rodinám, nemít s kým trávit večery a jezdit na dovolené,[8] těžko hledat někoho, kdo by o situaci otevřeně a bez rozpaků dokázal mluvit a uměl by poskytnout podporu a porozumění. „Jediné místo, kde se cítím normální, je klinika pro léčbu neplodnosti, kde jsou všichni jako já – všichni jsme neplodní" [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990: 203].

bezdětnost. Různým způsobům interpretace této skutečnosti se věnoval v samostatné studii Lloyd [1996], faktem zůstává, že i přes existenci dílčích studií je systematické studium dopadu neplodnosti na muže zatím nesplněným úkolem sociální vědy.

[7] Kirkman [2001] zde vychází z teorie lingvistky Charlotte Linde o potřebě jasné a koherentní životní historie pro existenci v sociálním světě. Události, které by tato životní historie měla zahrnout, jsou kulturně specifické, v západní společnosti je pro ženy nezbytné dotknout se v průběhu konverzace jejich role matky.

[8] Nejsou to ani tak lidé s dětmi, kteří se svým přátelům vyhýbají, jako bezdětní, kteří se necítí dobře ve společnosti rodin s dětmi. Exkluze se často stává jejich vlastní volbou [Miall 1994]. S úlevou dávají přednost společnosti lidí v podobné situaci, ať už kvůli rozhovorům, v jejichž centru nejsou děti, nebo ke sdílení společné „posedlosti". Mateřství znamená pro ženy změnu zájmů a mnohá časová omezení a i to je odděluje od jejich bezdětných vrstevnic [Letherby, Williams 1999].

Podle Kirkman [2001] je neplodnost situací, v níž se naše osobní historie dostává do rozporu s obecnou kulturní historií, jejíž samozřejmou součástí je v západní společnosti rodičovství, Sandelowski, Holditch-Davis a Harris [1990] mluví o opakovaných neúspěších ve snaze chovat se podle kulturního scénáře, určeného manželským párům. Tento rozpor je třeba zdůvodnit a ospravedlnit. Neplodné páry se cítí povinny vysvětlit jak své „selhání" [Matthews, Matthews 1986], tak svou trvalou touhu po dítěti [Letherby, Williams 1999]. Okolí jako by hodnotilo, zda si zaslouží být rodiči, zda budou dobrými rodiči, musí opravedlňovat svůj vyšší věk. I zkoušením všech dostupných možností léčby chtějí dokázat svou opravdovou touhu po dítěti [Kirkman 2001; Letherby 2002]. Jsou vybízeni k větší aktivitě nebo naopak považováni za „posedlé" snahou o dítě [Letherby, Williams 1999]. Za významný stresující faktor považují sami neplodní i „zaručené rady okolí", které jsou nejčastěji inspirovány hojně rozšířenou představou, že příčina neplodnosti je v psychice [Abbey, Andrews, Halman 1991; Konečná 2003; Letherby, Williams 1999; Miall 1994] – ve stresu, v přílišném upnutí se na touhu po dítěti nebo naopak v různých „blocích" – a mají podobu doporučení „odjeďte na dlouhou dovolenou někam daleko", „nesmíš na to myslet", „to chce klid" [Konečná 2003: 29].[9] Souvisejícím mýtem je i představa, že k otěhotnění dojde snáze, požádá-li pár o adopci – snad právě proto, že se „uklidní" a přestane se tolik upínat na dítě. Žádná statistická souvislost mezi adopcí a početím však nebyla prokázána [Konečná 2003; Miall 1994].

Neplodní také negativně vnímají vměšování ostatních do svého soukromého života v podobě otázek na to, kdy plánují děti [Greil 1991; Konečná, 2003]. Okolí těžko rozlišuje mezi dobrovolnou a nedobrovolnou bezdětností, neplodní jsou tak někdy považováni za příliš orientované na peníze, kariéru a vlastní pohodlí, je jim připomínáno, že mít děti je normální, nebo dáváno najevo, že bezdětný život je mnohem pohodlnější a jednodušší.

Bezdětné ženy se setkávají se zpochybňováním svých profesních kompetencí, pracují-li například ve školství nebo zdravotnictví [Konečná 2003; Letherby, Williams 1999].[10] Souvisí to s dalším mýtem o tom, že bezdětní lidé nemají žádné povědomí o péči o děti a o jejich výchově a nedokážou s nimi navázat vztah [Letherby 2002b].

