

Univerzita Palackého v Olomouc

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**SOUVISLOST ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI, ATRIBUČNÍCH
STYLŮ A PARTNERSKÝCH PŘESVĚDČENÍ U
NEPLODNÝCH PÁRŮ**

**RELATIONSHIP BETWEEN LIFE SATISFACTION,
ATTRIBUTIONAL STYLES AND RELATIONSHIP
BELIEFS IN INFERTILE COUPLES**



Rigorózní diplomová práce

Autor: Mgr. Tereza Chobotská

Olomouc

2020

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: *„Souvislost životní spokojenosti, atribučních stylů a partnerských přesvědčení u neplodných párů“* vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité zdroje a literaturu.

V.....dne.....

Podpis.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svojí rodině za podporu, kterou mi při psaní této práce věnovala. Zároveň bych také ráda poděkovala všem respondentům a reprodukčním klinikám, díky jejichž ochotě a pomoci mohla tato práce vzniknout.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. Partnerství.....	9
1.1. Charakteristika partnerského vztahu.....	9
1.2. Vývoj partnerského vztahu.....	13
1.3. Komunikace v partnerském vztahu.....	15
1.4. Řešení konfliktů v partnerském vztahu.....	16
2. Životní spokojenost.....	19
2.1. Definice a vymezení pojmu.....	19
2.2. Zdroje životní spokojenosti.....	20
2.3. Faktory ovlivňující životní spokojenost.....	23
2.3.1. Osobnostní faktory životní spokojenosti.....	25
2.4. Životní spokojenost u bezdětných párů a párů s dětmi.....	27
3. Atribuční styly.....	30
3.1. Vybrané atribuční teorie.....	30
3.2. Důsledky atribucí.....	34
3.3. Sebeatribuce.....	37
3.4. Přesvědčení v partnerském vztahu.....	40
4. Neplodnost.....	43
4.1. Definice, dělení a prevalence.....	43
4.2. Biologické aspekty neplodnosti.....	45
4.3. Psychosociální aspekty neplodnosti.....	49
4.4. Vliv neplodnosti na partnerské vztahy.....	53
4.5. Léčba neplodnosti a její dopad na kvalitu života.....	55
5. Dosavadní výzkumy.....	61
5.1. Výzkumy atribučních stylů v souvislosti s kvalitou života.....	61
5.2. Výzkumy neplodnosti v souvislosti s kvalitou života.....	63
5.3. Popis výzkumu Navida, Mohammadiho & kol.....	65
PRAKTICKÁ ČÁST.....	67
6. Výzkumný problém, výzkumné cíle, výzkumné hypotézy.....	68

7. Aplikovaná metodika	73
7.1. Metody získávání dat	73
7.1.1. Dotazník životní spokojenosti	73
7.1.2. Dotazník atribučních stylů	75
7.1.3. Dotazník partnerských přesvědčení	76
7.2. Metody zpracování a analýzy dat	79
7.3. Etické aspekty	80
8. Výzkumný soubor	81
8.1. Výběr vzorku z populace a sběr dat	81
8.2. Popis souboru	83
9. Výsledky	90
9.1. Dílčí cíl 1: Popsání souvislosti mezi sledovanými proměnnými.	90
9.2. Dílčí cíl 2: Porovnání výsledků jednotlivých subškál dotazníku RBI u mužů a u žen.....	94
9.3. Dílčí cíl 3: Interpretace výsledků celkového dotazníku ASQ (Attribution Style Questionnaire) zvláště pro muže a ženy.	97
9.4. Dílčí cíl 4: Interpretace výsledné hodnoty škály Ukazatel naděje v nepříznivých situacích dotazníku ASQ (Attribution Style Questionnaire) zvláště pro muže a ženy.	99
9.5. Dílčí cíl 5: Popsání základních psychometrických vlastností dotazníku RBI (Relationship Beliefs Inventory) na zkoumaném vzorku.	101
10. Diskuze.....	105
11. Závěry.....	114
12. Souhrn	116
POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA	119
ABSTRAKT RIGORÓZNÍ PRÁCE	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Předkládaná práce se zabývá propojením několika, v posledních letech poměrně diskutovaných, témat. Jedním z nich je neplodnost, se kterou se v dnešní době potýká stále více párů, dokonce by se dalo mluvit o její vzrůstající tendenci, ať už jsou příčiny tohoto fenoménu jakékoliv (např. vzrůstající věk prvorodiček apod.). Za další často zmiňovanou oblast lze považovat životní spokojenost, která je v současnosti podrobena důkladnému vědeckému hledáčku, jehož cílem je najít co nejvíce faktorů přispívajících k jejímu zlepšení. My jsme si v tomto případě vybrali oblast atribučních stylů a partnerských přesvědčení, které mají dle mnoha výzkumů přímý vliv na partnerskou i životní spokojenost, stejně jako na to jak o životě a situacích, které prožíváme, smýšlíme.

V teoretické části se zaměříme jak na téma životní spokojenosti, tak na teoretické zakotvení atribučních stylů včetně vybraných teorií, se zaměřením na partnerské přesvědčení. Součástí je i samotná kapitola věnovaná partnerství, zejména stylům řešení konfliktů a zvládnání náročných životních situací. Zaměřujeme se zde i na neplodnost, její způsoby léčby, etiologii apod. V neposlední řadě také představíme vybrané dosavadní výzkumy provedené na podobné téma ve valné části v zahraničí. V praktické části potom čtenáři představíme metodologický rámec výzkumu, samotné výsledky výzkumu i zamyšlení nad limity a nedostatky této práce.

Téma rigorózní práce jsem si vybrala z důvodu zvětšujícího se zájmu o psychologickou pomoc pro nedobrovolně bezdětné páry. Vzhledem k tomu, že tyto páry z logiky věci strádají v důležité životní oblasti, kterou mnoho lidí považuje za smysl života, dá se předpokládat, že tím bude ovlivněna i jejich životní spokojenost. V tomto případě jsem se inspirovala zahraničním výzkumem a zajímalo mě, zda se jeho výsledky podobají výzkumu na české populaci. Cílem této práce je tedy více porozumět problematice životní spokojenosti v souvislosti s její kognitivní složkou, která je zde zastoupena atribučními tendencemi, u neplodných párů, což by mohlo vést ke zkvalitnění a zefektivnění práce s nimi.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Partnerství

Partnerský vztah je vztahem dvou osob, do kterého vstupují dva lidé s rozdílnými vlastnostmi, očekáváními a přáními. Vznikají mezi nimi pozitivní i negativní emoce, závazky a vzájemná zodpovědnost. Partnerský vztah má kromě daných všeobecných charakteristik také svá určitá specifika, kterými se odlišuje od ostatních interpersonálních vztahů. Kromě již zmíněných závazků a zodpovědnosti k druhému člověku, které se k danému partnerskému vztahu postupně váží, je typický specifickou blízkou emocionální vazbou mezi partnery (Smékal, 2000). Kvalitní partnerský vztah pomáhá sdílet problémy i radosti. Dal by se vyjádřit známým pořekadlem: „sdílená bolest je poloviční bolest a sdílená radost je dvojnásobná radost“. V první řadě je partnerský vztah nenahraditelný pro optimální fyzický i psychický vývoj člověka. Z několika výzkumů plyne, že samota je jednou z nejvýznamnějších predispozic pro vznik různých psychických i tělesných zdravotních problémů (Klimeš, 2005). Už jenom tyto důvody tvoří základ pro to, aby byla osobním vztahům věnována dostatečná pozornost.

V této kapitole se kromě podrobnější charakteristiky partnerského vztahu budeme zabývat také vývojem partnerského vztahu nebo komunikací a řešením konfliktů v něm.

1.1. Charakteristika partnerského vztahu

Definice partnerského vztahu existuje celá řada. Jednou z nich je například charakteristika partnerského vztahu jako vazby oboustranně zaangażovaných jedinců, jejichž vzájemný vztah vyjadřuje určitou kvalitu a liší se tak od ostatních milostných experimentů (Vágnerová, 2007). Klimeš (2005) pak tuto definici pojímá více poeticky, a to jako oboustrannou nabídku společné cesty životem. Langmeier a Krejčířová (2006) v jejich definici zase kladou důraz na vzájemné uspokojování potřeb partnerů jako je potřeba emočního a intimního soužití nebo potřeba mít děti.

Dle teorie o vzniku personálních vztahů Thibauta a Kellyho (1978, in Výrost & Slaměník, 2008) je základem partnerského vztahu interakce mezi partnery, která přináší svá pozitiva i negativa. Přirozeně to tak znamená, že každý vztah člověku něco dává a něco jiného naopak bere. Ziskem může být již výše zmíněné uspokojování potřeb, cenou potom například míra vynaloženého úsilí, konflikty či negativní emoce.

Všeobecně by mělo platit, že jsou v dlouhodobých vztazích partneři ochotni investovat hodně bez očekávání vlastního zisku. Nemělo by tak jít o pouhý popud něco získat a uspokojit svoje potřeby (Rusbult & Buunk, 1993). Teorie vzájemné závislosti bere v potaz i širší souvislosti, kterými jsou například vzniklý pocit zodpovědnosti za realizaci přání partnera, dlouhodobá perspektiva vztahu nebo vliv sociálních norem na fungování vztahu. Tato teorie taktéž vymezila čtyři základní vztahové charakteristiky, kterými jsou:

- Stupeň závislosti – rozsah, v jakém je zisk ze vztahu závislý na partnerovi nebo na společných aktivitách prováděných s partnerem.
- Vzájemná závislost – míra shody vzájemné závislosti.
- Totožnost žádoucích výsledků – míra shody v upřednostňování společně dosažených zisků.
- Základ závislosti – stupeň vzájemné kontroly partnerů a jejich chování.

Pojem vzájemné závislosti vyjadřuje očekávání, že v blízkých osobních vztazích se partneři ovlivňují nejen v rovině vnějších projevů chování, ale i ve svém prožívání. Samotný vztah vnímají a hodnotí oba partneři určitým způsobem. Z tohoto hlediska teorie rozlišuje dvě roviny, rovina spokojenosti a rovina závislosti. Rovina spokojenosti se dotýká pozitivního hodnocení vztahu neboli víry, že vztah k dané osobě uspokojuje mé potřeby. Rovina závislosti zase interpretuje, do jaké míry je dosahování pozitivních výsledků a uspokojování potřeb závislé na partnerovi (Výrost & Slaměník, 2008).

Kromě základních vztahových charakteristik Výrost a Slaměník (2008) definují také složky partnerského vztahu, kterými jsou závazek, intimita, atraktivita a láska.

Závazek je subjektivní prožitek osobní závislosti na partnerovi a zároveň stojí za pozitivní potřebou jedince pokračovat ve vztahu. Posiluje tak to, co brání jedinci ze vztahu při vzniku prvního konfliktu či jiné nepříjemné situace odejít, a zároveň připoutává vynaloženou energii, kterou jedinec do vztahu investoval směrem k partnerovi. Jedinec prožívá závazek silněji tehdy, když je přesvědčený, že jakékoliv jiné alternativy by byly horší. To vysvětluje častý důvod rozpadu vztahu, a to když jedinec potká někoho, kdo se mu jeví v mnoha ohledech lepší než jeho stávající partner.

Další složkou vztahu je **atraktivita**, která je důležitá zejména při navázání kontaktu. V tomto případě ale hovoří o atraktivitě pouze fyzické, rozlišujeme ale i atraktivitu osobní, kam řadíme názory, vlastnosti, přesvědčení nebo zájmy daného člověka.

Jako další aspekt kvalitního vztahu Výrost a Slaměník (2008) vnímají **intimitu**, která ačkoliv je v podvědomí mnoha lidí spojena pouze s partnerským vztahem je podle některých autorů základní podmínkou zdravého emocionálního a osobnostního vývinu dítěte a dospívajícího. Pojí se tak se všemi blízkými vztahy jako je přátelství, partnerství nebo rodičovství. Protože se autoři v definici intimity rozcházel, rozhodli se Register a Henley (in Výrost & Slaměník, 2008) o fenomenologickou metodu ve výpovědích respondentů o obsahové stránce intimity a dosáhli tak sedmi znaků intimity, kterými jsou:

- neverbální komunikace,
- vnímání času,
- přítomnost druhého je cítěna nejen fyzicky, ale i spirituálně,
- překračování přirozených hranic člověka,
- tělesné dotyky,
- pocit předurčenosti,
- transformace vztahu ve smyslu ztráty vlastní nezávislosti.

Poslední a bezpochyby nejdůležitější složkou partnerského vztahu je **láska**. Kromě toho, že je ústředním tématem velké části literárních a divadelních her, dokonce i dle některých pověstí důvodem pro války, vzniklo na její popud i mnoho psychologických výkladů a teorií. Jednou z nich je i Sternbergova triangulární teorie lásky, ve které jsou rozlišeny tři komponenty: závazek, intimita a vášeň. Na rozdíl od Výrosta a Slaměníka tak závazek a intimitu považuje za složku lásky ne partnerského vztahu. Lze se tedy zamýšlet nad skutečnými rozdíly těchto pojmů a jejich častou záměnu v odborné literatuře (Sternberg, 1986).

Do intimity kromě výše vymezených pojmů Registera a Henleye zahrnuje Sternberg starostlivost, vzájemné porozumění a podporu. Vášeň potom spojuje s motivací a vysokou psychickou aktivitou. Sternberg se taktéž v teorii zabývá vývojem jednotlivých složek a jejich vlivem na lásku jako takovou. Intimita dle něho ze začátku

vztahu postupně narůstá, ale pouze do určitého bodu, následně naopak mírně klesá. Závazek je oproti tomu spíše pomalu a neustále rostoucí komponentou, zejména v dlouhodobých spokojených vztazích i přes to, že na této cestě lze zaznamenat několik „vrcholů“ a naopak „poklesů“. A jako poslední je tady vášeň, jejíž tendence je rychlý nárůst a následný pozvolný pokles (Sternberg & Sternberg, 2018).

Výrost a Slaměník (2008) rozdělují lásku na dva typy: lásku přátelskou a lásku vášnivou. Vášnivou lásku prožívá většina párů v začátcích vztahu a je typická intenzivním citovým stavem, neustálými myšlenkami na danou osobu a potřebou s ní trávit veškerý volný čas. Taková láska trvá zpravidla několik měsíců, maximálně jeden rok. Po opadnutí této lásky u mnoha párů nastává deziluze. Pokud je ale překonána a vzájemné city u obou partnerů přetrvávají, vztah se mění v podobu lásky přátelské. Pro ni jsou zase typické hluboké přátelské vazby a vzájemná úcta na úkor prvotního „pobláznění“. Takovýto vztah poskytuje pocit vzájemného akceptování.

Fromm tuto lásku nazývá zralou, její charakteristika je ale velmi podobná. Podle něj je "zralá láska spojením, při kterém se zachovává vlastní integrita, vlastní individualita. Láska je aktivní silou člověka, silou, která boří zdi oddělující ho od jeho blízkých, která ho spojuje s jinými, láska mu pomáhá překonat pocit izolace a odloučenosti, přesto mu umožňuje, aby zůstal sám sebou a zachoval si vlastní integritu. V lásce se setkáváme s paradoxem, že dvě bytosti splývají v jednu, a přesto zůstávají dvě "(Fromm, 2006, s. 31).

Na Fromma navazuje Kirchler (in Nakonečný, 2009), zdůrazňující potřebnou kvalitu lásky a důvěry, které se ve spokojených partnerských vztazích staví nad veškerý osobní prospěch a zisk. Čím harmoničtější je podle něho vztah, tím těsnější jsou city, myšlenky a jednání partnerů.

Oproti poetickému pojetí Fromma a Kirchlera jsou tu psychologové, kteří lásku uchopují spíše z její praktické podstaty a vysvětlují ji v principech ekonomiky. Podle nich není láska nic obyčejnějšího, než vzájemná výměna hodnot a udržování přijatelné rovnováhy mezi výdaji a zisky (Lacinová & spol., 2016).

Je tedy zřejmé, že teorií lásky je mnoho a zdaleka jsme zde nepojmenovali ani tu menší část z nich. Představit čtenářům všechny poznatky, které byly v současné chvíli o lásce prozkoumány, není v možnostech této práce. Vybrali jsme proto alespoň ty, které jsou z pohledu autorky nejznámější, nejzajímavější nebo se přímo vztahující k této práci.

1.2. Vývoj partnerského vztahu

Vývoj partnerského vztahu je obvykle dělen do několika fází. Každá fáze je charakteristická rozdílným prožíváním vztahu. Matějková (2007) průběh vztahu dělí do tří fází, kterými jsou: zamilovanost, láska a přátelská láska. O fázi **zamilovanosti** lze podle Matějkové (2007) mluvit maximálně do třetího roku vztahu. Člověk ve fázi zamilovanosti pociťuje euforii, dobrou náladu, vyznačuje se zvýšeným sebevědomím a komunikativností, ke všemu zaujímá pozitivní přístup. Jednoduše se cítí být šťastný. Kromě osoby partnera k tomuto stavu přispívá také zvýšená produkce hormonu štěstí (serotoninu) a hormonu zamilovanosti (fenylethylaminu). Člověk má v této fázi vztahu pocit, že je absolutně přijímán, cítí se být volný a zároveň v harmonii s druhou osobou. Typickým znakem je i intenzivní pocit intimity, který se projevuje jak zvýšenou sexuální přitažlivostí, tak i sdělováním velmi osobních tužeb a přání (Poněšický, 2012).

Blechová (2010) v této fázi popisuje rozdílný přístup muže a ženy v počátečním přístupu k partnerskému vztahu. Zatímco žena bere vztah (pokud nedošlo k jiné domluvě s parterem) vážně, muž se otvírá postupně a trvá mu určitý čas, než o vztahu začne přemýšlet. To v ženě velmi často vzbuzuje nejistotu. Muži tento pocit vysvětlují strachem z vyjádření pocitů a následného možného zklamání.

O tom, jak poznáme druhou fázi vztahu, tedy dle Matějkové (2007) **lásku**, se stále spekuluje. Na čem se ale s jistotou autoři shodují je, že začátek této fáze je pozvolný a každého z párů poněkud odlišný z časového i kvalitativního hlediska. Corneau (2013) za počátek této fáze chvíli, kdy dokážeme partnerovi bez zábran říct slova „Miluji tě“. Nejdříve ale tyto slova znamenají spíše než vyjádření opravdového citu potřebu potvrzení vlastní hodnoty. Až po čase se význam těchto slov mění na opravdový cit vyjádřený radostí, že s druhým člověkem můžeme být, zároveň jsme ale sami sebou. Corneau (2013) tuto fázi vnímá jako těžší, jelikož při zamilování se zrcadlí náš ideální obraz v očích druhého, zatímco teď partneri porovnávají obraz se svou projekcí a zjišťují, že už není tak bezchybný, jak se zdálo. Toto přemítání může vést až

k následnému rozchodu. Pokud se to ale partnerům podaří překonat, můžeme mluvit o vztahu, který pozbyl sobectví a staví na vzájemné důvěře partnerů.

Poslední fází partnerského vztahu je **láska přátelská**. Ta nastává zhruba okolo 20 roku vztahu, kdy jsou partneři plně obeznámeni s osobností partnera a prožívají vzájemný a trvalý cit. V popředí vztahu by měla být vzájemná péče a starostlivost, důvěra, oddanost a respekt (Matějková, 2007).

Žádný vztah samozřejmě není ideální, takže se také potýká s méně klidnými obdobími, které nazýváme **partnerské krize**. Ty větší bývají v párech většinou okolo 3, 7 a 18.-25. roku. Krize nastávající po třech letech vztahu často pramení právě z opadnutí zamilovanosti a s ní i vášně. Jeden nebo oba partneři nedokáží nebo nechtějí vidět chyby svoje ani partnerovy, mají pocit, že se partner změnil, nebo že opadnutí míry okouzlení znamená horší kvalitu vztahu. Oproti tomu krize po 7 letech pramení z určitého trvalého stereotypu, který se často spojuje s dětmi, které potřebují stálý režim. Komunikace se často vede o provozních věcech a nezbývá prostor pro další témata. Partneři pak nemají příliš prostoru pro nové aktivity či jiné zpestření vztahu. S tím souvisí i ochladnutí sexuálního života. Lidé se ve všech oblastech znají, ví, na co a jak reagovat, což vede k pocitu bezpečí, který je ale zároveň „ničitelem“ vášně (Kreidl & spol., 2012).

Ke krizi po zhruba 20 letech většinou vede odchod dětí z domova, případně jejich zvýšená nezávislost na rodičích. Úkolem partnerů je novu se naučit fungovat pouze spolu. Zároveň vlivem stárnutí dochází k prohlubování negativních vlastností u obou partnerů a taktéž působí vliv „zajetých kolejí“, kdy jsou partneři zvyklí, že to ve vztahu nějak fungovalo a špatně se jim dělá jakákoliv změna. Partneři v této fázi vztahu často zvažují, zda by pro ně nebylo lepší investovat energii do nového vztahu, než do současného a vnímají to jako poslední možnost k najetí smysluplného trávení života i za cenu výměny partnera (Matějková, 2007).

Zajímavý výzkum ohledně průběhu vztahu provedl Rubin (in Karsten, 2006), který prokázal, že průběh vztahu spíše závisí na způsobech chování ženy. Taktéž došel k závěru, že se muži zamilují mnohem rychleji než ženy, zároveň ale jejich láska rychleji opadá. Co se týče rozchodů, ty podle něho lépe zvládají ženy, zatímco muži ho

prožívají mnohem více jako traumatický zážitek, pouze to na sobě nedávají znát. Domnívá se tedy, že ve skutečnosti jsou muži mnohem více romantičtější a ženy naopak praktičtější, než většina lidí předpokládá. To poměrně odporuje evolučnímu pojetí výběru partnera a vývoje vztahu, které říká, že se muži ve vztahu soustředí zejména na tělesnou přitažlivost, která hraje roli i v udržení partnera. U žen je to potom socioekonomický status partnerů (Karsten, 2006).

1.3. Komunikace v partnerském vztahu

To, že je komunikace základem vztahu, ví téměř každý. Otázkou ale zůstává, kdo se tohoto už téměř pořekadla opravdu drží a kdo ho bere spíše jako samozřejmost. Chapman (2002) pokládá komunikaci za základní kámen vztahu. Partneři mezi sebou mohou díky komunikaci sdílet svoje potřeby a pocity a díky tomu na svém vztahu pracovat a posouvat ho kupředu.

V komunikaci, ať už mezi partnery nebo mezi přáteli, existuje spousta fenoménů, které bychom mohli nazvat funkčními či nefunkčními pro vývoj vztahu. Je tedy zřejmé, že pro kvalitní a spokojený vztah je komunikace nezbytná. Dle Vybírala (2009) komunikace v jakémkoliv mezilidském vztahu plní tři důležité funkce, kterými jsou funkce instrumentální, řízení interakce a údržby vztahu. Instrumentální funkce kromě poskytování opory slouží pro pobavení ve vztahu. Funkce interakce řízení napomáhá tomu, aby komunikace byla plynulá a logická. A v neposlední řadě funkce komunikace jako údržba vztahu se ukazuje jako nejsmysluplnější ze všech tří vymezených funkcí.

Pokud je komunikace v páru funkční, a to nejlépe ve všech výše zmíněných složkách, pomáhá partnerům v úspěšném řešení i velmi složitých problémů. Zatímco v případě nefunkční komunikace se z maličkosti může stát dlouhodobý a bez pomoci téměř neřešitelný problém, který na sebe nabaluje problémy další. Kromě řešení problému má funkční komunikace v páru také vliv na osobnostní růst obou partnerů, pokud mezi nimi dochází ke sdílení zážitků a konstruktivní reflexi (Praško, 2005).

Praško (2005) ve své publikaci taktéž zdůrazňuje důležitost asertivity jakožto složky funkční komunikace, díky které by si partneři měli při zachování veškerého vzájemného respektu dokázat sdílet upřímně svoje pocity, potřeby či dojmy. Mezi hlavní výhody asertivní komunikace tak patří posilování pozitivní výměny informací,

kteřá podporuje pocit bezpečí nebo sebehodnotu obou partnerů. Kratochvíl (2009) tento proces oproti Praškovi nazývá autenticitou, v rámci které si partneři sdělují vše otevřeně v bezpečné atmosféře.

Vybíral (2009) mezi charakteristiky zdravé komunikace řadí **bezprostřednost reakce**, tedy okamžitou reakci na sdělenou informaci. **Kognitivní přizpůsobení** znamená přizpůsobení se jazyku, neverbální komunikaci i stanoviskům partnera. Dále je to **reciprocita**, která určuje, že by ve vztahové komunikaci měl každý dostat přibližně stejný prostor. Zmíněn je také **humor** jako důležitá složka kvalitní komunikace. A jako poslední je to **konzistence interakcí**, kdy by naše jednání a komunikace měli být shodné. Stejně jako předchozí autoři, Vybíral zdůrazňuje funkční komunikaci jako důležitý aspekt seberozvoje u obou partnerů.

Existuje samozřejmě spousta fenoménů, které způsobují nedostatky a následné problémy v komunikaci. Praško (2005) mezi tyto neproduktivní styly komunikace řadí například čtení myšlenek, kdy partner předpokládá, že ten druhý vycítí, co si právě myslí. Jako další pojmenovává například skákání do řeči, manipulaci nebo neverbální odmítání, což jsou projevy, které dávají druhému najevo nezáměr či nesouhlas. Stejný vliv má potom i neupřímnost, nejasnost sdělených informací, přehnané emoční reakce nebo rozdíl mezi verbálním a neverbálním projevem.

1.4. Řešení konfliktů v partnerském vztahu

Konflikty jsou nedílnou součástí každého partnerského vztahu. Každý z nás nějaké zažil, ať už to byly ty, nad kterými se po čase společně zasmějeme, nebo ty, na které nevzpomínáme zrovna s láskou. Samotný názor na konflikty bývá zdrojem konfliktů. Některé páry tvrdí, že se nikdy nehádají, jiné nás naopak nepřestanou překvapovat trváním své lásky i přes velmi časté neshody. Ukazuje se ale, že frekvence konfliktů pro spokojený partnerský vztah není určující. To, co odlišuje spokojené páry od těch nespokojených, je flexibilita či naopak rigidita, kterou projevují při řešení konfliktů (Canary & Messman, 2000). Například Pietromonaco a kol. (2004) ve svém výzkumu uvádějí, že v nešťastných manželstvích bývají konflikty spojeny s určitými vzorci chování, jako je negativní reciprocita, která konflikty může spíše dále vyhrocovat, než že by vedla ke konstruktivnímu řešení.

To, jak si partneři s konflikty umí poradit tedy ovlivňuje nejen jejich vnímání spokojenosti ve vztahu, ale také vlastní vývoj nebo přijetí ze strany druhých. Silars (in Zacchilli, Hendrick & Hendrick, 2009) rozdělil strategie řešení konfliktů do tří kategorií: **integrativní** (směřování k sobě), **distributivní** (směřování proti sobě) a **pasivně nepřímá** (směřující od sebe). Jako konstruktivní jsou potom hodnoceny strategie integrativní, zatímco distributivní se projevují sarkasmem či otevřenou kritikou vůči partnerovi a pasivně agresivní tím, že partneři z konfliktu utíkají nebo se mu úplně vyhýbají.

Zacchilli, Hendrick a Hendrick (2009) se zaměřili na běžné každodenní neshody v páru a popsali šest stylů řešení konfliktů. Prvním z nich je **kompromisní styl**, který jak už ze samotného názvu vypovídá, považují za nejproduktivnější z důvodu vzájemných partnerských kompromisů, které vedou k dřívější shodě mezi partnery. **Dominantní styl** je oproti tomu destruktivní, vedoucí ke snaze nad partnerem zvítězit za každou cenu. Jako další potom jmenují **separační styl**, který slouží k tomu, aby se mohly zklidnit rozbouřené emoce a mohlo se tak dojít k racionálnímu vyřešení problému. Čtvrtým stylem je **styl submisivní**, který značí tendenci partnerů při konfliktu ustupovat přáním a potřebám toho druhého. S tím často souvisí **vyhýbavý styl** řešení konfliktů, jehož název opět mluví sám za sebe – vypovídá tedy o snaze partnerů z konfliktu utéct. Oproti tomu **reaktivní styl**, který se projevuje výraznou nedůvěrou mezi partnery, verbální agresí a emoční nepřizpůsobivostí, považují autoři výhradně za styl destruktivní.

Důležitou roli v této tématice hrají bezesporu emoce, které mají vliv na subjektivní prožívání a na odpověď v rámci konfliktní situace. Například Forgas a George (2001) ve svém výzkumu prokázali souvislost výskytu častých negativních emocí ve vztahu s konfliktním chováním a nekonstruktivními styly řešení problémů.

Bell a Song (2005) předpokládají, že prožitek konkrétní emoce souvisí s atribucí viny v konfliktu, na behaviorálních predispozicích a zda se zaměřují na zájmy své nebo druhého. Na základě kombinace těchto charakteristik definovali čtyři strategie emoční regulace – hostilita, vztahová pozitivita, strach a na sebe zaměřená strategie. Zjišťovali, zda jednotlivé emoční strategie souvisí s pěti styly řešení konfliktu – dominantní, submisivní, integrující, kompromisní a vyhýbavý styl. Jejich výsledky potvrzovaly

souvislost mezi kompromisním stylem a prožíváním sympatie a respektu k druhému. Výsledky výzkumu mohou být ovšem zkresleny tím, že celý výzkum probíhal v situacích řešení konfliktů na pracovišti, které se od těch partnerských v mnoha oblastech liší.

2. Životní spokojenost

Dalším stěžejním tématem této práce je životní spokojenost, na kterou se v této kapitole více zaměříme. Naším cílem bude popsat zde samotný pojem nebo shrnout zjištěné zdroje a faktory životní spokojenosti. V posledních podkapitolách se potom zaměříme na souvislost životní spokojenosti a spokojenosti ve vztahu a v neposlední řadě na porovnání životní spokojenosti u párů s dětmi a bez nich.

2.1. Definice a vymezení pojmu

Téma životní spokojenosti se v dnešní době skloňuje všemi směry. V západní společnosti, kde vládne pevnou rukou témata jako sebevědomí, láska k sobě i ke svému tělu, autenticita nebo žití v přítomném okamžiku se vybízí diskuze, co to vůbec životní spokojenost je a jak jí poznáme. Proč někomu stačí ke štěstí málo a komu naopak nestačí, ani když ho má moc? Kromě článků populárně naučné literatury se nad tím zamýšlí i odborníci, kteří sami neznají jednoznačnou odpověď.

Výzkum životní spokojenosti se aktuálně dělí do dvou přístupů, které nazýváme jako hédonistický a eudaimonický. Subjektivní spokojenost a její prožitek řadíme do hédonistického směru. Eudaimonický přístup chápe životní spokojenost jako něco víc než pouhé štěstí. Zaměřuje se na smysl lidského života a osobnostní potenciál či poselství každého z nás (Ryan & Deci, 2017).

Primárně se však životní spokojenost chápe jako součást širšího konstruktů osobní pohody neboli well-beingu, konkrétně jako její subjektivní komponenta. Osobní pohoda je pokládána za prožitek relativně stabilní v čase trvajících dní až týdnů. Z toho důvodu jí řadíme k trvalejším emočním charakteristikám jako jsou nálady. Nicméně se může měnit na základě aktuálního psychického stavu i vnějších podnětů (Blatný & kol., 2005).

Podle Ryffové a Singera (2008) se osobní pohoda skládá ze šesti dimenzí, kterými jsou:

- osobní růst,
- sebepřijetí,
- smysl života,
- autonomie,
- zvládnání prostředí,

- pozitivní vztahy.

Kebza a Šolcová (2005) k těmto dimenzím řadí ještě tělesnou zdatnost, která vyjadřuje přijetí takového životního stylu, který vede k optimálnímu psychickému i fyzickému zdraví. Autoři také upozorňují na **sociální dimenzi** osobní pohody, na kterou je kladen větší důraz. Patří sem:

- sociální akceptace – příznivý vztah k druhým lidem a jejich přijetí,
- sociální aktualizace – důvěra v rozvoj a růst společnosti, její kladné hodnocení,
- sociální přínos – uvědomění a ocenění vlastní hodnoty,
- sociální koherence – soudržnost jedince s komunitou či společností,
- sociální integrace – hodnocení jedince jako funkčního článku společnosti.

Se zajímavou teorií přišli Ryan a Deci (2000), kteří předpokládají tři základní lidské potřeby, kterými jsou: autonomie, vztahy a kompetence. Potřeba **autonomie** znamená možnost mít volbu a učinit ji podle sebe. **Vztahovost** se týká potřeby mít zkušenost s druhými lidmi jako s citlivými a vnímavými jedinci, a zároveň být schopen se stejně chovat k nim. Potřeba **kompetence** se potom vztahuje k uplatňování a vyjadřování vlastních schopností a dovedností. Naplnění těchto tří potřeb je hlavní pro osobnostní růst, životní spokojenost a celkovou integritu osobnosti. Tato teorie je známá jako **teorie sebedeterminace**.

2.2. Zdroje životní spokojenosti

Jak už bylo výše zmíněno, životní spokojenost neboli osobní pohoda je prožitek trvajícím po určitou dobu. Řadíme jí proto ke stabilním emočním charakteristikám a náladám (Kebza & kol., 2005). Existuje několik zdrojů osobní pohody, které v následující kapitole stručně představíme.

Nejdůležitější složkou, která se objevuje ve všech přáních a bez které by pravděpodobně nebylo to ostatní, je **zdraví**. Zdravotní stav má bezpochyby významný vliv na prožitek životní spokojenosti. Proto se jako překvapivé může zdát zjištění, že objektivně dobrý zdravotní stav nemá s vnímáním štěstí a pohody takovou souvislost, jakou bychom čekali. Seligman (2003) zdraví řadí až na osmou příčku prediktoru životní spokojenosti. To potvrzuje i Blatný a kol. (2010), který udává, že se celková spokojenost těžce nemocných a zdravých lidí téměř neliší. Křivohlavý (2001) to

vysvětluje tím, že životní spokojenost je mnohem více otázkou rozhodnutí než prostým emočním stavem. Jedná se tedy hlavně o přesvědčení člověka, že je schopen situaci zvládnout, má na to potřebnou sílu schopnosti a dovednosti. Taková změna postoje potom slouží jako odvedení pozornosti od bolesti a zmírňuje tak její utrpení.

Za další důležitý zdroj životní spokojenosti je považován **věk**. Například Seligman (2003) vyvrací ve společnosti často vrytou představu o tom, že čím je člověk starší, tím se spokojenost se svým životem i sebou samým vytrácí. Naopak se v jeho výzkumu prokázalo, že životní spokojenost s věkem roste, i když pouze mírně. Co naopak ubývá je intenzita prožitků, a to jak pozitivních, tak i negativních.

Naopak Kebza a Šolcová (2005) i Blatný (2010) věku nepřikládají přílišnou důležitost při zkoumání prožitku osobní pohody. Co se ale podle jejich slov mění, jsou zdroje životní spokojenosti. U osob starší 70 let je zdrojem osobní pohody pocit autonomie a úplné samostatnosti, zatímco u osob středního věku je tím nejdůležitějším zdrojem pocit kontroly nad prostředím. U osob kolem 20 let je to potom osobnostní růst, který už je u výše zmíněných skupin spíše potlačen. Jako stabilní a na věku nezávislé se ukázaly zdroje plynoucí ze vztahů s druhými lidmi, sebepřijetí a smyslu života (Blatný, 2010).

Za další důležitý zdroj životní spokojenosti považují Kebza a Šolcová (2005) **vzdělání**, díky kterému člověk získává návyky, schopnosti a dovednosti, které dané osobě umožní prožívat plnohodnotnější život. Předpokládá se tak, že vzdělání člověku nabízí nejenom jiné životní příležitosti, které ho dále rozvíjejí, ale také že ho vybavuje kompetencemi pro lepší zvládání každodenních problémů, a pomáhá tak přejímat zodpovědnost za svoje osobní štěstí.

Se stejným názorem se lze setkat i v publikaci Blatného & kol. (2010), kteří konstatují, že s vyšší úrovní vzdělání se zvyšuje osobní pohoda. Vzdělaný člověk by měl mít větší filozofický náhled a ten by mu měl pomáhat zvládat náročné situace a životní obtíže. U žen má potom vzdělání velký vliv na sebepřijetí a udržování vztahů s okolím. Kahneman (2012; in Křivohlavý, 2013) tento názor upřesňuje tím, že lepší vzdělání je podle něj spojeno s vyšším hodnocením vlastního života, ale nikoliv s větším

prožívaným štěstím. Například v USA lidé s vyšším vzděláním uvádějí také vyšší míru stresu.

Oproti těmto názorům potom stojí Seligman (2003), který tvrdí, že vzdělání nemá žádný či velmi malý vliv na prožitek pocitu štěstí či na vnímání smyslu života. Jediný vliv vzdělání na životní spokojenost, který vidí, je to, že vzdělanější lidé obecně vzato vydělávají více peněz, které vedou k lepší životní úrovni, a tím i zvýšené životní spokojenosti.

Na druhou stranu bylo již několikrát prokázáno, že lidé zaměřeni na hmotný majetek bývají v životě všeobecně méně šťastní než lidé, kteří po penězích příliš netouží. Západní země mají sice oproti například domorodým kmenům výrazně vyšší životní úroveň, ukazuje se ale, že ta má mnohdy s životním štěstím pramálo společného (Blatný & kol., 2010).

Přesto finanční hodnocení zapadá do celkového socioekonomického statusu a je pro celkový pocit osobní pohody důležité. Tento vztah ovšem platí jen do určité úrovně, konečné hodnocení bývá ovlivněno efektem vzájemného srovnávání shodných i odlišných kategorií (Kebza & Šolcová, 2005).

Poslední zdroj, který by dle našeho názoru neměl ve výčtu zdrojů životní spokojenosti chybět je **manželství**, nebo partnerství. Muži i ženy se v manželském svazku dožívají vyššího věku, trpí méně fyzickými i psychickými nemocemi (Hamplová, 2004) a dokonce vykazují menší náchylnost k úrazům a běžným nemocem jako je chřipka nebo angína oproti svobodným či rozvedeným lidem (Priorová & Hayesová, 2003; in Blatný & kol, 2010). Toto tvrzení podporuje i Seligmanův výzkum, ve kterém se v partnerském svazku jako „velmi šťastný/á“ označilo 40 % lidí, zatímco u svobodných jedinců tomu bylo pouze u 24 % (Seligman, 2003).

Seligman (2003) zároveň upozorňuje, že ve všech případech prokázaného zvýšeného prožitku osobní pohody díky partnerskému vztahu, se jedná o spokojené manželství. V „nešťastném manželství“ naopak dochází k narušení pocitu životní spokojenosti a lidé, kteří v takovém svazku zůstávají, vykazují nižší prožívání pocitu štěstí než lidé svobodní či rozvedení.

2.3. Faktory ovlivňující životní spokojenost

V následující kapitole se stručně zaměříme na to, co konkrétně ovlivňuje životní spokojenost. Zdá se, že se autoři rozcházejí v tom, co jsou zdroje životní spokojenosti a co jsou její ovlivňující faktory. V literatuře se tyto pojmy často překrývají, a to i pro to, že ze zdroje osobní pohody se velmi lehce může stát faktor a naopak. Tak například z původně šťastného manželství jakožto zdroje životní spokojenosti se stává ve chvíli jeho rozpadu faktor, který přispěje ke zhoršení osobní pohody.

Baštecká & kol. (2015) ve své publikaci zmiňují tyto faktory:

- osobnost,
- příjem,
- věk,
- pohlaví,
- zaměstnání,
- náboženství,
- manželství a rodina,
- společenské kontakty,
- životní události,
- biologické vlivy.