Navzdory empirickým dokladům o „rozrůzňování životních stylů", stoupajícím počtu dobrovolně bezdětných v posledních letech a o tom, že stále méně lidí považuje rodičovství za nezbytnou podmínku štěstí jedince,[11] je okolní svět pro ne-

[9] Podle výpovědi respondentů Konečné [2003: 29] jsou to však i sami neplodní, kteří jsou přesvědčeni, že „je to psychického původu", hlavně v případě, že „doktoři nic nenašli". Také někteří psychologové a psychiatři vidí za problémy s ovulací a početím psychický blok, způsobený strachem žen z přijetí vlastní ženskosti a mateřství [Konečná 2003; Letherby, Williams 1999].

[10] Tak se učitelka setkává s otázkou, „jak můžu vychovávat cizí děti, když nemám vlastní" [Konečná 2003: 176], a bezdětná porodní asistentka uvádí, že její rady jsou opomíjeny a z profesních diskusí se cítí být vyloučená [Letherby, Williams 1999].

[11] Např. Sobotka [2006].

plodné především světem plodným, světem, v němž má většina lidí svobodnou volbu mezi rodičovstvím a životem bez dětí. Je také světem, v němž se nepovažují dotazy na tyto soukromé plány za nepatřičné, stejně jako je běžné poskytnout názor a komentář těm, kteří mají s jejich naplňováním problémy, a dát jim tak najevo, že jsou v určitém ohledu nedostateční. Často je to až návštěva specializovaného lékařského zařízení, která je přiměje o problému otevřeně hovořit a také uvědomit si, že není tak neobvyklý, jak se zdálo.

Stigma neplodnosti

Hodně prostoru věnují výzkumy, zabývající se nedobrovolnou bezdětností, tématu stigmatizace neplodných, což může být překvapivé vzhledem k tomu, že neplodnost není na první pohled viditelným handicapem a že počet bezdětných lidí – ať už dobrovolně nebo nedobrovolně – v západních společnostech každým rokem stoupá. Navzdory těmto skutečnostem i převládající mediální konstrukci neplodnosti, která zdůrazňuje revoluční objevy a úspěchy reprodukční medicíny, výzkumy zabývající se zkušeností neplodných vypovídají o pocitech viny, selhání a nedostatečnosti a o snaze stát se znovu „normálními" a „úplnými" [Letherby 2002; Miall 1994; Whiteford, Gonzales 1995].[12] Neplodnost je popisována jako problém spojený se stigmatem, neboť narušuje normy akceptovatelného jednání, i když není na první pohled patrná.[13]

V konfrontaci s okolím se bezdětnost stává statusem, který zastiňuje všechny ostatní, a to zvláště u žen [Kirkman 2001; Letherby 2002; Miall 2004]. Podle Letherby [2002] jsou ženy ne-matky především těmi, které měly mít dítě a nemají je, zatímco matky jsou ctěny i pro jiné aspekty osobnosti, než je mateřství. O bezdětných lidech se předpokládá, že jsou buď sobečtí a nezralí – v případě dobrovolně bezdětných –, nebo zoufalí, nešťastní a posedlí touhou po dítěti – v případě nedobrovolné bezdětnosti [Kirkman 2001; Letherby 2002].[14]

Podle Miall [1994] nejsou tyto reakce vedeny špatným úmyslem, ale jsou důkazem nevědomosti, nepochopení problému. Pocity méněcennosti ale u lidí, léčících ne-

[12] „Defective" je slovo, které podle Whiteford a Gonzales [1995] výpovědím žen o zkušenostech s neplodností dominuje.

[13] Stigma je podle Goffmanovy definice [Goffman 2003: 11] „silně diskreditující atribut" a „nežádoucí odlišnost od očekávání". Stigma vyvolává sklon připisovat dané osobě celou řadu nedokonalostí na základě původní a je provázeno různými formami diskriminace. Podle Miall [1994] sice stigma může vyvolat pochopení nebo soucit, bezdětní jsou ale charakterizováni jako fyzicky, psychicky a sexuálně méněcenní ve vztahu k těm, kdo reprodukují.