Význam a prožívání životní spokojenosti jsou navíc podmíněny **kulturně**. Výzkumně se zjišťuje, že v kolektivistických společnostech mají lidé méně pocitů štěstí a osobní pohody. Menší však je i význam, který těmto konceptům přiřkládají. Přednost dávají společenské stabilitě, harmonickým vztahům a ekonomické prosperitě, nikoliv autonomii, svobodě a hédonickému potěšení (Lee & kol, 2003, in Baštecká & kol., 2015). Zároveň ale upozorňují, že osobní pohoda je heterogenní kategorie s různým složením a vahou podkategorií. Pojem zastupuje velmi složitou skutečnost, která je obtížně měřitelná, protože má na ní vliv okamžitá nálada, podněty z prostředí, dědičnost sklonu k dobré náladě, a dokonce i to o čem člověk snil v mládí. Velký vliv na nespokojenost v dospělém životě mají totiž mladické cíle, kterých se velmi špatně dosahuje (Kahneman, 2012, in Baštecká & kol., 2015).

Ve výčtu byla zmíněna také **osobnost** jakožto jeden z vlivů na subjektivní prožívání životní spokojenosti. Tou se u nás v tomto kontextu zabývala Hřebíčková & kol. (2010), která zjistila, že všechny rysy dotazníku NEO-BIG FIVE až na otevřenost ke zkušenosti korelovaly s prožitkem osobní pohody. Tyto výsledky odpovídají výsledkům zahraničních výzkumů.

Osobním cílům jakožto faktorům životní spokojenosti se věnoval i Csikszentmihalyi (1990), který se přikláněl k tomu, že aby cíle ovlivňovaly osobní pohodu pozitivním směrem, je třeba si klást takové, které jsme schopni zvládnout. Příliš velké ambice mohou vést k dlouhodobým pocitům nespokojenosti. Naopak ty nízké zase přinášejí pocity nudy a úzkosti. Zároveň zmiňuje důležitost procesu dosahování cíle jakožto faktoru mající větší vliv na životní spokojenost než samotný cíl.

Důležité jsou v oblasti životní spokojenosti také **kognitivní faktory** tedy to, jak si lidé vysvětlují životní události. Jak už z logiky věci vyplývá, spokojenější lidé situace v životě vysvětlují příznivěji oproti těm nespokojeným. Jsou více odolní negativní zpětné vazbě a ze své minulosti si spíše vybavují pozitivní události než ty negativní. Oproti tomu osoby nespokojené, navíc se zvýšenou mírou neuroticismu, mají tendence k takzvané ruminaci – tedy k opakovanému přehrávání nepříjemných situací či problémů a ulpívání na nich, které již zpětně nelze vyřešit. Naopak lidé se svým životem spokojení dokáží ve stresových situacích využít schopnosti kognitivní restrukturační, kdy negativní až ohrožující myšlenku přetransformují do takového módu, že se stane myšlenkou neutrální nebo dokonce získá pozitivní náboj a stane se možností pro další osobnostní růst (Vágnerová, 2007).

Křivohlavý (2006) za nejvýznamnější koreláty subjektivně udávaného pocitu štěstí, tedy kognitivní faktory, považuje tyto skutečnosti:

- Lidé s extrovertními rysy jsou spokojenější než lidé s introvertními rysy. Důležitou roli hraje také neuroticismus. Nejšťastnější budou extravertní lidé, kteří nejsou neurotici.
- Spokojený člověk je takový, který se dokáže přizpůsobovat změnám prostřední, životním okolnostem, bojuje s překážkami a zvládá obtíže.

- Šťastný je ten, jehož osobnostní charakteristikou je nezdolnost, která je stabilní a neproměnná.
- Pro to, aby člověk cítil pocit štěstí, je důležité, jak se dívá na život a na svět.
- Pocity spokojenosti zažívají častěji ti lidé, kteří se nadchnou a pro něco hodnotného se angažují.
- Šťastní jsou ti, kteří hledají životní smysl sami u sebe a dokáží se v životě rozhodovat a konat na základně vlastní iniciativy.
- Vztah dalších skutečností, jako jsou peníze, víra, pohlaví nebo zdraví, je mnohem složitější a není možné ho jednoznačně a obecně vyjádřit.

2.3.1. Osobnostní faktory životní spokojenosti

Protože se naše práce zabývá souvislostí životní spokojenosti, atribučních tendencí a přesvědčeními považujeme za důležité se více zaměřit na faktory životní spokojenosti, které plynou z osobnosti nebo chceme-li z psychologických podmínek člověka ovlivňujících.

V předchozí kapitole jsme již zmiňovali **osobnostní rysy** z hlediska NEO-Big five jakožto jeden z osobnostních vlivů. Hřebíčková & kol. (2010) zjistili souvislost rysů svědomitost, přívětivost, extravertze a neuroticismus s životní spokojeností. Svědomitost jakožto osobnostní rys nás vede k cílevědomosti a zodpovědnosti, na základě které dokážeme věci ve svém okolí dobře organizovat a plánovat včas a systematicky. Díky tomu lze předejít zbytečnému stresu. Přívětivost má dle Hřebíčkové a Urbánka (2001) temperamentový základ v emocionalitě. Projevuje se pozitivním přístupem k druhým, kladnému vztahování se ke světu, kooperativním jednáním a sociální žádoucností osoby, která se okolí jeví dobrosrdečně a důvěryhodně.

Tyto osobnostní rysy ovlivňují životní spokojenost ale spíše nepřímou nebo instrumentálně. Na základě svědomitosti a přívětivosti se dané osoby střetávají s takovými životními událostmi, které následně ovlivní jejich životní spokojenost patřičným způsobem (Kebza & Šolcová, 2005). Za přímé osobnostní faktory Kebza a Šolcová (2005) považují právě extravertzi a stabilitu (opačný pól neuroticismu). Obecně by se dalo říci, že extravertní osoby si sami přímo a aktivně vyhledávají situace, které vedou ke zvýšenému pocitu osobní pohody, jako je například setkávání s lidmi, účast na sportovních i kulturních aktivitách apod. Zároveň je jiné i jejich chování. Extraverti

se častěji smějí, více udržují oční kontakt, nebojí se klást otázky a dostávat na ně odpovědi, bývají vtipnější a rádi baví svoje okolí, jsou si celkově v okolním světě jistější. Podobně funguje i osobnostní rys stability. Pokud bychom ho „převrátili“ na neuroticismus, je už z logiky věci jasné, že pokud lidé dosahují vysokých hodnot na osobnostních škálách neuroticismu, budou více bojácní, nebudou tak často vstupovat do kontaktu s jinými lidmi, což osobní pohodě rozhodně nepřidá (Kebza & Šolcová, 2005).

Dalším rysem osobnosti, který ovlivňuje osobní pohodu je **atribuční styl** tedy to, jak si vysvětlujeme, co se nám děje. Pozitivně životní spokojenost ovlivňuje konkrétně explanační styl. Ten se projevuje tím, že jedinec nahlíží na dobré výkony jako na zapříčiněné svým vlastním úsilím a snahou, která je globální a stabilní v čase. S tím souvisí Bandurův pojem self-efficacy, což je vědomí vlastní účinnosti. Člověk tedy předpokládá, že je schopen dosáhnout stanoveného výsledku (Výrost & Slaměník, 2001). Podobný je i koncept self-esteemu, tedy sebúcty nebo chceme-li sebeocenění, který charakterizujeme jako dimenzi sebepojetí, která zahrnuje hodnocení vlastní osoby a její cenu i sebejistotu (Hartl & Hartlová, 2000).

S atribučními styly, kterými se budeme více zabývat v další kapitole se pojí i **optimismus**, na který můžeme nahlížet jako na atribuční styl. Lidé s optimistickým atribučním stylem připisují neúspěch obtížnosti úkolu či jiným vnějším okolnostem a úspěch naopak své vlastní schopnosti a kompetenci. Zatímco lidé s pesimistickým atribučním stylem připisují nezdar při řešení problému své vlastní nekompetenci, což logicky nepřispívá k pocitu osobní pohody (Kebza & Šolcová, 2005). Jiní autoři vnímají optimismus spíše jako postoj, který je spojen s očekáváním žádoucí budoucnosti (Tiger, 1979, in Dosedlová & kol., 2005). Taková očekávání se samozřejmě pojí s příjemnými pocity, jejichž prožívání ovlivňuje celkovou životní spokojenost. Optimismus lze tedy považovat za přímý faktor osobní pohody, nicméně jí ovlivňuje i nepřímou, tedy instrumentálně. Prostřednictvím aktivního chování, které se v tomto případě projevuje pozitivně zejména při řešení životních problémů a komplikací – tedy aktivním hledáním řešení, dochází k častějšímu vyřešení těchto potíží a tím i následnému zvýšenému pocitu životní spokojenosti. Optimističtí lidé taktéž nahlíží v lepším světle sami na sebe, na lidi kolem sebe, na všechny události, a dokonce si i

mnohem častěji vybavují pozitivním vzpomínky na úkor těch negativních (Křivohlavý, 2012).

Z výše uvedených poznatků se tak může zdát, že životní štěstí nebo chceme-li osobní pohoda není určována vnějšími podmínkami tolik, jak by se mohlo na první pohled zdát, ale je spíše rozhodnutím a zodpovědným nakládáním s vlastním životem a blízkými vztahy, a schopností nacházet smysl v situacích, které ho na první pohled postrádají.

2.4. Životní spokojenost u bezdětných párů a párů s dětmi

Ke konci 20. století se jak v České republice, tak ve světě zaměřila pozornost na zkoumání partnerské spokojenosti u lidí s dětmi a bez nich. V této době se začaly objevovat první střípky diskuzí ve veřejném sektoru o lidech, kteří se rozhodli pro dobrovolnou bezdětnost, zároveň ale začal narůstat počet případů těch, kteří si sice děti přáli a nedařilo se jim toho přirozenou cestou dosáhnout (Somers, 1993).

Prvotní studie hovořily poměrně jasně – větší spokojenost byla naměřena u bezdětných párů. To lze vysvětlit poměrně častým fenoménem, který popisuje většina párů s dětmi. Na partnera a celkově vztah nezbyvá tolik času jako před tím, středobod života se obrací směrem k potomkům a na nic jiného nezbyvá energie. Jak už bylo výše zmíněno, společný čas partnerů prohlubuje vzájemný pocit sounáležitosti, pomáhá k lepší komunikaci i emoční intimitě. Ve chvíli, kdy prostor pro rozvoj vztahu chybí, může přirozeně docházet k jeho úpadku. A jak už víme, partnerský vztah je jedním z důležitých zdrojů životní spokojenosti (Dew & Wilcox, 2011).

Pro tento fakt svědčí i výzkum Twenga & kol. (2004), kteří se ve své studii věnovali životní a manželské spokojenosti. Zjistili, že životní i partnerská spokojenost klesá s každým narozeným dítětem zejména z důvodu zvýšených konfliktů a nedostatku svobody. Pouze 38 % matek s dětmi označilo svoji životní spokojenost za větší než před dětmi. Autoři zároveň zjistili, že je tento negativní vliv rodičovství na osobní pohodu větší ve skupinách s vyšším socioekonomickým statusem a ve skupinách, kde byly matky nízkého věku (do 25 let).

Na druhé straně stojí například výzkum Kohlera & kol. (2005), který zkoumal životní spokojenost u párů před prvním dítětem, následně po něm a potom znovu po druhém

dítěti. Ukázalo se, že po prvním dítěti se statisticky významně zvýšila životní spokojenost jak u mužů, tak u žen. Po druhém dítěti spokojenost naopak výrazně klesla. Výzkumníci se ve studii také zaměřili na to, zda má na životní spokojenost vliv pohlaví dítěte. V případě prvorozeného se ukázalo, že je tento vliv zřejmý pouze u mužů. Životní spokojenost po prvním dítěti se zvýšila o 75 % více v případě, že se narodil chlapec, než když se narodilo děvče.

Kohlera & kol. (2005) zároveň zajímalo, zda bude mít přítomnost dětí ve vztahu efekt na životní spokojenost u partnerů ve věku 50-70 let. Zde se ukázalo, že (ne)přítomnost dětí měla na prožívanou osobní pohodu žádný nebo zanedbatelný vliv. K jiným závěrům ale došli Albertini & Kohli (2009), kteří zjistili, že bezdětné páry v pozdějším věku dostávají podstatně menší sociální podporu ze strany veřejnosti i rodiny, což znamená, že jejich životní spokojenost je ve srovnání s páry s dětmi nižší.

Považujeme za nutné podotknout, že mnoho výzkumů se soustředí pouze na negativa, která rodičovství bezpochyby přináší, ale přínosy bývají opomíjeny. Výsledky tak mohou být značně zkreslující. Studie také mnohdy nerozlišují, zda se jedná o dobrovolně či nedobrovolně bezdětné páry. Taktéž se nám nepodařilo dohledat výzkum, který by srovnával, zda se jedná o páry, které podstoupily umělé oplodnění či nikoliv, zda se pokoušely o adopci apod. Všechna tato fakta mohou životní spokojenost ovlivňovat a ve výsledcích výzkumu se to nemusí na první pohled objevit.

Jeden z výzkumů, kde autoři porovnávali životní spokojenost párů, které nemohou mít děti přirozenou cestu ve chvíli před počátkem celého procesu IVF (umělého oplodnění) a pět let po úspěšném procesu, je longitudinální studie Schanza & kol. z roku 2011. Ukázalo se, že ve chvíli, kdy páry již měli své děti, jejich životní spokojenost z hlediska testových metod sice klesla, a to u mužů nejvýrazněji v subškále Finance, u žen potom v subškálách Volný čas a Partnerství, z hlediska kvalitativní stránky výzkumu, kdy s účastníky probíhaly následné rozhovory, popsali mnohonásobné pocity štěstí, naplnění a smyslu života.

Greil & kol. (2017) porovnávali neplodné páry, které děti nemají ani nepodstupují proces umělého oplodnění a páry s dětmi z hlediska životní spokojenosti. Jejich zjištění podporují výzkumy, které vyvádaly sníženou životní spokojenost u párů bez dětí.

Ukázalo se, že neplodné páry vykazovaly sníženou spokojenost s četnými oblastmi jejich života, jako například sociální opora, nedostatek smyslu života, horší zvládání stresu, častější rozvoj afektivních a neurotických poruch apod.

Jak můžeme vidět, výsledky výzkumu se ukazují velmi rozličné. Vnímáme to jako určitou neschopnost jakéhokoliv výzkumu pojmout tak širokou paletu jakou je životní spokojenost v souvislosti s (ne)plodností. Celkově lze shrnout, že životní spokojenost v této oblasti je značně individuální a proměnlivá, záleží na mnoha působících faktorech a také pohledech, jak na ní nahlížíme. Zároveň je také těžké skupiny bezdětné a s dětmi úplně rozlišit ve světě oddalování prvního potomka do stále pozdějšího věku, avšak každá skupina vykazuje jiné postoje a prožívání svého stavu. Vztah rodičů není často v přítomnosti dětí jejich prioritou, může se tak zdát, že se jejich životní úroveň, co se týče právě již zmíněného volného času, financí, pocitů svobody či spokojenosti v páru zhoršila, avšak v životě bývají celkově více šťastní.

3. Atribuční styly

Lidé mají všeobecně tendence vysvětlovat si chování svoje i ostatních lidí, proč se věci dějí, jak se dějí, a to i tehdy, když vysvětlení postrádá objektivní logiku. Potřebu vysvětlovat si svoje chování pocítují především tehdy, když se stane něco neobvyklého či vybočujícího z normálních standardů. Tato přesvědčení výrazně ovlivňují chování i prožívání lidí. Pokud například člověk věří, že úspěchu dosáhl svojí vlastní snahou či pílí, bude tento úspěch prožívat subjektivně mnohem více než člověk, který má pocit, že tohoto úspěchu dosáhl náhodou, zasáhnutím nějaké „vyšší síly“. Stejně tak se potom bude jinak chovat člověk, který má pocit, že vše špatné, co se mu v životě děje vypovídá o jeho celoživotní smůle a neštěstí, nebo takový, který věří, že se jedná pouze o jediný incident, který se v další chvíli může změnit. Tím se dostáváme k základnímu rozdělení atribucí (Myers, 2016).

V následující kapitole se blíže podíváme na nejznámější atribuční teorie, jejich dopady na chování lidí, dále nás budou zajímat metody získávání atribučních stylů a v neposlední řadě se podíváme na partnerská přesvědčení jakožto indikátoru životní spokojenosti.

3.1. Vybrané atribuční teorie

Jak už bylo výše zmíněno atribuce vypovídá o způsobu, kterým osoba vysvětluje chování svoje a ostatních. Toto hodnocení probíhá z hlediska čtyř primárních atribučních tendencí. První z nich je dimenze **vnější - vnitřní**. Jedinec přisuzuje svůj neúspěch buďto vnitřním faktorům (nedostatek schopnosti, úsilí) nebo vnějším faktorům (obtížnost úkolu). Jako další potom posuzujeme, zda se jedná o atribuci **stálou nebo nestálou**. Pozorovatel hodnotí příčinu jako stabilní, pokud jí lze obtížně až nemožně změnit (např. inteligence, zákony). Naopak jako nestabilní vnímá takovou příčinu, kterou lze poměrně snadno ovlivnit (úsilí). Další dimenze je **globální - specifická**, jedná se tedy o to, zda člověk posuzuje chování a prožívání v dané situaci jako ojedinělé či z něho dělá všeobecně platný závěr. A jako poslední atribuční dimenzi rozlišujeme, zda přisuzujeme úspěch či neúspěch jen samotnému člověku nebo i všem ostatním lidem, jedná se tedy o dimenzi **univerzálnost - personálnost** (Výrost & Slaměník, 2008).

Koncepce a teorie zabývající se kauzální příčinností jsou založeny na předpokladu, že vnější stimuly neovlivňují naše emoce a reakce přímo, ale prochází právě přes naše atribuce, přesvědčení nebo chceme-li obecnější pojem – kognice. Výzkumy zabývající se vztahem stimulu a atribucí nazýváme atribučními teoriemi, zatímco studie, jež se zajímají o to, jak naše přesvědčení ovlivní reakce jako myšlenky, emoce a chování, nazýváme atribučními koncepty (Myers, 2016).

Základy atribučních teorií položil Fritz Heider, který lidi považoval za takzvané „naivní vědce“, kteří se snaží dát do souvislosti pozorované jevy a chování s jejich příčinami. Poznávání těchto příčin potom pojmenoval jako proces připisování. Atribuční teorie se tedy zabývají hledáním kauzálních příčin, což je deduktivní proces, kdy pozorovatel přisuzuje následek jedné či více příčinám. Jedná se tedy o vytvoření souvislosti mezi příčinou a následkem. Atribuční styl je potom tendence docházet k přibližně jednotnému druhu závěru v různých situacích (Výrost & Slaměník, 2008). Heiderova atribuční teorie rozlišuje dva základní druhy faktorů, kterými si lidé vysvětlují různé jevy: interní - čin je přisouzen osobě, která ho vykonala (jeho vlastnostem, schopnostem, apod.) nebo externí - událost je způsobena nějakým aspektem sociálního či fyzického prostředí (náhoda, štěstí, osud) (Heider, 1958).

Jako další představili Jones a Davies svojí teorii *korespondujících inferencí*. Podle těchto autorů je postup pozorovatele opačný, než postup aktéra. To znamená, že posuzovatel zpracovává informace směrem od výsledků chování k možným vnitřním dispozicím aktéra. Posuzovatel přitom neuvažuje pouze viditelný efekt chování, ale i možné efekty alternativního chování, protože každý se v dané situaci může projevit různorodým chováním. Atribuce je korespondující tehdy, jestliže dispozice přisouzená jednajícím koresponduje s jeho chováním (Myers, 2016).

Na přisuzování dispozičních příčin se podílí několik faktorů. Prvním z nich je sociální žádoucnost, která se vztahuje na chování, jenž je zaměřené na získání či udržení souhlasu druhých. Takovému chování přisoudíme spíše situační příčinu. Naopak dispoziční příčinu pozorovatel přisoudí aktérovi spíše tehdy, kdy je pozorované chování hédonicky relevantní. Pozorovateli se nemusí podařit identifikovat dispoziční příčinu vždy, a to z důvodu, protože aktérovi společenské důsledky neumožňují se aktivně projevit (Řehan, 2007).

Jako další představil v roce 1967 Harold H. Kelley svoji **kovarianční teorii**, která v tomto případě počítá s klasickou dispoziční příčinou, pouze tu situační rozděluje na dvě třídy, a to vnější podnět k němuž chování aktéra směřuje a okolnosti situace, v níž jednání probíhá. Dále Kelley vymezil tři základní kritéria atribucí:

- Konsenzus neboli míra shody chování aktéra s chováním ostatních lidí v podobné situaci.
- Konzistence jakožto míra shody chování aktéra s jeho chováním v jiných situacích a v jiném čase.
- Distinktivnost, která značí míru shody chování aktéra k danému podnětu a jiným podnětům (Řehan, 2007).

Všechny tyto proměnné variují ve vysoké a nízké rovině. Na základě posouzení těchto proměnných docházíme k závěrům, kterou ze tří příčin je výsledek situace zapříčiněn: charakteristikami dané osoby, objektem dané situace, nebo okolnostmi dané situace. Minimální potřebný počet jsou tedy dvě pozorování tak, aby bylo dosaženo například konsenzu i konzistence, distinktivnosti i konsenzu apod. (Kelley, 1973). Tato teorie má jediný háček a to, že v mnoha životních situacích nemáme dostatek informací na to, abychom mohli kovarianční model zcela uplatnit (Řehan, 2007).

Jako poslední potom zmíníme teorii **atribucí příčiny v úkolových situacích**. S touto přišel B. Weiner v roce 1979 ve studii, kde uvedl jemnější dělení jak dispozičních, tak situačních příčin, které jsou atribuovány v situacích úspěchu či neúspěchu. Úspěch nebo selhání v úkolových situacích vyvolají v subjektu specifickou emoční reakci. Weiner dělí dané příčiny následovně:

	VNĚJŠÍ	VNITŘNÍ
STABILNÍ	Předmět, úkol	Schopnosti
NESTABILNÍ	Náhoda, štěstí	Úsilí

Z následného výzkumu, který měl za úkol toto rozdělení ověřit vyplynulo, že reálněji atribuuji příčiny svého úspěchu či nezdaru ti, kteří dosažením tohoto (ne)úspěchu nejsou nijak překvapeni, tedy odhad jejich schopností koresponduje s výsledkem v dané situaci (Weiner, 2008).

S atribucemi souvisí také osobnostní charakteristika *Locus of control* neboli místo řízení / kontroly, kterou světu představil J. B. Rotter. Ta přisuzuje význam a dopad našich činů na okolní události. Tedy určuje, zda jsme schopni svým úsilím ovlivnit události, které se nám dějí či nikoliv. Dle toho se rozlišují dva typy lidí. První z nich jsou externalisté, kteří příčiny svých (ne)úspěchu přisuzují vnějším okolnostem, chybí u nich pocit vlastní kontroly nad životem. Naopak internalisté mají velkou víru ve svoje schopnosti ovlivnit chod událostí, držet svůj život ve svých rukou. Dle jejich názoru záleží pouze na nich samých, jaký život povedou (Rotter, 1966).

Podle širšího pojetí lze také koncept místa ovládnutí vnímat jako měřítko, v jakém lidé akceptují či neakceptují odpovědnost za události. Nedostatek vědomého řízení a rozhodování o vlastním životě vede k rozvoji očekávání vnějších zdrojů, které nám napomohou k tomu, co chceme získat. Toto přesvědčení potom často souvisí s přehlížením souvislostí mezi jedincovou aktivitou a následnými výsledky. Zpětné posílení je pak vnímáno jako věc náhody či štěstí. Úspěch i neúspěch je potom připisován něčemu, co přesahuje samotného člověka (Vašátková, 2005).

Rotter celý koncept LOC (locus of control) zpočátku vnímal spíše hodnotícím způsobem, kdy vyšší internalita byla spojována s vyšším socioekonomickým statusem, větší aktivitou v životě, vyšší výkonností, lepší schopností zpracovávat informace či pomáhajícím chováním. Oproti tomu externí zaměření osobnosti dává do souvislosti s nižším socioekonomickým statusem, pasivitou, ale také s interkulturními a mezirasovými rozdíly. Až později ve svých publikacích zdůraznil, že interní dimenzi kontroly nelze všeobecně spojovat s pozitivním hodnocením a externí dimenzi vnímat pouze jako nevýhodnou charakteristiku (Cohen, 2002).

Samotný proces hledání příčin je poměrně náročný proces. Naše chování je ovlivňováno mnoha faktory (např. dosažené vzdělání, přirozená inteligence, schopnost regulovat emoce apod.), proto může být velmi těžké určit, který faktor je v dané situaci ten rozhodující. Navíc mnohé jevy, které se odrážejí v našem chování mohou být neuvědomované. Podstatné je například kolik informací máme o sobě a dané situaci. Kauzální řetězec tak může být velmi dlouhý a složitý, často ani nelze rozklíčovat všechny příčiny a jejich následky odrážející se v našem chování a prožívání (Neusar, 2009).

3.2. Důsledky atribucí

To, jakým stylem atribuuje, tedy to, jak přisuzujeme příčiny chování ostatních lidí, i to, jak si vysvětlujeme situace, které se nám v průběhu života dějí, ovlivňuje několik faktorů včetně výchovného prostředí nebo kultury. Prvním důležitým důsledkem našeho nahlížení na svět jsou tedy **atribuční styly** (Tilly, 2008).

Styl uvažování je v nás hluboce zakořeněný, ovlivňuje naše myšlení, jehož důsledkem je způsob dívání se na život a na svět. Dalo by se říct, že explanační styl je naším charakteristickým znakem. Určuje, kdo jsme, zároveň je i naší ochrannou známkou. Důsledek tohoto pohledu spatřuje Křivohlavý (2012) například v tom, zda se lidé stanou optimisty či pesimisty.

V postojích lidí je možno diagnostikovat určité dimenze. Hlubší rozbor těchto postojů provedla skupina kolem M. E. P. Seligmana, která vyčlenila tři dimenze. První hledisko, z kterého musíme daný postoj posuzovat je čas, druhé potom rozsah. Třetí dimenze se zaměřuje na náš osobní podíl na tom, co se děje. Zjednodušeně řečeno za pesimistu je považován člověk, který v situaci, kdy se mu děje něco negativního, chápe momenty, které k tomuto stavu vedou, jako síly působící dlouhodobě, jsou obecné platné a pramení z něho samotného (on to zlé způsobil, může za to výhradně on sám). Naopak optimista vyhodnotí negativní situaci jako krátkodobou, omezenou na daný čas, prostor a okolnosti, které jsou většinou mimo dosah jeho samotného. Tedy na tom, co se stalo má minimální podíl (Křivohlavý, 2012).

S tímto rozdělením lidí na optimisty a pesimisty a určením jednotlivých dimenzí jejich postojů ke světu úzce souvisí **koncepte naučení bezmocnosti**. Tento syndrom vzniká tím způsobem, že je jedinec vystaven situaci, v níž žádný způsob chování nevede k ovlivnění objektivního chodu událostí. Situace, v níž se jedinec nachází, pro něj není z jeho pohledu kontrolovatelná a nemá žádný zjevný vztah k danému aktérovi. Tato teorie tvrdí, že pasivita a pocit jedince, že není schopen jednat a zvládat vlastní život, se objevuje na základě nepříjemných zážitků a traumat, které se jedinec neúspěšně snažil zvládnout, což ho posléze přivedlo do stavu deprese (Peterson, Maier & Seligman, 1995). K této teorii později Abramsonová připojila koncept beznaděje. Říká totiž, že ke vzniku deprese nestačí pouze samotný pocit neschopnosti kontrolovat situaci, ale také přesvědčení, že nelze získat úspěch v žádné podobné situaci ani

v budoucnu. Jedná se tedy o očekávání, že žádoucí výsledky se nedostaví nebo že se naopak dostaví výsledky nežádoucí, které člověk nebude schopen změnit (Baštecká & kol., 2015). Na základě tohoto modelu lze naučenou bezmocnost charakterizovat jako reakční vzorec založený na poznání, že zdrojem negativních událostí jsou interní, stabilní a globální příčiny. Situace úspěchu jsou naopak přisuzovány externím, nestabilním a specifickým příčinám (Vašátková, 2005).

Beck význam tohoto konceptu identifikoval u skupiny depresivně nemocných, suicidantů, schizofreniků, alkoholiků či psychosomaticky nemocných. Podle něj jsou v tomto případě důležité dva faktory: ztráta motivace, a právě ono očekávání neúspěšné budoucnosti. Z toho pramení i Beckův terapeutický směr, který je založený na tom, že jsou emoční poruchy vysvětlovány jako důsledek nepřiměřených názorů, které jsou reprezentovány především automatickými myšlenkami, které jsou generalizacemi různých situací bezmoci a beznaděje. Jde o kognitivní poruchu založenou na tzv. depresivní triádě - negativních generalizacích ohledně sebe sama, okolního světa i budoucnosti (Kratochvíl, 2017).

Typ atribučního stylu tak lze v jistém ohledu pojímat rovněž jako prediktor duševního zdraví a vnímání životní spokojenosti jedince (Cheng, Furnham, 2001). Lze však předpokládat rovněž implikace pro oblast fyzického zdraví. Byla zjištěna například souvislost využívání globálních a stabilních dimenzí pro vysvětlování negativních událostí jako jsou úrazy či jiné fyzické omezení včetně neplodnosti (Navid, Mohammadi & kol., 2018).

Atribuce má taktéž vliv na **prožívání emočního vzrušení**. Pokud je možno excitaci vysvětlit situační příčinou, dojde k menšímu ovlivnění prožitku než ve chvíli, kdy vnější příčinu danému chování připsat nelze. Emoční prožitek se zvyšuje také tehdy, kdy se vzrušení nepodařilo určit správnou příčinu. Tento jev zkoumali v roce 1962 ve svých pokusech Saschter a Singer, kteří probandům vpíchlí injekci adrenalinu a pozorovali, jakou emoci si s tímto stavem jedinci spojí a jak si tento prožitek budou vysvětlovat. Prokázali tím, že v prožívání emocí hraje klíčovou roli právě kognitivní komponenta, díky které proband vyhodnotí fyziologické procesy s danou emoci spojené a určí tak o jakou emoci se jedná, což následně ovlivní jeho chování (Shaked & Clore, 2016).

Dalším důležitým aspektem, který atribuce ovlivňuje, je **motivace**, konkrétně její posun mezi vnitřní a vnější. Ukazuje se, že pokud je osobě nabídnuta odměna za nějaký úkon, způsobí to, že se pozornost přesune k vnější motivaci k provedení úkolu na úkor vnitřní motivace. To vede k závěru, že pokud člověk potřebuje ke svému jednání vnější motivaci, nejedná se o naplňující činnost (Murayama & kol., 2016).

Motivací a atribucemi se zabýval i Weiner, jehož teorie je zmíněna výše. Ten rozšířil Heiderovo pojetí příčin o dimenzi trvalosti v čase (stabilita x variabilita příčiny) a dimenzi kontrolovatelnosti (osobou ovlivnitelné příčiny x osobou neovlivnitelné příčiny). Výsledkem je trojrozměrné schéma kauzality, z něhož vyplývají důsledky pro motivační sféru a dosahování cílů. Jeho hlavní předpoklad tvoří rozdílná míra potřeby výkonu u různých skupin lidí. Velmi zjednodušeně lze shrnout, že vysoce motivovaní lidé s vysokou výkonností mají tendenci připisovat úspěch interním dispozicím, z čehož pramení pozitivní emocionální odezva. Tito lidé atribuuji neúspěch externím variabilním příčinám za minimálního negativního emočního hodnocení, což jim umožňuje udržet si do budoucnosti poměrně vysoká očekávání úspěchu. Naopak lidé s nízkou motivací přisuzují úspěch vnějším ovlivnitelným příčinám, což snižuje jejich emoční uspokojení a očekávání úspěchu v budoucnu. Selhání přičítají interním, stabilním příčinám za doprovodu negativních emocí (Försterling, 2001).

Pokud bychom měli důsledky, které pro nás naše atribuce mají shrnout, můžeme mluvit o důležitosti situace versus dispozice. Všeobecně platí, že pokud aktér vykoná jakýkoliv pozitivní čin, pozorovatel na něj bude reagovat přívětivěji v případě, že ho přisoudí jeho dispozičním příčinám. Naopak negativní činy jsou více tolerovány, pokud je pozorovatel připíše spíše situaci. Zároveň je v každé situaci důležité přesvědčení aktéra o schopnosti situaci kontrolovat nebo ji jakkoliv ovlivnit (Peterson & Steen, 2002).

Koncept atribucí a jejich vliv na náš život tedy vychází z psychologického poznatku, který ukazuje, že se v určitých situacích naše myšlenky rychle mění v přesvědčení. Toto přesvědčení následně ovlivňuje to, co cítíme a co děláme. Situace přitom často bývá taková, že si sami v dané chvíli ani neuvědomujeme, co stojí v pozadí za tím, co cítíme nebo jak se chováme. Jde tak v podstatě o to, mít pod kontrolou způsob svého myšlení a uvažování v těžkých situacích, které nás mohou různým způsobem ohrožovat. Pokud

tomu tak není, člověk má tendenci sahat po maladaptivních způsobech zvládnání stresových situací, které může sklouznout až do různých psychických potíží jako např. depresí. Můžeme tedy říci, že způsob našeho nahlížení na svět (a přemýšlení o něm) ovlivňuje to, jak zvládneme životní obtíže a jak se k nim postavíme (Seligman, 2003).

3.3. Sebeatribuce

Jednotlivé koncepty atribuční teorie od sebe nelze striktně oddělovat, například místo ovládnání je úzce provázáno s vnímáním odpovědnosti, proto se témata kapitol do značné míry prolínají. Co ale oddělit lze, je posuzování příčin jednání ostatních a tzv. sebeatribuce, tedy představy, které si lidé vytvářejí o svém vlastním chování a jeho výsledcích. Sebeatribuce jsou důležité například pro odhad vlastního výkonu, směřování k vytyčenému cíli i přes kladené překážky nebo pro vyrovnání se s těžkou životní situací (Vašátková, 2005).

Atribuování vlastností jiných a sebatribuce jsou související a navzájem se ovlivňující procesy. Způsob, jakým jedinec nahlíží na sebe, může být provázáno i s jeho pohledem na okolní svět. Je rovněž důležité uvědomit si, že při hodnocení příčin událostí své poznatky organizujeme do jisté formy příběhu, pomocí nějž se snažíme odehrané situaci porozumět, případně pochopit vztahy mezi příčinami a následky. Obvykle jsou tyto nástin situace značně zjednodušené, neboť není v silách jednotlivce zachytit, poznat či reprodukovat celý kontext. Obecně toto zkreslené vnímání ovlivňující interpretaci našeho jednání i okolního světa nazýváme **atribučními tendencemi** (Vašátková, 2005).

První z nich je atribuční chyba neboli **základní atribuční omyl**. Tato tendence se projevuje přeceňováním dispozičních příčin chování, a naopak podceňováním vlivů situačních (Ross, 1977). Tuto tendenci lze pozorovat v rozdílných atribucích aktérů a pozorovatelů. Aktéři mají převažující tendenci prisuzovat své chování situačním příčinám, zatímco pozorovatelé spíše dispozičním příčinám pozorovaného člověka. Podstata může spočívat v tom, že samotní aktéři mnohem lépe znají sami sebe, předpokládají tak, že hledají svůj nejhodnější projev v dané situaci (Řehan, 2007).

Zároveň ale musíme mít na paměti selektivní výběr informací, ke kterému sklouzne každý aktér. Přirozeně se více zaměřujeme na pozitivní skutečnosti o sobě, ale také

situace úspěchu spíše připíšeme našim vlastním dispozicím, zatímco případy selhání atribuuje externím příčinám. Sebeatribuční procesy v tomto případě fungují jako ochrana před negativním sebehodnocením, jako zdroj sebedůvěry a pozitivních emocí. Snaha o zachování či zvýšení vlastní sebeúcty je tedy další podstatnou tendencí, která se při atribučování chování jiných neprojevuje (Försterling, 2001).

Řehan (2007) ve své publikaci tento proces zmiňuje jako tendenci k **ego-obranným atribucím**. Zároveň ale upozorňuje na fakt, že v tomto případě záleží na řadě dalších proměnných. Je prokázáno, že jedinci s vnitřním místem kontroly jsou vůči ego-obranným tendencím vybavenější. To znamená, že určení jejich „míry zavinění“ je více objektivní než u osob s vnějším místem kontroly.

Někteří autoři mezi atribuční tendence řadí taktéž **efekt falešného konsenzu**, při němž pozorovatel považuje svoje chování a prožívání za normu, zatímco jiné projevy považuje za netypické. K tomuto efektu patří i tendence pamatovat si spíše to chování a názory, které nám jsou blízké, tedy **sebevztažný efekt** (Ross, 1977).

Ve způsobu tvorby sebeatribucí existují mezi lidmi značné rozdíly způsobené především rozdílnou osobnostní skladbou. Vašátková (2005) považuje za důležité následující charakteristiky:

- **sebevědomění** jako soustředěnost na vlastní činnost, prožitky a svůj dopad na okolní prostředí,
- **sebemonitorování** jako způsob řízení dojmů, které jedinec vyvolává v jiných lidech,
- **sebevědomí**, které vypovídá o relativně trvalé percepci svých kompetencí ve vztahu ke specifickému kontextu.

U jedinců s vysokou rovinou sebemonitorování, lze předpokládat vyšší situační řízenost a tendenci k ego-obranným atribucím. Vysoké sebevědomí se pravděpodobně pojí s interními atribucemi úspěchu a externalizováním neúspěchu, což může vést až k nekritickému způsobu regulace chování, např. přijímání příliš obtížných úkolů a očekávání úspěchů (Vašátková, 2005).

V rámci kapitoly sebeatribucí nelze opomenout koncept A. Bandury, který se v rámci sociálně kognitivní teorie zabýval pojmem **self-efficacy**. Termínem Bandura rozumí

přesvědčení jedince o kontrole nad událostmi a možnostmi ovlivňovat svůj život. Self-efficacy je schopnost, ve které se individuálním způsobem organizují kognitivní, sociální, emocionální a behaviorální dovednosti. Přesvědčení o vlastní účinnosti se netýká jen přesvědčení o schopnosti kontroly nad událostmi, ale souvisí také se schopností seberegulace v oblasti kognice, motivace, emotivity a fyziologického stavu (Kebza, 2005).

Jedinci, kteří dosahují vysokých hodnot self-efficacy, považují události za kontrolovatelné a své neúspěchy připisují nedostatečnému úsilí nebo situačním překážkám, což vede k lepšímu zvládnutí emočních stavů a nepříznivých životních událostí. Naproti tomu jedinci s nízkým self-efficacy spatřují příčiny vlastních neúspěchů v nedostatku schopností a vykazují psychickou zranitelnost, tendenci k depresím a podléhání stresu. Ztrácejí víru v sebe, snadno všechno vzdávají (Kebza, 2005).

Bandura předpokládal, že vnímání a hodnocení úrovně self-efficacy vychází z těchto čtyř hlavních zdrojů informací:

- autentické zkušenosti s úspěšným výkonem,
- fyziologického stavu (tzn. informace o vlastním zdravotním stavu),
- verbálního přesvědčování o tom, že daný jedinec má potřebné schopnosti,
- zástupné zkušenosti s demonstrací výsledků činnosti druhých lidí (Kebza, 2005).

Koncept self-efficacy je blízký konceptu tzv. *personal control*, který vyjadřuje přesvědčení o vlastní schopnosti ovlivňovat své chování i okolí, zvládat obtížné životní situace a dosahovat požadovaných výsledků. V souvislosti se zdravotním stavem lidí, kteří se vyznačují vědomím „osobní kontroly“, se se svým onemocněním vyrovnávají lépe a adekvátněji než lidé s nízkou úrovní této schopnosti, protože vnímaná osobní účinnost determinuje, zda se bude jedinec snažit iniciovat určité zdravotně-relevantní chování (De Ridder, 2004).