[14] Ne vždy je „dobrovolnost" a „nedobrovolnost" bezdětnosti okolím rozlišována, jak o tom vypovídá jedna z respondentek Hany Konečné [2003: 176]: „Je tu i další věc, názory okolí na bezdětnost: ‚Ta asi děti nechce, dělá kariéru,' nebo ‚ta je ale pohodlná, to ta naše Andulka, ta má těžší život, ta se stará o dvě děti, ta nemůže do kina jako vy,' a tak dále. Je to opravdu dost nepříjemné a dost těžko se to lidem říká, stejně nevěří."

plodnost, někdy posilují i lékaři. Neplodné páry mají často pocit, že není respektováno jejich soukromí, setkávají se se zarážející nediskrétností zdravotníků [Kirkman 2001; Konečná 2003]. Stěžují si na necitlivý přístup a nedostatek či úplnou absenci informací. Lékaři překvapivě často apelují především na „dobrou vůli" pacientů.

Na otázku, zda jsou v důsledku neplodnosti více stigmatizováni muži nebo ženy, nelze jednoznačně odpovědět. Podle některých autorů je schopnost plodit ztotožňována s mužností a pro muže je tak zkušenost neplodnosti více stigmatizující než pro ženy [Konečná 2003; Miall 1994]. Jiní naopak poukazují na spjatost mateřství s identitou ženy[15] a na skutečnost, že i v rámci interakcí mezi ženami hraje téma rodičovství mnohem významnější roli než v interakci mužské [Abbey, Andrews, Halman 1991]. Konečná [2003] a Miall [1994] upozorňují na odlišný obsah stigmatu u mužů a žen: stigma, připisované ženám, se týká jejich psychické nevyrovnanosti, zatímco u mužů implikuje sexuální neschopnost.[16]

Nejjednodušším způsobem, jak se stigmatizaci vyhnout, je nemluvit o neplodnosti vůbec a léčebné pokusy tajit. Neplodní přiznávají, že se stydí kupovat si léky potřebné na IVF nebo odebírat časopis, na němž je logo Sdružení nedobrovolně bezdětných párů [Konečná 2003]. Mnohým trvalo dlouhou dobu, než se se svým problémem svěřili i nejbližší rodině a volili přitom nejrůznější strategie a míry odhalení a zatajování [Konečná 2003; Miall 1994].[17] Sandelowski, Holditch-Davis a Harris [1990] uvádějí příklad ženy, která okolí zdůrazňuje, že prodělala potrat, aby dala najevo, že je normální – tedy schopná otěhotnět. Žena, angažující se ve sdružení pomáhajícím neplodným párům, uvedla, že na jednání s úřady (v zájmu sdružení) s sebou vodí svou dceru, aby se k ní úředníci chovali lépe. „Když jdu bez dítěte, všichni se mnou jednají jako s ‚duševně narušenou sterilkou', chovají se ke mně jako k méněcenné osobě." [Konečná 2003: 168]

Techniky asistované reprodukce, které daly naději na vlastní dítě velkému množství párů a jsou jedním z nejvíc medializovaných způsobů řešení neplodnosti, se staly dalším stigmatizujícím prvkem a ti, kteří jich využili, se k tomu často „ne-

[15] Kohler, Behrman a Skytthe [1994] empiricky dokládají, že mateřství u žen výrazně zvyšuje pocit osobního štěstí, zatímco u mužů na něj nemá vliv. Platí to ovšem jen pro prvního potomka, každý další už pocit štěstí u žen naopak snižuje.

[16] Miall [1994] se také zabývala rozdíly ve vnímání stigmatu mezi ženami, u kterých byla zjištěna příčina neplodnosti, a ženami, jejichž partneři byli neplodní, a zavedla do zkoumání neplodnosti pojem „courtesy stigma" (galantní, ohleduplné stigma). Zjistila totiž, že ženy z druhé skupiny se cítí být stigmatizovány méně a aktivně své muže před stigmatem chrání, mimo jiné tím, že v konverzaci často přebírají příčinu své neplodnosti na sebe. To, zda se muži chovají podobně v opačné situaci, nebylo zatím studováno.

[17] Sami neplodní lidé vnímají svůj problém jako čistě soukromý [Kirkman 2001; Miall 1994]. Často se odmítají svěřit se ostatním a dotazy na těhotenství vnímají jako nepřípustné vměšování se do soukromí. Podle Kirkman [2001: 527] se tak snaží udržet si kontrolu nad „private narrative" a nedovolit ostatním, aby tento „příběh" překroutili či pozměnili. „Kulturně definované soukromí" chrání skupinu před utrpením jednotlivce – uzavřenost neplodných lidí ochraňuje druhé před rozpaky, ve kterých se ocitají v konfrontaci s cizím trápením.

přiznávají": „Stává se, že ženy při náhodném setkání s pracovníky centra (asistované reprodukce) popírají, že by je znaly či že by se u nich léčily." [Konečná 2003: 137] Reakce okolí na děti „ze zkumavky" jsou podezíravé, někdy i ponižující. I praxe umělého oplodnění vychází vstříc těm, kteří o něm po jeho úspěchu již nikdy nechtějí mluvit: při použití dárcovských spermií se dbá na to, aby krevní skupina dárce odpovídala krevní skupině manžela příjemkyně, a nemohla tak později dítě usvědčit z toho, že bylo počato jinak než přirozenou cestou na manželském loži. Stejně tak se dbá i na „správnou" barvu očí a vlasů [Řežábek 1999].

Výpovědi neplodných párů o pocitech vyloučení z plodného světa a o stigmatizaci z důvodů bezdětnosti vyznívají paradoxně v době, kdy demografové a sociologové mluví o snižujícím se normativním tlaku k rodičovství a o postupném mizení centrality mateřství ze života žen [Sobotka 2005; Rabušic 2001b] v důsledku druhého demografického přechodu a souvisejících hodnotových změn, které po západních společnostech zasáhly na konci 20. století i společnosti střední a východní Evropy.[18] Pro tuto skutečnost se nabízejí různá vysvětlení: například etablování léčby neplodnosti jako po všech stránkách exkluzivního odvětví medicíny, které zdůrazňuje imperativ biologické reprodukce a také svoji vlastní úspěšnost a nepřímo tak brání propagaci alternativních sociálních rolí, zejména pro ženy [Whiteford, Gonzales 1995]. Možná tyto zkušenosti vypovídají o oživení pronatalistických tlaků zejména ze strany politiků, kteří ve svých programech pod vlivem alarmujícího poklesu porodnosti a jeho možných důsledků pro důchodový systém v posledních letech zdůrazňují podporu rodiny, která může mít podobu společného zdanění manželů nebo zvyšování sociálních dávek pro rodiny s dětmi. Někteří autoři zmiňují také to, že neplodní lidé se často stigmatizují sami [Miall 1994; Matthews, Matthews 1986; Konečná 2003], dříve než vstoupí do interakce s okolím. Výše popsaný paradox lze také vysvětlit selektivním vnímáním a zvýšenou citlivostí na určitým způsobem směrované signály okolí ze strany samotných neplodných, nebo skutečností, že s problémy s vlastní plodností se musí vyrovnat právě ti, kdo se pro založení rodiny rozhodli a usilovali o něj, tedy lidé vyznávající tradiční hodnoty. Ti, kteří zvolili individualizovaný životní styl bez dětí,[19] o zkušenostech s nedobrovolnou bezdětností nevypovídají a o své případné neplodnosti se ani nemuseli dozvědět.[20]

[18] Jako druhý demografický přechod [van de Kaa 1987] se označuje série změn reprodukčního chování, která od padesátých let minulého století přinesla západním zemím vzestup rozvodovosti, pokles porodnosti, odkládání rodičovství, zvyšování věku sňatku, rozvoj nesezdaného soužití a vzrůstající počet dětí narozených mimo manželství. O souvisejících hodnotových změnách viz např. Inglehart [1997], Thornton a Young-DeMarco [2001], Rabušic [2001b].

[19] Koncept individualizace v době pozdní modernity a jejich důsledků rozpracoval zejména Beck [2004]. Podle něj se v důsledku nároků tržní společnosti jednotlivec sám stává jednotkou reprodukce sociálna. Nukleární rodina a rodičovství vůbec je v takové společnosti reliktem, neslučitelným s jejím dokonalým fungováním.

[20] Plození je dnes už díky antikoncepci zcela odděleno od sexuálního styku [Mareš 2002; Rabušic 2001a], mnoho lidí se tak nikdy nemusí dozvědět, že jejich reprodukční zdraví není zcela v pořádku.

„Přirozenost" touhy po dítěti a role nových reprodukčních technologií

Léčba neplodnosti je fyzicky i psychicky vyčerpávající a finančně náročný proces s nejistým výsledkem. Neplodné páry mají pocit, že nové možnosti reprodukční medicíny „nemohou odmítnout" [Sandelowski, Holditch-Davis, Hartus 1990: 211] a že neúspěšná léčba ukazuje jen na nedostatek jejich vůle.