3.4. Přesvědčení v partnerském vztahu

Celá kapitola zabývající se atribučními tendencemi nám ukázala, že kognitivní fenomény, kterými jsou atribuce, výrazně ovlivňují náš život v mnoha směrech, ať už je to životní spokojenost, vyrovnávání se s nelehkými překážkami, včetně nemocí, nebo naše vztahy. To, jak se na život díváme, jak o něm přemýšlíme, určuje i naše přesvědčení a očekávání. Tato práce se jako jedním z témat zabývá právě partnerskými přesvědčeními a jejich souvislostí s životní spokojeností a zvládáním náročných situací jakou je nedobrovolná bezdětnost párů, proto považujeme za nutné se na toto téma zaměřit více.

Jak už bylo zmíněno výše, lidé mají tendenci si na základě svých zkušeností či výchovy vytvářet určitá přesvědčení, která jsou často „okleštěnou“ formou reality, zjednodušující výklad. Nejsou pro nás tak v mnoha situacích adaptivní, naopak vedou spíše k negativním pocitům včetně vzájemných konfliktů či nedorozumění v partnerských vztazích. Na základě těchto často iracionálních přesvědčení vznikají i různé mýty o partnerských vztazích, které partnery ovlivňují natolik, že se často řídí více jimi než pozorovanou realitou (Sprecher & kol, 2018).

Už A. Lazarus v roce 1985 přišel s poznatkem, že hlavní problém partnerského soužití je ten, že do něj často lidé vstupují s chorobnými a nereálnými přesvědčeními a očekáváními, které zabraňují prožívat spokojený vztah, a naopak vedou k horšímu přizpůsobení a zvládání životních nesnází. Lazarus dokonce ve své knize popsal 24 mýtů, které v mnoha případech nepovažujeme za aktuální. Zmíníme tedy pouze některé.

Prvním mýtem je přesvědčení, že by manželé měli dělat vše společně, včetně trávení volného času či společných přátel. Je samozřejmé, že důležitá rozhodnutí, zejména týkající se obou partnerů, je třeba učinit společně, zároveň je ale třeba, aby si partneři byli schopni zachovat svoji nezávislost. Samostatný volný čas naopak může přispívat k prevenci tzv. „ponorkové nemoci“, pomáhá tak dobré partnerství vytvořit či udržovat. Jako další mýtus zmiňuje přesvědčení, že partner je lidově řečeno naše „vrba“ a je jeho povinností snášet návaly všech našich emocí nashromážděných za celý den. Tato mylná idea má často za následek nevhodné chování vedoucí až k rozpadu vztahu. Lazarus dále upozorňuje na riziko hledání romantické lásky jakožto jasného

ukazatele kvality vztahu. Tato honba totiž velmi často končí rozchodem či rozvodem partnerů, protože jsou jejich očekávání a přesvědčení, že v manželství najdou pokračování extáze milostných námluv, vede ke zklamání (Lazarus, 1985).

Hauck (1998) k těmto přesvědčením doplňuje například domněnku, že manželství má šanci pouze tehdy, pokud mezi sebou partneři nemají žádné nebo pouze ojedinělé konflikty. Pocit, že postačí intenzivní a hluboká láska (nebo zamilovanost) a problémy nebo osobnostní odlišnosti se buď vůbec neobjeví, nebo vyřeší samy, je častým a rozšířeným omylem. Manželství se neustále vyvíjí a mění a přináší nové situace, které vyžadují kompromisy. S tím souvisí i přesvědčení, že v manželství budou lidé automaticky šťastnější, než před ním nebo že se díky němu či partnerovi stanou lepším člověkem. Říčan (2004) taktéž upozorňuje na všeobecné přesvědčení, že pravá láska se pozná tím, že partneři poznají či vycítí naše potřeby a přání a ty se nám také budou snažit splnit bez toho, aniž bychom je o to požádali.

Eidelson a Epstein (1982) v rámci svého inventáře navrhli pět iracionálních přesvědčení o vztahu, která mohou zapříčinit nespokojenost ve vztahu a horší zvládnutí životních těžkostí. Patří mezi ně tyto stereotypy:

- neshody jsou destruktivní;
- partner mi bude číst myšlenky;
- partneři se nemohou změnit;
- v sexu musí být vše perfektní;
- pohlaví jsou odlišná.

Tito autoři taktéž přišli s dotazníkem Relationship Beliefs Inventory, který měří na jednotlivých škálách právě zmíněné přesvědčení, a který si blíže představíme v praktické části této práce.

K podobným závěrům dospěl i Cramera (2003), který se zabýval vlivem různých konstruktů na manželskou spokojenost. Výzkum zmiňuje, že nespokojenost ve vztazích může být spojena s pěti iracionálními přesvědčeními, která jsou pro typická pro vztahy. Patří sem a) potřeba schválení b) vysoké očekávání od sebe samého c) sklony k pocitům viny d) frustrační reaktivita e) emoční bezohlednost

Jedním z mechanismů, kterým si můžeme vysvětlit dopad atribucí, přesvědčení a očekávání na fungování partnerského vztahu, zmiňuje studie Murray, Holmese a Griffina (2000). Výzkum prokázal, že to, jak člověk vnímá sám sebe, se odráží ve spokojenosti se vztahem. Dalším možným mechanismem přispívajícím ke spokojenému vztahu se potom ukázalo realistické očekávání od vztahu, ochota přijmout, že nic není dokonalé a sjednocení očekávání partnerů od vztahu (Murray, Holmes & Griffin, 2000).

Kratochvíl (2009) zdůrazňuje odlišnosti mužských a ženských přesvědčení a očekávání. Právě kvůli těmto rozdílnostem mohou vznikat hojná nedorozumění. Určité charakteristiky vztahu jsou však stejně důležité pro oba partnery. Jedná se například o vzájemnou lásku, věrnost, upřímnost, respekt a shodné postoje a hodnoty (Vágnerová, 2007).

Co se týče očekávání žen, je stěžejní potřebou možnost popovídat si, být slyšena a vyslyšena. Žena předpokládá, že ve chvíli, kdy bude mít potřebu sdílet své zážitky a projevat své pocity bude mít v ideální partnerovi pozorného posluchače s kladnou odezvou. Potřeba sdílet je tak jednou z hlavních očekávání, která se týkají partnerského vztahu. Žena očekává i určitou míru vzájemnosti, tedy že i partner se podělí se svými myšlenkami a tím, co aktuálně ve svém životě prožívá. Žena rovněž očekává, že muž vycítí, co potřebuje a bude rozumět jejímu myšlení a cítění beze slov (Kratochvíl, 2009).

Pro muže je zase často nejvýznamnější přesvědčení, že nikdy nemohou porozumět ženám a jejím potřebám. Jejich stížnosti mohou zlehčovat, protože je vnímají jako banální nebo naopak příliš složité, raději tak na jejich pochopení rezignují s prostým vysvětlením, že „muži jsou z Marsu a ženy z Venuše.“ Dalším důležitým aspektem také bývá očekávání snadno dostupné uspokojení sexuálních potřeb. Toto přesvědčení se může lehce proměnit v konfliktní situaci vzhledem k odlišnému vnímání partnerského sexu u žen (Vágnerová, 2007).

4. Neplodnost

Problematika neplodnosti je skutečností, která v současné době ovlivňuje mnoho párů a jejich počet stále narůstá. Nemožnost počít dítě s sebou nese řadu stresujících situací a negativních emocí, které mohou vyústit až v psychopatologické problémy ve smyslu úzkostí, deprese či nadměrné izolaci od ostatních. Zároveň také výrazně ovlivňují sociální sféru člověka, zejména partnerský vztah, ve kterém častěji dochází k odcizení či konfliktům. Toto vše má vliv na celkový psychický, zdravotní i sociální status jednotlivce (Konečná, 2003).

Neplodnost je o to složitější fenomén, že je často způsobena několika faktory zároveň. Některé vychází čistě ze zdravotního stavu jedince, jiné lze ovlivnit například životním stylem, jako je správná výživa, adekvátní okolní prostředí, ve kterém člověk žije, věk nebo psychosociální faktory ve smyslu nadměrného stresu či maladaptivních vzorců chování a reagování na životní situace (Vymětal, 2003).

V této kapitole se zaměříme nejprve na definici neplodnosti, její dělení a prevalenci. Dále nás bude zajímat neplodnost z hlediska biologického i psychosociálního, ve smyslu prožívání neplodných lidí či dopadů neplodnosti na interpersonální vztahy. V neposlední řadě se zaměříme na možnosti léčby neplodnosti a vliv neplodnosti na partnerské a jiné mezilidské vztahy.

4.1. Definice, dělení a prevalence

Neplodnost nelze chápat jako jednotnou diagnózu. Vždy se jedná o diagnózu páru. Za neplodný se považuje pár, kterému se nedaří počít v případě alespoň ročního pravidelného nechráněného pohlavního styku (Řežábek, 2014).

S tímto problémem se potom ve vyspělém světě včetně České republiky potýká až 20 % párů. Udává se, že z toho čísla je v 50 % příčina neplodnosti na straně ženy, ve 40 % na straně muže a 10 % zůstává neobjasněno. V takovém případě označujeme neplodnost za idiopatickou. Číslo neplodných párů bohužel dlouhodobě narůstají často z důvodu odkládání rodičovství na pozdější věk (Šulová, Fait & Weiss, 2011).

„Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jsou příčiny neplodnosti páru častější u žen (30 - 40 % všech případů), neplodnost muže se týká 10 - 30 % případů. Abnormality zjištělné u obou partnerů se vyskytují asi v 15 - 30 % případů. Jen asi u

5 – 10 % párů zůstává příčina neplodnosti i po důkladném lékařském vyšetření neobjasněna. Podle údajů WHO je ve světě kolem 60 - 80 miliónů neplodných partnerství, přičemž nově přibude asi 2 miliony párů ročně“ (World health organization).

Zajímavým faktem je, že člověk jako druh je jedním z nejméně plodných tvorů na zemi. Pro otěhotnění je v rámci menstruačního cyklu k dispozici poměrně velmi krátký čas a jen tento samotný fakt redukuje pravděpodobnost početí na 25 % každý měsíc. Odhaduje se, že až 10 % normálně plodných párů nemůže otěhotnět během 1 roku snažení a u 5 % párů jsou to dokonce 2 roky. Na celém světě je mezi 2 - 10 % párů, které nemohou počít dítě vůbec a dalších 10 - 25 % trpí tzv. sekundární infertilitou (neplodností), to znamená, že nemohou počít 2. nebo další dítě (Slepičková, 2009).

Neplodnost můžeme dělit na primární a sekundární. V případě **primární neplodnosti** mluvíme o párech, kterým se nikdy nepodařilo otěhotnět. **Sekundární neplodnost** potom znamená, že žena již těhotná byla, nedaří se jí otěhotnět podruhé apod. V zahraniční literatuře se pak při tomto dělení setkáme spíše s pojmy sterilita (=primární neplodnost) a infertilita (=sekundární neplodnost) (Řežábek, 2014). Světová zdravotnická organizace (WHO) potom také dále rozlišuje neplodnost ve smyslu **pravidelných spontánních potratů** a **neobjasněnou neplodnost**, která znamená absenci početí způsobenou faktory jako antikoncepce, malá frekvence pohlavního styku, laktace či z neznámých příčin.

Z hlediska sociodemografických údajů bychom mohli bezdětnost rozdělit také jako na **dobrovolnou** a **nedobrovolnou**, i přesto že hranici mezi těmito póly nelze vždy jednoznačně identifikovat, a to z toho důvodu, že je možné hranici mezi těmito zdárně jasnými pojmy několikrát za život překročit. A to třeba z důvodu oddalování pořízení potomka, tedy prodlužování období dobrovolné bezdětnosti, které může způsobit v pozdějším věku problémy s početím ve chvíli, kdy už je člověk na dítě subjektivně připraven, což následně vede k nedobrovolné bezdětnosti (Juříčková, 2005).

Rozhodnutí jedince pro cestu dobrovolné bezdětnosti je dlouhodobý proces ovlivněný mnoha faktory jako je kultura, politický systém, zázemí, zkušenosti z dětství apod. Ženy, které se rozhodly pro bezdětný život tak často uvádí pocit strachu, že je dítě

připraví o jejich dosavadní život nebo že naruší jejich vztah s partnerem a blízkými osobami. Tito lidé se často ze strany společnosti setkávají se stigmatizujícím chováním, která je považuje za sobecké a sebestředné (Blackstone & Stewart, 2016).

4.2. Biologické aspekty neplodnosti

I přesto, že vliv na plodnost je multifaktoriální, kdy musíme vzít v potaz celkový životní styl pacienta nebo jeho životní prostředí, stále je ve větším množství případů na vině zdravotní problém. Nicméně se i v dnešní době nejmodernějších diagnostických postupů až u 10 % případů nedaří jednoznačně určit konkrétní příčinu (Chovanec, 2002). Co je ale jisté je, že je v tomto případě nutné odlišovat neplodnost ženskou a mužskou.

Nejprve se zaměříme na možné důvody *neplodnosti u žen*.

1. Poruchy ovulace

Je pokládána za nejčastější příčinu neplodnosti u žen. Spočívá v poruše uvolňování vajíček z vaječníků nebo se taktéž může jednat o poruchu zrání vajíček. K tomuto onemocnění dochází často důsledkem polycystických vaječníků. Tento syndrom se vyznačuje hormonální nerovnováhou s nadprodukcí estrogenů a androgenů. Pro tuto nemoc je typická amenorea, obezita, zvýšený růst ochlupení, či akné. Postihuje odhadem 10-15 % žen (Šulová, Fait, Weiss, 2011).

2. Porucha funkce vejcovodů

Jinak také tubulární sterilita. Projevuje se narušenou funkcí vejcovodů s tendencí k vnitřním srůstům. To může následně způsobit problém s uchycením vajíčka v děloze či s jeho transportem do správných míst. Toto onemocnění se často objevuje po zánětu vnitřních rodidel, při výskytu nádorů či jako důsledek invazivních operativních vyšetření (Slepičková, 2009).

3. Endometrióza

Je onemocnění projevující se výskytem endometria neboli sliznice dělohy mimo dutinu dělohy. To následně způsobuje velkou řadu zdravotních komplikací včetně srůstů v pánvi, uzávěrů vejcovodů či poruch folikulů. Častým příznakem je bolestivá

menstruace, bolest při ovulaci, pánevní cysty či bolesti v zádech. Postihuje 40-60 % neplodných žen (Clark & Doherty, 2002).

4. Hormonální neplodnost

Správná hladina hormonu je zásadní pro celý menstruační cyklus ženy včetně oplodnění a následného těhotenství. Rozlišujeme pět hlavních hormonů důležitých pro správný cyklus, kterými jsou gonadotropní hormon, estrogen, progesteron, luteinizační hormon a folikulstimulační hormon. Z logiky věci vyplývá, že nerovnováha jakéhokoliv hormonu může způsobit poruchy menstruačního cyklu včetně ovulace, což zapříčiňuje nemožnost otěhotnět (Slepičková, 2009).

5. Imunologická neplodnost

Další z řady možných neplodností je velmi vzácným důvodem pro nemožnost početí. Tento druh neplodnosti spočívá ve tvorbě protilátek proti spermiím. Tyto látky se nejčastěji vyskytují na děložním čípku, vejcovodu či v krevním obraze ženy a na mužské spermie působí jejich zpomalením či úplným znehybněním. V tomto případě se vždy jedná o inkompatibilitu konkrétních partnerů. S jiným partnerem by žena otěhotnět mohla. Respektive otěhotnění ženy je možné i v případě rejekce spermatu, dochází ovšem k narušení procesu splnutí pohlavních buněk či k negativnímu vlivu na vývoj embrya (Ulčová-Gallová & Lošan, 2013).

6. Poruchy pohlavního ústrojí

Do této kategorie můžeme zařadit například příliš hustý cervikální hlen. Ten má v době ovulace své specifické složení, které by primárně mělo být tekuté, aby jím mohly projít mužské pohlavní buňky. Pokud vlivem onemocnění dojde ke změně jeho konzistence, působí jako překážka, přes kterou spermie hůře pronikají. Dalším problémem mohou být vrozené vývojové vady dělohy, které znemožní uhníždění vajíčka důsledkem srůstů, myomů či polypů sliznice. Toto onemocnění se často projevuje neschopností dítě donosit, tedy tzv. „potrácivostí“ (Řežábek, 2004).

7. Psychogenní neplodnost

V mnoha případech je neplodnost způsobena na straně tělesných zdravotních komplikací. I přesto je poměrně velké množství případů, kdy jsou oba partneři po

fyzické stránce zcela zdraví, početí se ale nedaří. Důležitým faktorem je také psychika muže i ženy. Většina párů potýkající se s problémem otěhotnění téměř shodně uvádí, že čím více se na myšlenku otěhotnění upnuli a čím déle se to nedařilo, tím více upadali do bezmoci či beznaděje (Desjardins-Simon & Debras, 2015). Tímto tématem se budeme podrobněji zabývat v následující kapitole.

Dále také můžeme rozlišovat neplodnost vrozenou, chromozomální či idiopatickou, kdy se přes veškeré vyšetření nedaří zjistit příčinu neplodnosti (Slepičková, 2009).

Rozdílné faktory potom hrají roli v případě **mužské neplodnosti**. V tomto případě existuje opět výčet příčin, které se navíc mohou vzájemně kombinovat.

1. Porucha tvorby a vyzrání spermií

Množství a kvalita spermií je základem mužské plodnosti. Pokud je u muže zjištěn výrazně snížený počet spermií, nazývá se to oligospermií. V krajním případě, kdy nedochází ke tvorbě spermií vůbec mluvíme o azospermii. Dále rozlišujeme astenospermii, která je výrazem pro nižší pohyblivost spermií, která je důležitým předpokladem pro to, aby došlo k oplození. Nejvyšší šanci na oplodnění mají spermie pohybující se rovně a přímo, což je asi 25 % spermií. V mnoha případech se však důvod poruchy tvorby nenajde nebo je způsoben několika faktory, že tato rozdělení často ztrácí svůj smysl. Spermie navíc mohou být postiženy morfologickými defekty, které nelze ve všech případech zcela přesně identifikovat. Je ale důležité, aby alespoň 30 % všech spermií mělo normální stavbu, tedy hlavičku nasedající na krček a rovný dlouhý bičík (Clark & Doherty, 2002). Častou příčinou poruchy tvorby spermií je tzv. varikokéla, která způsobuje rozšíření cév v oblasti šourku, které následně způsobují vyšší teplotu varlat, což má vliv na tvorbu spermií (Šulová, Fait & Weiss, 2011). Současným problémem je trend ukazující rostoucí tendenci ke snižování kvality spermií. Za možnou příčinu se považuje zvýšená hladina estrogenů v mužském těle (Konečná, 2005).

Tato porucha patří mezi nejčastější příčinu neplodnosti u mužů. Váže se často s poruchou průchodnosti vývodů. Příčinou neprůchodnosti může být například vasektomie, která se u mužů používá jako jedna z antikoncepčních metod. (Šulová, Fait & Weiss, 2011).

2. Změny části reprodukčního systému

Někteří muži se mohou narodit s abnormálně změněnou částí reprodukčního systému. U některých mužů může dojít k poruše při sestupu varlat. Tento stav je třeba léčit operativně, pokud tomu tak není, je ohrožena plodnost muže (Clark & Doherty, 2002).

Dále sem můžeme zařadit již zmíněnou blokádu chámovodů. K té dochází například v rámci infekce. V současné době antibiotik se však s tímto problémem setkáváme minimálně. Většinou je porucha transportu spermií způsobena zúžením vývodných cest, či na podkladě vývojové poruchy, úrazu nebo nádorového onemocnění (Konečná, 2005).

3. Chromozomální poruchy

Pouze ve stručnosti zde zmíníme asi nejznámější chromozomální poruchu plodnosti u mužů a tou je Klinefelterův syndrom, který je charakterizován přítomností jednoho nebo více chromozomů X, než je standard. Výskyt tohoto syndromu se zvyšuje s věkem. Nejvýraznějším projevem je úplné chybění tvorby spermií (Dohle & kol., 2007).