Na otázku, co je vlastně k náročnému, dlouhodobému a někdy marnému usilování o vlastní dítě vede, se nabízí jednoduchá odpověď. Většina lidí předpokládá, že existuje přirozená touha po tom, mít děti, zejména ženy jsou považovány za geneticky naprogramované k mateřství.[21] V evropské společnosti nejsou děti pro rodiče zárukou ekonomického zabezpečení ve stáří a pořídit si je znamená značnou investici – emocionální a finační [Rabušic 2001a]. Dá se tedy předpokládat, že musí existovat silný vnitřní popud k plození, případně že se rodičovství musí nějakým způsobem „vyplatit".[22]

Dítě představuje nejen emocionální naplnění, je zárukou určitého statusu, je také obranou proti bezvýznamnosti naší vlastní existence. Dává našemu životu rozměr, který nás samé překračuje. Téma biologických pout a pokračování vlastního rodu je v západní společnosti klíčové. Konverzační partnerky Letherby [2002a: 302] při představě o své budoucnosti nemluvily jen o životě bez vnoučat, ale i o „strachu z genetické smrti". „Budu evolučně slepou uličkou", „nepředám své geny". Podobně Konečná [2003: 211] cituje ženy, které svou touhu po dítěti zdůvodňují také snahou o pokračování rodu.

Mnozí autoři ale s přirozeností touhy po dítěti polemizují.[23] Meyers [2001] přináší výpovědi žen, které dělí do několika skupin – na ženy, které „odjakživa" věděly, že chtějí být matkami, ženy, které stejně „odjakživa" věděly, že matkami být nechtějí, a na ženy, které mají ke svému případnému mateřství ambivalentní pocity: „Cítím se špatně, protože je to něco, co opravdu chci a nemám? Nebo se cítím špatně, protože je to něco, co jiní mají a já musím vždy říct, že já ne? Vážně nevím." [Meyers 2001: 6] Vírou v sílu biologických pout otřásají i rodiče, kteří se nebojí přiznat, že vztah ke svému dítěti museli po jeho narození dlouho budovat, emocionální uspokojení naopak přináší i rodičovství adoptivní [Konečná 2003].

Feministické autorky vnášejí do této debaty další argument: normálně plodné ženy nevede k podrobování se náročnému umělému oplodnění touha dát milované-

[21] Podle výzkumu Miall [1994: 8] věří většina lidí, více mužů než žen, že touha být matkou je ženám vrozená a že otcovství je naopak naučeným chováním. Bez ohledu na tyto rozdíly udalo 96 % jejích respondentů silnou touhu mít děti.

[22] Debatu o tom, zda rodičovství zvyšuje pocit osobního štěstí, stejně jako shrnutí teorií o motivaci k rodičovství nabízí Kohler, Behrman a Skytthe [2005].

[23] Významný argument do diskuse o existenci vrozeného mateřského instinktu přinesla francouzská socioložka Elisabeth Badinter [1998]. Na základě analýzy historických pramenů označila „přirozený mateřský instinkt" za sociální konstrukt, jehož obsah se v průběhu historie měnil. Chování matky k dítěti není podle Badinter vedeno jakýmkoli instinktem, ale společensky předepisováno.

mu muži jeho biologicky vlastního potomka ani vrozený mateřský instinkt, ale snaha vyhovět hegemonickému morálnímu imperativu, kteří říká, že každá žena má být matkou a že potomek má být biologicky vlastní [Lorber 1989; Whiteford, Gonzales 1995]. Muži jsou podle nich svázanější s biologickým rodičovstvím více než ženy, které pak využívají všech dostupných možností léčby na nátlak svých partnerů nebo lékařů [Greil 1991]. Ti automaticky předpokládají, že každý pacient chce ke své léčbě využít těch nejmodernějších metod [Lorber 1989]. Biologické rodičovství, zejména mateřství, je vnímáno jako hlavní smysl lidské existence [Miall 1994], diskuse o jeho alternativách se zdá být ve společnosti, která věří v biologicky podmíněný „hlas krve", téměř jako nelegitimní [van den Akker 2001].

Závěr

Neplodnost přestala být v západní kultuře čistě soukromým problémem v době rozvoje technik asistované reprodukce.[24] Ty ji zbavily charakteru „boží vůle" či „rány osudu" a učinili z ní záležitost vědeckého zájmu, problém, který vyžaduje léčení za pomoci nových medicínských technologií.[25] Stejně jako neplodné páry minulosti, i ty dnešní selhaly v naplnění toho, co se od nich očekává [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990], dnes se jim ale nabízí nejrůznější možnosti a cesty k početí vlastního dítěte, doprovázené množstvím etických, právních a náboženských otázek. Status neplodného je relativizován, často je chápán jen jako důsledek neochoty podrobit se všem možným metodám diagnostiky a léčby.

Lékařská terapie neplodnosti není jednoznačně vytyčenou cestou, vedoucí k cíli, ale neustále revidovaným a otevřeným procesem. Neplodnost není o nic méně sociálně konstruovanou chorobou, než jsou jiné, i zde existuje mnoho arbitrárně nastavených limitů, například horní věková hranice ženy pro možnost umělého oplodnění. Jednotlivé ukazatele zdravotního stavu mohou být i zde různými terapeuty interpretovány různě, navíc to, co bylo před dvaceti lety biologickou danností, je dnes výzvou pro nejnovější lékařské techniky [Sandelowski, Holditch-Davis, Harris 1990: 199]. Dnes jen málokdy lékař vysloví konečnou diagnózu absolutní sterility [Miall 1994] a pro neplodné páry je tak těžké rozhodnout se, kdy přestat prodělávat

[24] První umělé oplodnění bylo provedeno v roce 1978 v Anglii, u nás se narodilo první dítě metodou asistované reprodukce v roce 1982 v Brně [Konečná 2003: 68].

[25] Neplodnost je typickým příkladem tzv. medicinalizace – tj. rozšíření definice nemoci i lékařské kompetence na problémy, které dříve do sféry medicíny nezapadaly [Bártlová 2002]. Zejména feministické autorky zdůrazňují sociálně kontrolní funkci tohoto procesu: v západní společnosti byly podle nich podrobeny medicinalizaci všechny procesy od menstruačního cyklu až po rození dětí. Přirozené funkce ženského organismu tak byly definovány jako nemoci nebo chápany jako deviantní vzhledem k biologické normě, kterou reprezentuje tělo mužské. Medicinalizace akcentuje biologickou stránku procesů, které jsou dnes vnímány více jako sociální, a reprezentuje více než zájem zdraví zájmy trhu lékařských služeb a zdravotnického systému [Miall 1994].

terapii, a smířit se s tím, že vlastní dítě se jim nepodaří mít. Mnohé páry se dnes stávají biologickými rodiči, i když jsou – z medicínského hlediska – neplodní, u jiných se naopak příčinu neplodnosti nikdy zjistit nepodaří.

Právě změna neplodnosti ze soukromé a doživotní bolesti v dlouhodobou sociálně konstruovanou krizi [Whiteford, Gonzales 1995] přilákala zájem sociální vědy, která již několik desetiletí zkoumá zkušenost nedobrovolně bezdětných. Jejím závěrům dominují pojmy, jako je narušení identity, pocity méněcennosti, neúplnosti a vyloučení. Svět v perspektivě nedobrovolně bezdětných je světem plným připomínek jejich nedostatečnosti, světem adorace rodičovské role a převládajícího stereotypního definování rodiny skrze ženu, muže a jejich biologické potomky [van den Akker 2001]. Nabízí se tedy otázka, jak a kdy se do zkušenosti nedobrovolně bezdětných promítne stoupající počet dobrovolně bezdětných lidí a také větší tolerance k alternativním rodinným formám, o které mluví poslední výzkumy hodnot.

LENKA SLEPIČKOVÁ *je studentkou doktorského studijního programu sociologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity a pracovnicí 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. 1998. *Materská láska: od 17. storočia po súčasnosť*. Bratislava: Aspekt.

Bártlová, S. 2002. *Sociologie medicíny a zdravotnictví.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Beck, U. 2004. *Riziková společnost. Na cestě k jiné moderně.* Praha: Sociologické nakladatelství.

Daniluk, J. C. 2001. „Reconstructing Their Lives: A Longitudinal, Qualitative Analysis of the Transition to Biological Childlessness for Infertile Couples." *Journal of Counseling & Development* 79 (4): 439–450.

de la Rochebrochard, E. 2001. „Sterility, fecundity. What about the men?" *Population & Sociétés* 39 (371): 1–3.