4. Imunologické poruchy

Ty fungují na stejném principu, který byl pojmenován výše u neplodnosti žen. U mužů fungují na principu porušení bariéry mezi varlaty a imunitním systémem nejčastěji vlivem úrazu. To způsobí, že se buňky imunity dostanou k dříve neznámým buňkám, na které začnou útočit jako na cizí tělesa. Následně dojde ke vzniku protilátek, které se naváží na spermie, což vede ke snížení hybnosti (Dohle & kol., 2007).

5. Poruchy erekce a ejakulace

Erektální dysfunkce jsou poměrně častým zdravotním problémem u mužů. Ve výrazné většině případů souvisí s dalšími zdravotními komplikacemi jako jsou infekce, nádory, cukrovka či kardiovaskulární onemocnění. V 10-20 % případů se vážou na psychogenní vlivy jako je stres, vyčerpání, úzkost, strach apod. Tomu se budeme více věnovat v další kapitole (Šulová, Fait & Weiss, 2011).

4.3. Psychosociální aspekty neplodnosti

Diagnóza neplodnosti představuje pro člověka velkou zátěž. Nejen, že je nucen procházet mnohdy nepříjemnými vyšetřeními, často se také setkává s nepříjemnými dotazy od svého okolí, které mu na zvýšení psychické odolnosti příliš nepřidávají. Schopnost počít dítě je považováno téměř za samozřejmost a pro některé je to jediný představitelný smysl života. Pokud zůstane touha po dítěti nenaplněna, dostávají se pocity beznaděje, smutku, zklamání či selhání (Clark & Doherty, 2002). Je také důležité uvědomit si, že kromě dezorganizace pocitů s sebou neplodnost přináší měnící se vztahy k sobě samému, což často vede k dalšímu nárůstu napětí, úzkosti či frustrace. Z těchto faktů jednoznačně pramení, že psychická podpora je v případě neplodnosti důležitou součástí léčby.

Psychické příčiny neplodnosti dle Konečné (2003) dělíme na dynamické a stresové. **Dynamický** výklad říká, že neplodné ženy pociťují nevědomou úzkost a nepřátelství vůči nenarozenému dítěti. To se může projevit například potlačením libida v období plodných dnů nebo častými nemocemi pohlavního orgánu. Dále se v této souvislosti mluví o specifických rysech těchto žen, kterými jsou hostilita, maskulinita či emoční nezralost. Pro tato tvrzení ovšem neexistují žádná vědecká ověření. Na druhé straně potom stojí **stresový** model, který jak už název napovídá, považuje za hlavní příčinu psychogenní neplodnosti dlouhodobý životní stres. Konečná (2003) v tomto kontextu uvádí výzkumy prokazující poruchy ovulace či změny cyklu při náročných životních situacích, u žen přetížených studijním a pracovním stresem či u žen dlouhodobě odloučených od domova (např. letušek).

Co se týče psychologických aspektů, jsou neplodní lidé také ohroženi výskytem **depresivní** či **úzkostné** symptomatiky. Mnoho studií, které se zabývaly vlivem stresu a životních událostí na vznik a průběh poruch nálady, prokázalo, že životní stresory mají vliv nejen na rozvoj deprese, ale i na její závažnost (Anders, 2008). Stejně tak je tomu u úzkosti, která je častým doprovodným jevem u problémů s početím. Žena, které se nedaří počít má tendenci fixovat se sama na sebe a svoji snahu otěhotnět a vše ostatní odsouvat na vedlejší kolej. Čím víc se tato snaha nedaří, tím více se pociťovaná úzkost prohlubuje. A jak známo, úzkost je kromě negativních emocí provázena slabostí nebo

svalovou tenzí, která rozhodně možnosti početí nepřispívá (Ulčová-Gallová, Lošan, 2013).

Jak už bylo řečeno, psychogenní faktory hrají u neplodnosti bezpochyby důležitou roli. Otázkou ovšem zůstává, kde je hranice příčiny a kde důsledků. Tedy kdy mluvíme o psychogenních faktorech způsobující neplodnost a kdy už se z nich stávají spíše následky či doprovodné jevy. Nezdravý životní styl a mnoho stresu může samozřejmě vést ke snížené kvalitě spermií u mužů nebo ke vzniku psychosomaticky podmíněných nemocí pohlavních orgánů u žen. Avšak samotný proces početí dítěte může být pro mnoho jedinců stresující, natož potom, když se nedaří. Jsou tu navíc páry, které v rámci léčby neplodnosti podstupují umělé oplodnění, které mnohdy bývá během na dlouhou trať. Mnoho vyšetření a často i množství neúspěšných pokusů je samo o sobě dostatečným stresorem, který se může zpětně negativně podepsat na úspěšném vyústění léčby. Stává se z toho tak začarovaný kruh, ze kterého je složitá cesta ven (Vymětal, 2003).

Stres se v souvislosti s neplodností skloňuje mnoha směry. Považuje se za jeden z významných negativních faktorů životního stylu mající přímý vliv na neplodnost. V této kategorii jsou dále jmenovány alkohol, kouření, fyzicky namáhavá práce nebo výrazně snížená hmotnost. V některé literatuře se dokonce mluví o stresu jakožto prevenci před otěhotněním. Nejsou výjimečné případy, kdy dojde k otěhotnění po dlouhých peripetiích ve chvíli zažádání o adopci, podstoupení psychoterapie, placebo terapie nebo po první návštěvě u lékaře (Konečná, 2005).

Každý stres spouští jak jedincovu specifickou reakci, tak i endokrinní mechanismy v organismu. Obecně lze říct, že na stres člověk reaguje třemi možnými způsoby: hněvem, úzkostí či strachem, nebo depresivně. Při každé reakci se vyplavuje jiný druh neurotransmiteru (adrenalin, noradrenalin či acetylcholin), který přímo působí jak na endokrinní systém, tak na funkci imunitního systému. Reakce na stresor se také mohou často projevat i skrytě – v subjektivním prožitku daného člověka, který se nijak nepromítne v jeho chování. Potlačované emoce tak mohou přispět ke vzniku psychosomatických, případně kardiovaskulárních či dalších onemocnění. Je tedy velmi důležité, jak se člověku podaří stresor či těžkou životní situaci zpracovat. To závisí

zejména na osobnosti či předchozí zkušenosti člověka. Celkově je důležitý postoj k nepříznivé situaci, způsob vnímání a hodnocení dané situace a naučená strategie vyrovnávání se s životními problémy (Vymětal, 2003).

Bezdětní partneři mohou používat aktivní styl zvládnání, když vyhledávají podporu okolí a vytvářejí si nový smysl života, čímž nahrazují nesplněnou touhu po dítěti a rodičovství. Na druhé straně se u partnerů může vyskytnout emocionální a pasivní způsob vyrovnávání se ze zátěží, který se projevuje vyhýbáním interpersonálních kontaktů a fixací na početí. Strategie pasivního zvládnání zátěže vyplývající z neplodnosti, jakož i nedostatek sociální podpory pozitivně souvisí s častějším výskytem tělesných symptomů, jakož i s přítomností deprese a úzkosti (Kantona, 2015).

Vyrovňování se s neplodností je složitý proces, který lze rozčlenit do tří fází. V první fázi je pár překvapen zjištěním, že nemohou mít děti přirozenou cestou a danou skutečnost popírají. Oba partneři hledají možné vysvětlení daného stavu, přemýšlí nad svým chováním v minulosti, přemýšlí a rozebírají témata s početím související jako například užívání antikoncepce, v minulosti absolvované umělé přerušování těhotenství, pohlavní nemoci. U partnerů se objevují pochybnosti o sobě samém, sebeobviňování a pocity viny. Druhá fáze vyrovnávání se s faktem neplodnosti nastává po opakovaně neúspěšném léčení, když probíhá reakce na ztrátu v několika stádiích, jako je překvapení, popření, hněv, pocity odcizení, deprese a konečnou fází je přijetí. Třetí fáze zahrnuje zvážení možných alternativ, jako je podstoupení umělého oplodnění, adopce nebo rozhodnutí žít bez dítěte. Poslední fáze je náročná tím, že partneři jsou často tlačeni do jakéhokoliv racionálního rozhodnutí, na které ještě nejsou připraveni (Kantona, 2015). Celý proces je často doprovázen pocity závidění a smutku ve chvíli, kdy někdo v okolí neplodného páru otěhotní. Doherty a Clark (2002) mluví v tomto kontextu dokonce o prožitku smutku ze ztráty, i když iluzorní, pro páry, které nemohou otěhotnět je ztrátou reálnou. Nejedná se ani tak o prožitek smutku ze ztráty blízkého člověka jako spíše ze ztráty svých snů a životních představ. Z tohoto důvodu je velmi důležité, jakou strategii vyrovnávání se s neplodností partneři zvolí.

Peterson a kol. (2008) se zabývali copingovými strategiemi u neplodných, které rozdělili na čtyři typy:

1. strategie aktivního vyhýbání se (například vyhýbání se těhotným ženám nebo dětem),
2. aktivně konfrontační strategie (například sdílení pocitů, schopnost požádat druhých o pomoc),
3. strategie pasivního vyhýbání se (například víra v zázrak),
4. strategie založené na významu (například hledání jiných cílů v životě).

Ženy se dle autorů snaží vyrovnávat s neplodností všemi čtyřmi zmíněnými strategiemi ve srovnání s muži. Ukazuje se ale, že ne všechny strategie jsou produktivní jak pro jednoho nebo pro oba partnery. Výsledky studie poukazují, že používání strategií aktivního vyhýbání přímo souvisí s nárůstem osobního, rodinného i sociálního distresu u obou partnerů. Oproti tomu použití strategie založené na významu vede ke snížení úzkosti, a to zejména u mužů.

Psychologické problémy neplodných pacientů jsou komplexní a jsou ovlivňovány množstvím faktorů, jako jsou příčiny a délka neplodnosti. Obdobím trvání neplodnosti se zvyšuje i již zmíněný stres. Diagnóza neplodnosti má významný negativní dopad na životní spokojenost páru. Mezi nejčastější pocity, které takový pár prožívá, lze zařadit pocity viny, hněv, frustraci a beznaděj. Dále s sebou neplodnost přináší negativní emoce, jako je zoufalství, zmatek, smutek, rozpaky, zklamání, ponížení, bolest a strach. Ve spojení s negativními emocemi neplodný pár zažívá snížení sebehodnoty (Katona, 2015).

Konkrétní prožitky spojené s neplodností se taktéž **odlišují v pohledech muže a ženy**. Neplodné ženy vykazují podle Katony (2015) vyšší úroveň deprese, hněvu a zároveň nižší sebevědomí než muži. Je to způsobeno tím, že ženy vnímají neplodnost jako vlastní selhání, nebo ho spojují s minulým chováním, zejména pokud zažili potrat, pokud měli více sexuálních partnerů, několik let užívali antikoncepci, nebo byly svému partnerovi nevěrné. V těchto případech žena vnímá neplodnost jako formu trestu, což může zvyšovat pocity viny, beznaděje a zoufalství. Se sníženým sebevědomím souvisí také sebehodnocení, které je v případě ženy výrazně narušeno, a to i z pohledu na její

tělo, protože ho vnímají jako nedostatečné na početí. Mnohem častěji také ženy oproti mužům vykazují narušení interpersonálních vztahů, častá je i nespokojenost se sexuálním životem.

Diagnóza mužské neplodnosti souvisí s vyšším rizikem psychosociálních problémů a snížením kvality života, stejně tak jako u žen. I u neplodných mužů se detekuje nižší sebehodnocení, v tomto případě ale souvisí spíše s výraznější stigmatizací ve srovnání s plodnými muži (Kantona, 2015). Dudgeon a Inhorn (2003) uvádějí, že neplodnost vyvolává u mužů pocity ponížení a vede ke stigmatizaci. Autoři tvrdí, že muži nejčastěji spojují neschopnost počít dítě s mužností a sexuální potencí, což vede ke zvýšení vnímané osobní nedostatečnosti.

Někteří autoři (Anderson & kol., 2004; Wichman & kol., 2011) se shodují, že ženy vykazují vyšší hodnoty v příznacích deprese a úzkosti ve srovnání s muži. Oproti tomu stojí Tarlatzis & kol. (1993, in Kantona 2015), kteří poukazují na to, že muži častěji vykazují psychosomatické projevy, a to zejména z toho důvodu, že emoce spojené s neplodností drží v sobě mnohem více než ženy. Převažuje u nich oproti ženám výraznější pocit studu, který jim brání si s někým o takto intimní záležitosti promluvit, což vede k potlačování emocí a následným psychosomatickým obtížím.

Neplodnost ale kromě individuálních prožitků ovlivňuje sociální oblast jedince. Člověk zasažený neplodností často začne vnímat jinak vztah k partnerovi, rodině i přátelům. Neplodnost má také mnohdy dopad dokonce i na pracovní sféru a na celkový pohled na život. Proto je některými autory považována za existenciální krizi (Vymětal, 2003).

4.4. Vliv neplodnosti na partnerské vztahy

Jak už bylo zmíněno výše, diagnóza neplodnosti má velký vliv na prožívání životní i partnerské spokojenosti. Zejména potom tehdy, kdy partneři vstupují do manželského svazku či dlouhodobého vztahu s tím, že diagnózu neplodnosti ať už u sebe či partnera nepředpokládají a plánují si společně založit rodinu. Kromě již zmíněných negativních pocitů, které partneři prožívají jsou velmi ovlivněni tlakem lékařských vyšetření, léčení, přizpůsobování sexuálních praktik tak, aby se zvýšila pravděpodobnost otěhotnění nebo celkový procesem umělého oplodnění, případně procesem adopce. To

vše se zákonitě podepisuje na fungování vztahu včetně sexuálního soužití a vede k pocitům viny či deprese s obavami o osud vztahu (Kratochvíl, 2005).

Rozdílnost prožitků ve vztahu k neplodnosti, rozdílný přístup k léčbě, jakožto i rozdílný výběr copingové strategie a zároveň aktuální nemožnost vcítit se a pochopit partnerovy potřeby taktéž přispívá ke vzniku konfliktních situací. Celý problém se také stupňuje ve chvíli, kdy je neplodný pouze jeden z páru. Zdravý jedinec může mít tendenci prožívat směrem k partnerovi vztek, výčitky a pocity nespravedlnosti, což v konečné fázi často vede až k ukončení vztahu (Konečná, 2003).

Neplodnost má také vliv na sexuální život partnerů. Stres vyvolaný neplodností přímo ovlivňuje partnerské problémy a snižuje sexuální sebevědomí, sexuální uspokojení, jakož i frekvenci pohlavního styku. Kromě toho prožívaný stres přímo i nepřímo ovlivňuje vztah mezi partnery ve smyslu posouzení zdravotního stavu, lásky, náklonnosti a má více negativní vliv na celkovou kvalitu života. Páry, které jsou neplodné, také zažívají nedostatek sexuálního uspokojení ve smyslu nedostatku vzrušení a absence orgasmu. To následně vede k vyhýbání se sexuálním aktivitám, respektive k jejich omezení pouze za účelem rozmnožování (Kantona, 2015).

Na druhou stranu tato životní zkouška může pro vztah působit opačným efektem. Problémy spojené s řešením neplodnosti mohou vést k semknutí partnerů, větší důvěře, otevřenosti. Partneři v sobě navzájem nachází pochopení a podporu. V takovém případě jsou na své cestě za dítětem vytrvalejší a trpělivější. Také více věří v úspěch léčby a celého procesu (Konečná, 2003).

Vágnerová (2000) při tomto procesu ale varuje před přílišným upnutím se partnerů na sebe (případně jednoho partnera na druhého), což považuje za poměrně častý jev, který slouží jako dekompenzace potřeby o někoho pečovat. Rodičovství totiž potřebu plně se někomu oddat, zažít pocit, že je na nás někdo zcela závislý nebo to, že nám stejnou měrou vrací naše city, alespoň v začátcích naplňuje. Pokud se jí člověku nedostává má sklon hledat jí jinde, což může být pro partnerský vztah devastující.

Zajímavým mezníkem, který prověří vztah, je také rozhodování partnerů, zda zůstanou doživotně bezdětní (v případě selhání léčebných postupů, včetně umělého oplodnění)

nebo se rozhodnou pro adopci. V takovém případě si buď budují identitu bezdětných rodičů, jejichž smyslem života je zaměření na jakýkoliv jiný cíl, ať už je to práce, cestování nebo cokoliv dalšího, co má pro dané jedince hodnotu. V zahraničí, zejména v USA a Velké Británii, pro takové lidi vznikají samostatné organizace, které sdružují bezdětné páry (Kratochvíl, 2005).

Druzí se naopak svojí rodičovské identity nevzdávají a touží jí naplnit alespoň přes adoptovaného potomka. Kubcová (2004) upozorňuje na touhu, zejména žen, adopcí nahradit prázdné místo. Pokud je jedinou motivací ženy zacetit pocit ztráty po vlastním dítěti, může velmi často dojít ke zklamání, že se nedostavují takové emoce, jaké žena očekávala. Má sice vytoužené miminko, je ale třeba si uvědomit, že přání prožít těhotenství, porod, mít pokračovatele „svoji krve“ je často silnější, tedy ani po úspěšné adopci nezmizí. Kubcová ve svém výzkumu dále zmiňuje výpovědi několika žen, které prošly procesem adopce, a které vnímají možnost mít miminko jako za velké zadostiučení, nikoliv však jako náhradu za dítě vlastní. Některé dokonce stále pociťují smutek ve chvíli, kdy někdo v okolí mluví o „svém“ dítěti (Kubcová, 2004).

Dítě ale rozhodně není jedinou zárukou partnerské spokojenosti, jak by se mohlo na základě těchto faktů zdát. Dew a Wilcox (2011) naopak přišli ve své knize s několika výzkumy, které potvrzují jednoznačně větší životní i partnerskou spokojenost bezdětných párů než párů s dětmi. To si vysvětlují tím, že vztah bezdětných je jejich hlavním středobodem, kterému mohou věnovat svoji energii a mohou ho tak rozvíjet. Zatímco u párů s dětmi je ohniskem zájmu právě potomek, na partnera a celkově volný čas a svobodný život zbývá prostoru poskrovnu. Jako další vliv zmiňují hledisko času. Bezdětní partneři ho na sebe mají mnohem více, což vede k prohlubování intimity.

4.5. Léčba neplodnosti a její dopad na kvalitu života

Léčba neplodnosti je v dnešní době samozřejmě možná, nutné je ale znát i její příčinu, což se ne vždy povede. Klasický postup léčby probíhá od nejjednodušší, nejlevnější a nejméně invazivní metody až po postupy složitější. Pokud všechny možnosti léčby zklamou, je poslední volbou pro neplodné páry asistovaná reprodukce. Postupy léčby jsou odlišné pro muže a ženy z důvodu rozdílných příčin neplodnosti (Řežábek, 2016).

1. Léčba neplodnosti u žen

Nejčastěji volenou metodou je **hormonální léčba**. Tato metoda spočívá především v úpravě nepravidelného menstruačního cyklu a tím i ovulace. U žen, u kterých je neplodnost způsobena hormonální nerovnováhou, tato léčba funguje v 75 % případů. Tento postup se používá i v případě léčby endiometrózy, zvýšené hladiny prolaktinu nebo v rámci počáteční fáze umělého oplodnění (Flaws, 2016). Tento způsob léčby s sebou nese bohužel i svá rizika. Jedním z nich je hyperstimulační syndrom, který se projevuje bolestmi břicha, nevolností a zvracením (Řežábek, 2018). V souvislosti s hormonální terapií se vedou rozpory o výrazném vlivu hormonů a karcinogenní onemocnění. Zatímco Clark a Doherty (2006) zvýšené riziko popírají na základě výsledků zahraničních studií, Slepíčková (2009) zdůrazňuje, že při léčbě hormony dochází ke stimulaci nádorových buněk, které tím podnítí k většímu růstu, čímž může vzniknout příčinná souvislost mezi hormonální terapií a nádorovým onemocněním.