Dindyal, S. 2004. „The sperm count has been decreasing steadily for many years in Western industrialised countries: Is there an endocrine basis for this decrease?" *The Internet Journal of Urology* [online] 1 (2) [cit. 5. 10. 2006]. Dostupné z: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlPrinter=true&xmlFilePath=journals/iju/vol2n1/sperm.xml>.

Goffman, E. 2003. *Stigma. Poznámky k problému zvládání narušené identity.* Praha: Sociologické nakladatelství.

Greil, A. L. 1991. *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America.* New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Inglehart, R. 1997. *Modernization and Postmodernization. Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies.* Princeton: Princeton University Press.

Irvine, S., E. Cawood. 1996. „Male Infertility and Its Effect on Male Sexuality." *Sexual and Marital Therapy* 11 (3): 273–280.

Kirkman, M. 2001. „Thinking of Something to Say: Public and Private Narratives of Infertility." *Health Care for Women International* 22 (6): 523–535.

Kohler, H.-P., J. R. Behrman, A. Skytthe. 2005. „Partner + Children = Happiness? The Effects of Partnerships and Fertility on Well-Being." *Population and Development Review* 31 (3): 407–445.
Konečná, H. 2003. *Cesta za dítětem. Dvě malá křídla.* Praha: Academia.
Kubíček, V. 1997. „Mužská neplodnost a asistovaná reprodukce. Část I." *Gynekolog* 6 (5): 185–190.
Lampman, C., S. Dowling-Guyer. 1995. „Attitudes Toward Voluntary and Involuntary Childlessness." *Basic and Applied Social Psychology* 17 (1–2): 213–222.
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.
Lorber, J. 1989. „Choice, Gift or Patriarchal Bargain: Women's Consent to In Vitro Fertilization in Male Infertility." *Hypatia* 4 (3): 23–36.
Matthews, R., A. M. Matthews. 1986. „Infertility and Involuntary Childlessness: The Transition to Nonparenthood." *Journal of Marriage and the Family* 48 (3): 641–649.
Mareš, P. 2000. „Chudoba, marginalizace a sociální vyloučení." *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 36 (3): 285–297.
Mareš, P. 2002. „Co znamená mateřství." *Sedmá generace* 11 (10): 30–39.
Meyers, D. T. 2001. „The Rush to Motherhood – Pronatalist Discourse and Women's Autonomy." *Signs* 26 (3): 735–773.
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.
Mrázek, M. 2006. „Příčiny neplodnosti." Příspěvek přednesený na konferenci *Jaké je místo neplodnosti v kontextu propopulační politiky*. Praha, 1. 3. 2006.
Rabušic, L. 2001a. *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě.* Praha: Sociologické nakladatelství.
Rabušic, L. 2001b. „Value Change and Demographic Behaviour in the Czech Republic." *Czech Sociological Review* 9 (1): 99–122.
Řežábek, K. 1999. *Léčba neplodnosti.* Praha: Grada.
Sandelowski, M., D. Holditch-Davis, B. G. Harris. 1990. „Living the Life: Explanations of Infertility." *Sociology of Health and Illness* 12 (2): 195–215.
Sobotka, T. 2005. „Childless Societies? Trends and Projections of Childlessness in Europe and the United States." Příspěvek přednesený na konferenci *2005 PAA Annual Meeting*. Philadelphia, 31. 3. – 2. 4. 2005.
Sobotka, T. 2006. „Bezdětnost v České Republice." Pp. 60–78 in D. Hamplová, P. Šalamounová, G. Šamanová (eds.). *Životní cyklus. Sociologické a demografické perspektivy.* Praha: Sociologický ústav AV ČR.
Thornton, A., L. Young-DeMarco. 2001. „Four Decades of Trends in Attitudes Toward Family Issues in the United States: The 1960s Through the 1990s." *Journal of Marriage and Family* 63 (4): 1009–1037.
Throsby, K., R. Gill. 2004. „It's Different for Men. Masculinities and IVF." *Men and Masculinities* 6 (4): 330–348.

van de Kaa, D. J. 1987. „Europe's Second Demographic Transition." *Population Bulletin* 42 (1): 1–57.
van den Akker, O. 2001. „The Acceptable Face of Parenthood." *Psychology, Evolution & Gender* 3 (2): 137–153.
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.