Další možností je **imunologická terapie**, kterou lze používat pouze v případě alergické reakce ženy na mužovy spermie. Konkrétně v případě, že jsou na stěru z děložního čípku po nechráněném pohlavní styku objeveny protilátky proti spermiím. V takovém případě je páru doporučován po dobu 6-12 měsíců provozovat pohlavní styk pouze s kondomem, takže žena nepřijde do kontaktu se spermiemi muže a utlumí se tím imunita proti spermiím. Tento způsob léčby zahrnuje podávání kortikoidů (Konečná, 2005). Druhou možností je potom imunosupresivní terapie potlačující imunitní reakce ženy na vlastní nebo mužovy zárodečné buňky (Řežábek, 2018).

Další častou příčinou neplodnosti jsou infekční a zánětlivá onemocnění, jejich léčba tedy probíhá formou **terapie infekce**. Zánět na děložním čípku i v pochvě může vést k omezení pohyblivosti spermií, záněty vejcovodů zase způsobují až jejich neprůchodnost. Léčba probíhá celkově i lokálně nejčastěji formou antibiotik a specifických vitamínů (Konečná, 2005).

Další větší oblastí, které se užívají pro léčbu neplodnosti jsou **chirurgické zákroky** všeho druhu. V dnešní době již většina operací probíhá co nejméně invazivně, tedy laparoskopicky tak, aby se předešlo možným zánětům, infekcím či jiným komplikacím. Tento postup léčby se volí například při znovuobnovení průchodnosti vejcovodů, nebo

dochází k odstranění myomů, polypů a vrozených přepážek v děloze. Úspěšnost této metody je poměrně těžce zhodnotitelná z důvodu vnějších působících faktorů, udává se ale v rozmezí 25-85 %. Ženy, které si prošly touto formou léčby jsou náchylnější k mimoděložnímu těhotenství (Clark & Doherty, 2006).

2. Léčba neplodnosti u mužů

Metod na léčbu mužské neplodnosti je opět mnoho a velmi se prolínají s léčbou neplodnosti u žen zmíněných výše. Ve srovnání s ženami je ale neplodnost u mužů způsobená dysfunkcí pohlavního orgánu. Metodou číslo jedna je tedy v případě mužů vždy obnovení normální funkce pohlavních orgánů. V případě že není tento postup možný přichází na řadu nejčastěji podávání léků a chirurgické postupy (Clark & Doherty, 2006).

Hormonální terapie, tedy léčby podáváním léků na srovnání hladiny hormonů v krvi, se používají například při poruchách spermiogenze, která může být způsobena vysokou hladinou prolaktinu nebo narušenou rovnováhou osy hypothalamus – hypofýza – varlata. U tohoto typu poruchy je vysoce účinná léčba podáváním gonadotropinů (Řežábek, 2018).

I u mužů samozřejmě dochází k infekcím, což se stejně tak jako u žen řeší podáváním antibiotik, tedy **infekční terapií** (Konečná, 2003).

Poslední zmíněnou možností léčby neplodnosti u mužů je potom použití **chirurgických léčebných postupů**, kterými se řeší zejména anatomické odchylky pohlavního orgánu. Operačních postupů a metod je celá řada a až na ty nejtěžší případy mohou tyto problémy zcela odstranit. Chirurgické řešení je také použito v případě zjizvení a srůstů po prodělané infekci pohlavního traktu (Řežábek, 2018).

Další metodou, kterou řadíme do možností léčby je **metoda asistované reprodukce**. Řadíme jí zvláště, protože je z fyziologické ale i psychické stránky poměrně jedinečným fenoménem.

Techniky asistované reprodukce (dále jen ART) je společný název pro celou řadu léčebných postupů. Nejznámější a nepoužívanější metodou je in vitro fertilizace (dále jen IVF). Principem této metody je oplodnění vajíček žen mimo její tělo, konkrétně ve

zkumavce v embryologické laboratoři, a následné přenesení zárodku do dělohy. Úspěch této metody je závislý nejen na dovednostech a znalostech našich lékařů, ale také na pochopení a spolupráci pacienta (Clark & Doherty, 2006).

Proces IVF se skládá ze čtyřech částí:

1. Stimulace vaječnicků, monitorace a spuštění ovulace

Protože přirozeně ženský reprodukční trakt produkuje jedno vajíčko, je nutné podávání hormonů, aby došlo k vývoji více než jednoho folikulu a k produkci více vajíček (Mrázek, 2003).

2. Odběr vajíček

Odběr vajíček je prováděn v celkové anestézii po vyšetření ultrazvukem. Poté je jehlou přes pochvu odsán obsah folikulu. Ten je nutno ihned podrobit vyšetření, aby se ukázalo, zda bylo odebráno vajíčko, které by bylo vhodné pro umělé oplodnění (Mrázek, 2003).

3. Oplodnění

Asi dvě hodiny před odebráním vajíček u ženy, dojde k odebrání spermií muže, které jsou následně podrobeny analýze tak, aby byly vybrány nejsilnější a nejaktivnější z nich. Spermie se poté umístí společně s vajíčkem do inkubátoru, který má stejnou teplotu jako je teplota tělesná. Další deň dojde k vyšetření vajíčka, aby se zjistilo, zda došlo k oplodnění (Mrázek, 2003).

4. Transfer embrya

Pokud se prokáže, že k oplodnění vajíčka došlo, je nutné jej do 72 hodin přemístit do dělohy. Počet přenesených embryí závisí na věku ženy, příčině neplodnosti, průběhu eventuálních předchozích těhotenství a dalších faktorech. Velmi kvalitní nadbytečná embrya mohou být zmrazena (kryokonzervace) a připravena k použití v budoucnosti (Mrázek, 2003).

Za úspěch IVF není považováno úspěšné těhotenství ale úspěšný porod. Průměrná úspěšnost se pohybuje okolo 17% těhotenství, u specializovaných klinik je to až 30 %. Pro srovnání úspěšnost otěhotnění přirozenou cestou při pravidelném pohlavním

styku je 20-25 %. Výsledky dosažené na klinikách jsou tedy plně srovnatelné. Léčebný cyklus IVF lze opakovat po malé pauze několikrát po sobě, konečné číslo pokusů je potom 6. Bohužel asi v 5 % případů dojde k uhníždění embrya mimo dělohu. Velké je zde i riziko samovolných potratů, a to až ve 20 % případů. Některé ženy se také obávají, že když se nejedná o přirozené početí, je ohroženo zdraví jejich budoucího dítěte, případně průběh těhotenství a porodu. Ukazuje se ale, že IVF nemá přímý vliv na zdravotní stav plodu. Výskyt všech vrozených vad plodu není vyšší než u dětí počatých přirozenou cestou (Konečná, 2003).

Někdy se také v rámci ART provádí vstříkávání preparovaných spermií do dělohy nebo dokonce vejcovodů, z hlediska bezpečnostních a zdravotních rizik se ale od této metody postupně upouští. Při využití této metody byla navíc pozorován nárůst genetických poruch a špatného vývoje u dětí (Fiala, 2016). Dalšími možnostmi jsou potom: transfer blastocysty, dárcovství vajíček nebo asistovaný hatching, které jsou spíše okrajovými možnostmi léčby (Mrázek, 2003).

Důležitou informací je také to, že o možnost ART může požádat pouze partnerský nebo manželský pár. Zdravotní pojišťovna ženě do 40 let proplácí tři cykly. Ke každému cyklu jsou ovšem navíc doplatky, které se pohybují okolo 5000 Kč a pacienti si je musí hradit sami. Pokud ani po třetím pokusu nedojde k otěhotnění, žena (respektive pár) si zbylé tři cykly může doplatit, přičemž cena za jeden cyklus je asi 35 000 Kč dle typu asistované reprodukce, množství použitých léků a technického vybavení apod. Do léčebného procesu se mohou zapojit ženy maximálně do věku 48 let (Řežábek, 2018).

Důležitou léčbou v případě neplodnosti je také ta **psychologická**, která pomůže lidem ve zpracování všech emocí, které s sebou tato diagnóza nese, jakožto psychicky náročný proces umělého oplodnění. Intervence při léčbě neplodnosti by se měla zaměřit na snižování pocitů viny a měla by posilovat optimismus, snižovat pocity sociální izolace a osamělosti. Psychologická podpora může pomoci nejen při adaptaci páru na fakt neplodnosti, ale také snižuje výskyt stresu a tím zvyšuje šanci na početí. U neplodných párů, které se účastnili psychologické intervence, se vykazovaly nižší hladiny depresivní a úzkostné symptomatiky (Kantona, 2015).

Na místě je také blízká spolupráce gynekologů a psychologů, respektive psychiatrů při práci s neplodnými ženami, které vykazují vyšší hodnoty psychiatrické komorbidity ve srovnání s plodnými ženami. Psychoterapie může napomoci pacientkám zlepšit psychický stav, a tak zvýšit šanci otěhotnět. Význam při zkvalitnění života neplodných žen má také oblast médií, která by publikováním informací o potřebě léčby několika odborníky poskytla neplodným osobám podporu a vedla ke snížení psychického stresu. Psychologická podpora a léčba má velký význam pro duševní zdraví neplodných párů a celkově ovlivňuje zlepšení kvality života (Kantona, 2015).

5. Dosavadní výzkumy

I přesto že jsme v předchozích kapitolách již na některé výzkumy stručně poukazovali, jednalo se spíše o teoretické zakotvení. Proto považujeme za nutné v této kapitole představit konkrétní výzkumy, které se zabývaly podobnou problematikou, jaká je zkoumaná v této práci. Výzkumy budou rozděleny do tří kapitol, a to konkrétně na výzkumy související s atribučními styly a jejich vlivy na jednotlivé aspekty kvality života a na výzkumy zabývající se neplodností s kvalitou života. V poslední podkapitole se zaměříme na podrobnější popis výzkumu, kterým je tato práce inspirována.

5.1. Výzkumy atribučních stylů v souvislosti s kvalitou života

V této kapitole si představíme výzkumy týkající se souvislosti atribučních stylů a kvality života, respektive jak atribuční styl může ovlivňovat jednotlivé aspekty životní spokojenosti u různé populace, abychom dosáhli porovnání s jinými než pouze s neplodnými probandy.

Jedním z významných atribučních stylů, které autoři rozdělují a často zkoumají je optimismus, respektive pesimismu. Kazemi, Nikmanesh & kol. (2017) například prokázali, že mezi optimistickým atribučním stylem, životní spokojeností a sebepojetím existuje významná pozitivní korelace. K podobným výsledkům dospěli i Yuan a Wang (2016), kteří pokládali optimistický atribuční styl za zprostředkovatele mezi mentálním zdravím a pociťovanou sebejistotou. Tento předpoklad se potvrdil. Lidé s převažujícím optimistickým atribučním stylem vykazovali lepší copingové strategie včetně interních zdrojů, které jim pomáhaly řešit životní problémy.

K podobným závěrům došli i Cheng a Furnham (2003), která zajímali atribuční styl a sebevědomí jakožto prediktory prožívaného osobního štěstí u neklinické populace. Z výsledku vyplývá, že atribuční styl optimismu je významným prediktorem osobního štěstí, a zároveň souvisí s vnímaným sebevědomím probandů. Dále se ukázalo, že optimismus v negativních situacích významně souvisel s prožitkem a náhledem na danou situaci. Výsledky výzkumu jsou přínosné zejména z hlediska volby kognitivní strategie v náročných životních situacích.

Z hlediska významu atribučních stylů při vyrovnávání se s životními problémy provedli zajímavý výzkum Landsman-Dijskra & kol. (2006), jehož cílem bylo ověřit, zda

změna přemýšlení a náhledu na situace, tedy změna atribučního stylu, povede ke změně v životní spokojenosti, schopnosti vyjadřovat svoje emoce a vnímaném sebevědomí. Účastníci výzkumu se účastnili dlouhodobého (6 měsíců) skupinového terapeutického programu zaměřeného na změnu atribučních stylů. Výsledky ukázaly, že po účasti v programu probandi vykazovali významně méně pesimistického atribučního stylu, větší životní spokojenost a méně prožívaného stresu než před začátkem výzkumu.

Jako další uvádíme studii Qionga (2018), který si kladl za cíl prozkoumat souvislost mezi atribuční tendencí, životní spokojeností, úzkostností a depresivností u pacientů s rakovinou žaludku. Pokud se zaměříme pouze na výsledky, které se týkají atribučních tendencí, ukázalo se, že experimentální skupina složená z 65 pacientů, vykazovala souvislost negativních atribučních tendencí s prožíváním úzkosti a deprese oproti skupině kontrolní. Dále se ukázala statisticky významná souvislost mezi atribučními tendencemi a prožíváním negativních emocí u pacientů s rakovinným onemocněním.

Atribučními styly v souvislosti s depresí se zabýval také Moeinolghorabayi & kol. (2017). Konkrétně ve svém výzkumu zkoumal atribuční styly, maladaptivní schémata a dysfunkční postoje u depresivních osob. Analýza kovariance odhalila významné rozdíly ve stylu atribuce, maladaptivních schématech i dysfunkčních postojích mezi zdravými a depresivními skupinami. K podobným výsledkům došel i Liu, Wang & kol. (2016), kteří zjistili souvislost negativních atribučních tendencí s depresivitou u studentů středních škol.

Výsledky výzkumu Sharifa (2017) zase ukázaly, že čím větší měly respondentky vnitřní locus of control, a naopak čím nižší byl ten externí, tím vyšší kvalitu života zažívaly a tím nižší vykazovaly symptomy úzkostnosti a deprese. Výzkum byl proveden na pacientkách s rakovinou prsu. Ke stejným výsledkům dospěli i Brown & kol. (2017), kteří prokázali u pacientů s rakovinou souvislost mezi externím locus of control, zvýšenou depresivitou, sníženou kvalitou života a sníženou mírou vnímání naděje.

To že atribuční styl souvisí s nadějí a vírou (v tomto případě v léčbu) prokázali Moreira & kol. (2016). Ve své studii porovnávali pacienty s onemocněním žaludku (instestinal stoma) v míře pociťované naděje a víry v uzdravení s výsledky jejich léčby. Probandy

si rozdělili do dvou skupiny podle toho, zda vykazovali nízkou nebo vysokou míru naděje. Postup léčby z hlediska medicíny se oběma skupinám dostával identický. Ukázalo se, že proces léčby byl úspěšnější u těch pacientů, kteří vykazovali vyšší míru naděje a víry v postup léčby i odborný personál. Tato zjištění jsou důležitá pro pacienty, kteří prochází jakýmkoliv druhem léčby, tudíž i pro ty neplodné.

Atribuční styly u neplodných žen a jejich vliv na úzkost a depresi zkoumali například Samani, Navid & kol. (2016), kteří podobně jako předchozí studie potvrdili souvislost interního locus of control s nižší depresivitou a úzkostností. Dále zjistili vliv demografických údajů jak na prožívání neplodnosti, tak na atribuční tendence. Například vyšších skóre na škále úzkosti a deprese a vyšších skóre externího locus of control dosahovaly ženy s nižším vzděláním a ženy ze sociálně slabých rodin či oblastí.

V souvislosti s atribučními styly, kvalitou života a neplodností provedli výzkum také Beaurepaire & kol. (40), kteří ve své studii zjistili, že neplodní muži mají všeobecně vyšší interní locus of control ve srovnání s neplodnými ženami, což u nich vede k méně častému sebeobviňování a pocitu viny za neplodnost než u žen.

5.2. Výzkumy neplodnosti v souvislosti s kvalitou života

V této kapitole se zaměříme na to, jak neplodnost může ovlivňovat kvalitu života, včetně psychosociálního prožívání a interpersonálních vztahů.

Folkvord a kol. (2005) ve svém výzkumu zjistili, že většina z 311 dotazovaných neplodných mužů vykazuje příznaky mírné deprese a nespavosti. Mnozí popisují interpersonální potíže, pociťují napětí ve vztazích s rodinnými příslušníky, jakož i v partnerském vztahu. K podobným zjištěním došli i Klemetti a kol. (2010), kteří zjistili, že u mužů, kteří jsou vystaveni neplodnosti se ve větší míře vyskytovaly psychické problémy oproti mužům plodným. Zároveň prokázali, že je rozdíl mezi plodnými a neplodnými bezdětnými muži. Ti neplodní vykazovali nižší hodnotu kvality života oproti mužům plodným.

Wichman et al. (2011) zjistili podobné údaje i při výzkumech s neplodnými ženami. U 28,3 % neplodných žen se vyskytla alespoň jedna epizoda mírné až středně těžké deprese. Zajímavé je, že úroveň deprese byla nižší u těch žen, které předpokládaly, že

nemožnost počít dítě je chyba jejich partnera, ačkoliv pro to neměly žádné lékařské potvrzení. K podobným závěrům dospěl i Jahromi & kol. (2018).

Výsledky studie Noorbala a kol. (2007) ukazují, na psychiatrickou symptomatiku až u 44 % neplodných žen. Autoři prostřednictvím testu SCL-90-R zjistili vyšší hladinu paranoidních představ, depresi a interpersonální senzitivitu. Výsledky dále poukazují na fakt, že důležitým faktorem, který vede k psychickému stresu u neplodných žen, patří reakce příbuzných a přátel, pocity samoty a léčba neplodnosti.

Khademi a kol. (2005) zase prokázali, že je důležitá délka trvání neplodnosti při výskytu deprese, a to u mužů i u žen. V rané fázi neplodnosti je deprese mnohem nižší. Partneři na začátku léčby důvěřují medicínským zásahům, přijímají podporu ze strany lékařů i rodiny, doufají, že neplodnost v budoucnosti překonají. Také je v tomto období méně tlaku ze strany rodiny a okolí a neplodní partneři neprožívají nadměrný psychický stres. Pokud se však neplodnost změní na chronický problém, který brání spokojenému průběhu manželství, respektive partnerství, míra negativních psychických projevů narůstá.

Cavdar a Coskun (2018) provedli kvalitativní výzkum na primárně neplodných párech se zaměřením na prožitky a sebeúctu těchto párů po skončení reprodukčního období, respondentům tedy bylo okolo 50 let. Podmínkou bylo, aby tyto páry žily bezdětně bez poskytování adopce či pěstounské péče. Ukázalo se, že i po mnoha letech se s touto diagnózou neshodilo 62 % respondentů, kteří se označili za nešťastné. Z rozhovorů následně vyplynulo, že negativní prožitky společně se sníženou sebeúctou se vyskytovaly více u neplodných žen oproti mužům.

Gocker & kol. (2016) se ve svém výzkumu zaměřili na zhodnocení kvality života u 127 tureckých neplodných párů. Kvalita života byla měřena pomocí dotazníku FertiQo. Dle výsledků měly ženy celkově nižší kvalitu života než muži. Ženy a muži, kteří byli ženatí méně než 10 let, měli výrazně nižší emoční skóre, tedy subjektivně prožívali negativní emoce. Souvislost neplodnosti s kvalitou života byla dále zjištěna u skupiny neplodných žen mladších 30 let a u žen se středním nebo nízkým příjmem. U mužů potom byla souvislost ve skupině těch, kteří byli ženatí méně než 10 let. Autoři došli k závěru, že v případě léčby neplodnosti by její poskytovatelé měli přistupovat ke všem

aspektům a faktorům ovlivňující neplodnost tak, aby léčba byla adekvátní pro každý jednotlivý pár.

Zajímavý výzkum provedli také Casu & kol. (2018), kteří v souvislosti s neplodností a kvalitou života zkoumali spiritualitu jakožto copingovou strategii, která může chránit páry před nepříznivým dopadem neplodnosti. Výsledky naznačily, že úroveň spirituality žen a mužů byla přímo i nepřímo spojena s jejich vlastní kvalitou života, a to snížením stresu spojeného s neplodností. Zjištění zdůrazňují důležitost naděje jako zdroje zvládnání, který neplodná pár může využívat k lepšímu zvládnání stresu z neplodnosti a ke snížení jejich nepříznivých dopadů na kvalitu života.

5.3. Popis výzkumu Navida, Mohammadiho & kol.

V této kapitole se blíže zaměříme na zmíněný výzkum, kterým se tato práce výrazně inspirovala. Důkladnější popis považujeme za nutný, jelikož jsme se inspirovali spíše tématem a procesem výzkumu než samotnými výsledky. Stanovené hypotézy nejsou zcela přesné jako v tomto výzkumu. Naším cílem není ověřit identický výzkum na české populaci, proto považujeme za nutné popsat podrobnější postup dané studie, a ne pouze shrnout její výsledky.

Cílem výzkumu bylo prozkoumat životní spokojenost založenou na atribučních tendencích a partnerských přesvědčeních u neplodných párů. Výzkumu se zúčastnilo 57 íránských párů docházejících na kliniku Fakultní nemocnice v Teheránu pro léčbu neplodnosti. Pro účely výzkumu byl použit dotazník Relationship Beliefs Inventory pro zjištění partnerských přesvědčení, dotazník Attribution Style Questionare měřící atribuční styl a jako poslední dotazník 12-Item Short -Form Survey použitý k zhodnocení kvality života probandů.

Zároveň byl neplodným párům předložen dotazník zjišťující demografické údaje jako: věk, vzdělání, důvod neplodnosti, trvání léčby, trvání manželství. Zajímavým údajem oproti teorii je to, že z daného vzorku bylo 49 příčin neplodnosti na straně muže a pouze 8 na straně ženy. Průměrný věk mužů byl 33 let, průměrný věk žen potom 29 let. Neplodnost u párů trvala v průměru zhruba 5 let, průměrná doba manželství byla necelých 7 let.

Výsledky výzkumu ukázaly, že neplodní muži mají celkově vyšší kvalitu života ve srovnání s jejich manželkami. Autoři si to vysvětlují kulturou, ve které převládá paternalistické přesvědčení o plodnosti a zároveň nedostatek sociální a ekonomické podpory mnoha žen, což může vést k zesílení pocíťovaných problémů, a tím pádem i k nedostatku životní spokojenosti. Na základě těchto podmínek jsou neplodné ženy pod větším emočním tlakem, který může vést k rozvoji psychiatrických onemocnění jako deprese či úzkost.

Další výsledky ukázaly, že ženy vykazovaly vyšší skóre iracionálních partnerských přesvědčení než jejich manželé. Zároveň se prokázalo, že skóre v dotazníku RBI (Relationship Beliefs Inventory) negativně koreluje s kvalitou života, a naopak pozitivně souvisí s různými druhy úzkosti, deprese a pocity zlosti.

Výsledky této studie také odhalily, že s kvalitou života souvisí pouze optimistický atribuční styl. S ostatními atribučními styly (celkové skóre ASQ, globální a stabilní kauzální přiřazení negativních a pozitivních události) se souvislost s životní spokojeností u neplodných pacientů nepodařilo prokázat.

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Výzkumný problém, výzkumné cíle, výzkumné hypotézy

Cílem této kapitoly je představit čtenáři propojení teoretické části práce s částí praktickou a seznámit ho s výzkumnými cíli a hypotézami.

Je známo, že mít děti vždy bylo a je v mnoha společnostech považováno za hlavní sociokulturní hodnotu či smysl života (van Balen & kol., 2009). Prevalence neplodnosti se v současné době celosvětově odhaduje na 9 %, v České republice je to potom až 20 % párů (Šulová, Fait & Weiss, 2011). Výzkumy i teoretická východiska prokazují, že neplodnost může vést k vážným emočním problémům a psychickému stresu (Verhaak & kol, 2007; Drosdzol & kol, 2008; Maroufizadeh, 2015; Ormani & 2017). To má potenciálně negativní dopad na manželské štěstí, sexuální spokojenost a celkovou kvalitu života (Benyamini & kol., 2005; Mroufizadeh & kol., 2016; Maroufizadeh & kol., 2016; Ghaheri & kol., 2016).

Z teoretické části práce vyplývá, že kvalita života je obecně ovlivněna fyzickým i psychickým zdravím, socioekonomickým statusem či osobní vírou (Wang & kol., 2010; Andrews & kol, 1992), která je zároveň podle některých autorů klíčovým určujícím činitelem v kvalitě vztahu mezi manželi (Chambers & kol, 1999). Mnoho problémů s duševním zdravím či řešením těžké životní situace nastává, pokud manželé o svých potřebách nemluví nebo je z jakéhokoliv důvod nejsou schopni uspokojit (Khodabakshi & kol., 2010).

Řada studií ukázala, že existuje negativní souvislost mezi iracionálním přesvědčením a manželským uspokojením (Addis & kol, 2002; Hamamci & kol, 2005; Moller & kol, 2001). Výsledek těchto výzkumů je ve vzájemné shodě s výsledky Stanculeta & kol. (2015) nebo Bahremanda & kol. (2015), kteří prokázali, že iracionální přesvědčení ve vztahu výrazně ovlivňuje životní spokojenost. Výsledky této studie zároveň ukazují na fakt, že muži a ženy mají tendence k dosahování rozdílných iracionálních přesvědčení, což může být další komplikací pro vztah.

Ve chvíli, kdy se mají páry vypořádat s nekontrolovatelnou situací, jakou je neplodnost jednoho z partnerů, je velmi důležité, jak se k takové situaci postaví a na základě čeho ji vyhodnotí. Jinými slovy, jaký copingový mechanismus zvolí a zda atribuční styl

daného člověk je spíš ku prospěchu věci či naopak. Peterson a Seligman (Peterson & Seligman, 1984) představili kauzální styly ve třech hlavních atribučních dimenzích, kterými jsou internalita versus externalita, globalita versus specificita a stabilita versus nestabilita. Na základě této teorie lze říct, že náchylnost k duševním problémům či jiným životním potížím způsobeným nesprávným vyhodnocením či zpracováním nepříznivé životní situace, mají ti lidé, kteří mají tendenci interpretovat negativní události interně, globálně a stabilně, tedy vykazují pesimistický atribuční styl. Zároveň se tyto výsledky nijak neliší mezi muži a ženami (Mizrahi & kol, 2008; Lepasovic & kol, 2009).

Proto považujeme za důležité znát, jak vztahová přesvědčení a atribuční styly mohou ovlivňovat kvalitu života lidí, kteří nemohou mít děti. Pokud je nám známo, první studie zkoumající tento vztah u neplodných párů byla provedena výzkumníky z Íránu Navidem B. Mohammadim, M. Maroufizadehem a kol. (2018), kterými se naše práce výrazně inspiruje. Naším cílem je prozkoumat souvislosti mezi životní spokojeností založené na vztahovém přesvědčení a atribučních stylech u neplodných párů na české populaci na základě zmíněného výzkumu.

Cíle empirické části této práce jsou převážně deskriptivní. Hlavním záměrem je popis a zkoumání potenciálních společných mechanismů a vztahů mezi životní spokojeností, atribučními tendencemi a partnerskými přesvědčeními. Hlubším porozuměním celé problematiky by bylo možné zkvalitnit poradenské a terapeutické služby pro pacienty potýkající se s neplodností. Případně se zaměřit na prevenci rizikových faktorů ovlivňující vznik nebo prohloubení partnerských problémů u těchto párů.

Dále byly definovány **dílčí cíle** výzkumu:

1. *Popsat souvislosti mezi sledovanými proměnnými.*

Prostřednictvím základní korelační analýzy byly ověřovány vztahy a souvislosti mezi proměnnými. Sledovány byly životní spokojenost, atribuční tendence a partnerské přesvědčení.

2. *Porovnat výsledky jednotlivých subškál dotazníku RBI (Relationship Beliefs Inventory) u mužů a u žen.*

Prostřednictvím parametrického testu byly ověřovány rozdíly v Dotazníku partnerských přesvědčení mezi neplodnými muži a ženami.

3. *Interpretovat výsledky celkového dotazníku ASQ (Attribution Style Questionnaire) zvláště pro muže a u ženy.*

Prostřednictvím deskriptivní statistiky bude popsáno, jaký atribuční styl vykazují neplodní muži i ženy.

4. *Interpretovat výsledné hodnoty škály Ukazatel naděje v nepříznivých situacích dotazníku ASQ zvláště pro muže a ženy.*

Prostřednictvím deskriptivní statistiky bude popsáno, zda neplodní muži i ženy dosahují vyšších hodnot na škále Ukazatel naděje v nepříznivých situacích, které svědčí pro pocity bezmocnosti a beznaděje.

5. *Popsat základní psychometrické vlastnosti dotazníku RBI (Relationship Beliefs Inventory) na zkoumaném vzorku.*

Vzhledem k tomu, že se jedná o diagnostickou metodu, která v České republice nemá oficiální český překlad ani standardizaci, považujeme za další přínos této práce stručné prozkoumání základních psychometrických vlastností dotazníku RBI pro další možné výzkumné i praktické využívání této testové metody.

6. *Popsat možnosti aplikace závěrů této studie.*

Zjištěné poznatky by měly přiblížit potenciální vztahy mezi sledovanými proměnnými a pomoci lepšímu porozumění problematice prožívání neplodných párů s cílem možného nalezení efektivnějších postupů zvládnutí této náročné životní situace, případně zlepšení poradenských a terapeutických služeb.

Výzkumné hypotézy vyplývající z dílčích výzkumných cílů konkrétně definovaly předpokládané vztahy mezi sledovanými proměnnými. **Hlavní hypotézy** týkající se souvislostí mezi životní spokojeností, atribučními tendencemi a partnerskými

přesvědčeními byly definovány na základě informací uvedených v teoretické části a na základě výsledku výzkumu Navida B., Mohammadho, M. Maroufizadeho a kol. (2018). Pro výzkum daných hypotéz byly použity tři dotazníkové metody a to: Dotazník životní spokojenosti (dále jen ŽIS), Dotazník partnerských přesvědčení (dále jen RBI) a Dotazník měřící styl výkladu (dále jen ASQ).

H1: Existuje statisticky významná souvislost mezi celkovým skórem naměřeným v dotazníku ŽIS a ASQ.

H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi celkovým skórem naměřeným v dotazníku ŽIS a RBI.

H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi celkovým skórem naměřeným v dotazníku RBI a ASQ.

Dále byly formulovány **vedlejší hypotézy** zaměřující se na rozdíly mezi neplodnými muži a ženami v naměřených atribučních stylech a partnerských přesvědčeních. Jak už bylo zmíněno výše, výzkum se primárně zaměřuje na popis a zkoumání potenciálních společných mechanismů a vztahů mezi životní spokojeností, atribučními tendencemi a partnerskými přesvědčeními. Jediný výzkum zabývající se touto problematikou, který se nám podařilo dohledat byl výzkum Navida B., Mohammadho, M. Maroufizadeho a kol. (2018), vedlejší hypotézy tak byly stanoveny na základě jejich výsledků. Zároveň se zde, stejně jako autoři, opíráme o teoretické zakotvení z předchozích kapitol. Vedlejší hypotézy tedy byly stanoveny následujícím způsobem:

VH1: Muži dosahují statisticky významně vyšších hodnot na škále Nesouhlas je destruktivní v dotazníku RBI oproti ženám.

VH2: Muži dosahují statisticky významně nižších hodnot na škále Čtení myšlenek předpokládáno v dotazníku RBI oproti ženám.

VH3: Muži dosahují statisticky významně nižších hodnot na škále Partneři se nemohou změnit v dotazníku RBI oproti ženám.

VH4: Muži dosahují statisticky významně nižších hodnot na škále Sexuální perfekcionismus v dotazníku RBI oproti ženám.

VH5: Muži dosahují statisticky významně nižších hodnot na škále Pohlaví jsou rozdílná v dotazníku RBI oproti ženám.

Dále byly stanoveny výzkumné otázky, na které odpovíme pomocí popisné statistiky.

V01: Jaký atribuční styl vykazují muži v celkovém skóre dotazníku ASQ?

V02: Jaký atribuční styl vykazují muži v celkovém skóre dotazníku ASQ?

V03: Jaký atribuční styl vykazují muži na škále Ukazatel naděje v nepříznivých situacích v dotazníku ASQ?

V04: Jaký atribuční styl vykazují ženy na škále Ukazatel naděje v nepříznivých situacích v dotazníku ASQ?

7. Aplikovaná metodika

V návaznosti na výzkumný problém a výzkumné cíle této práce byl zvolen kvantitativní typ výzkumu. V rámci krátkého pilotního výzkumu, kdy bylo zvažováno, který z typů výzkumu použít, se nám potvrdilo, že většina oslovených probandů byla ochotna vyplnit dotazník, nikoliv však absolvovat krátký rozhovor. S přihlédnutím k rozsahu práce, času probandů a k možnostem měření výzkumných hypotéz se nám tedy jevil kvantitativní rámec jako nejlepší možnost.

7.1. Metody získávání dat

V následující kapitole si představíme tři dotazníky použité pro výzkumnou část této práce.

7.1.1. Dotazník životní spokojenosti

Tento dotazník vznikl v rámci výzkumného projektu zabývajícího se psychologickou a lékařskou rehabilitací pacientů s nemocemi srdce a krevního oběhu. Původní dotazník obsahoval pouze osm životních oblastí, a to:

- zdraví,
- práce a zaměstnání,
- finanční situace,
- volný čas a hobby,
- manželství a partnerství,
- vztah k dětem,
- vlastní osoba,
- sexualita (Fahrenberg, Myrtek & kol., 2001).

Nová verze dotazníku DŽS má deset škál se sedmi položkami a celkovou hodnotou DŽS jako indexem celkové životní spokojenosti. Nově přibyly škály:

- přátelé, známí a příbuzní,
- bydlení,
- celková životní spokojenost.

Došlo také k určitým formálním změnám některých konkrétních otázek. Na každou položku se odpovídá na sedmistupňové škále (do 1 „velmi spokojen“ až po 7 „velmi nespokojen“). Škály *manželství a partnerství* a *vztah k vlastním dětem* jsou zvláštní tím,

že je probandi smí vyplnit pouze v případě, že mají vztah nebo dítě, jinak tuto část přeskakují, aby nedošlo k ovlivnění výsledků (Fahrenberg, Myrtek & kol., 2001).

Nyní se podíváme na vybrané psychometrické vlastnosti dotazníku. **Rozsah a standardní odchylka** škál DŽS ukazují uspokojující rozdělení hodnot, pouze škály *manželství a partnerství* a *vztah k vlastním dětem* vykazují tendenci k pravostranné šikmosti a strmosti. Co se týče **interkorelace**, většina koeficientů leží ve střední hodnotě. Menší souvislost byla prokázána mezi škálami *bydlení* a *volný čas*. Naopak vyšších koeficientů dosahují škály *práce a zaměstnání* a *finance*. Interkorelace deseti škál DŽS byly taktéž podrobeny faktorové analýze, přičemž se ukázalo, že výsledky obou analýz se shodují. **Reliabilita** dotazníku se taktéž ukázala jako vysoká. Hodnoty jednotlivých škál se pohybují v oblasti od 0,82 do 0,95 a svědčí tak pro vysokou vnitřní konzistenci dotazníku. Výzkum k retestové reliabilitě DŽS se nám nepodařilo dohledat. Byl proveden pouze výzkum na 105 pacientech kardiiovaskulární kliniky v Německu, a to s odstupem 5 dní, kdy byla celková hodnota reliability 0,87. U některých škál došlo k viditelnému zlepšení (pravděpodobně díky probíhající rehabilitaci), nicméně globální posouzení životní spokojenosti nevykazovalo signifikantní změnu střední hodnoty. Zdá se tedy, že je zde vyjádřeno spíše relativně stálé základní životní ladění (Fahrenberg, Myrtek & kol., 2001).

V rámci psychometrických vlastností dotazníku byly provedeny **analýzy variance** podle obecného lineárního modelu k posouzení efektu příslušnosti k pohlaví, věku a vzdělání. Závislost na těchto vybraných sociodemografických znacích se prokázala pouze v rámci jednotlivých škál, výjimkou je pouze škála *přátelé, známí a příbuzní*. Celková životní spokojenost zjištěná dotazníkem DŽS není dle autorů obecně ovlivněna příslušností k pohlaví, věkem ani vzděláním. V jednotlivých oblastech ovšem takové souvislosti existují, přičemž se úbytek a přírůstek částečně kompenzují (Fahrenberg, Myrtek & kol., 2001).

Administrace dotazníku může probíhat jak skupinovou, tak individuální formou. Instrukce jsou uvedené na začátku první strany záznamového listu. Instrukce zní: „Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.“ Uveden je také příklad, kdy má proband zhodnotit počasí na škále od 1 do 7, která ho bude provázet celým

dotazníkem. K dotazníku jsou taktéž připojeny otázky týkající se sociodemografických údajů, které jsme při našem výzkumu taktéž využili. Časové omezení pro vyplňování dotazníku neexistuje, trvá ale v průměru zhruba 5 až 10 minut (Fahrenberg, Myrtek & kol., 2001).

Následné **vyhodnocení** dotazníku probíhá tak, že jsou sečteny individuální odpovědi v každé z deseti škál. Položky jsou polovány tak, že vyšší hodnoty znamenají vyšší spokojenost, tedy odpověď „velmi spokojen“ obdrží číselnou hodnotu 7. Celková hodnota DŽS se spočítá součtem skóru v sedmi škálách (konkrétně: Zdraví, finanční situace, volný čas, vlastní osoba, sexualita přátelé a příbuzní, bydlení). U škály *partnerství a manželství, vztah k dětem a práce a zaměstnání* často chybí relevantní data, aby tyto položky mohly být do celkového skóru započítány (Fahrenberg, Myrtek & kol., 2001). I v našem případě byla vynechána škála *vztah k vlastním dětem* z logického důvodu vyplývajícího z tématu naší práce.

Normy k tomuto dotazníku byly vytvořeny na Německých obyvatelích zvláště pro pohlaví do sedmi věkových skupin od 14-25, 26-35, 46-55, 56-65, 66-75, starší 75 let. Do normovací výzkumu bylo zapojeno 1292 mužů a 1578 žen (Fahrenberg, Myrtek & kol., 2001).

7.1.2. Dotazník atribučních stylů

Dotazník atribučních stylů (dále jen ASQ) sestrojil Peterson, který se dlouhodobě zabýval stylem výkladu životních situací. Na základě svých zkušeností navrhl diagnostickou metodu, kterou nazval právě Attributional Style Questionnaire. Při ní se předkládá vyšetřovaným osobám série standardizovaných příběhů a vyžaduje se formulace odpovědí. Dotazník obsahuje celkem 48 takových situací. Ty mají vyjadřovat to, jak by daná osoba v takovéto (často hypotetické) situaci jednala. Na každou situaci, která je v dotazu uvedena, má proband odpovědět výběrem jedné ze dvou alternativ. Například:

Vyhrál(a) jste v loterii.

A. Byla to čistá náhoda.

B. Vybral(a) jsem správné číslo.

Předkládané věci se tedy týkají buďto pozitivních, nebo negativních věcí, které se někomu staly. Jde v nich o tři základní dimenze optimismu a pesimismu: na vidění světa příčin dění v časové dimenzi, z hlediska rozsahu a ve vztahu k dané osobě. Respondenti tak hodnotí každé kauzální přiřazení na třech 7 bodových stupnicích:

1. Internalita - externalita,
2. Nestabilita - stabilita
3. Specifičnost globalita (Křivohlavý, 2012).

Skóre na subškálách internality, stability a globality se obvykle jednoduše sčítají, aby se odvodil složený pozitivní atribuční styl a složený negativní atribuční styl. Výsledky se též uvádějí odděleně pro události kladné a záporné situace. Při **hodnocení** se však větší důvěra přikládá odpovědím v situacích, kdy se osobě v příběhu stalo něco negativního. Při vyhodnocování odpovědí v ASQ se u každé otázky přisuzuje jeden bod pouze jedné ze dvou odpovědí, a to té, která je uvedena v manuálu. Celkový výsledek se vyjadřuje rozdílem mezi skórem pro situace pozitivní a pro situace negativní. Z dotazníku lze také zjistit ukazatel naděje v nepříznivých situacích, tzv. Hope score, který se počítá součtem bodů udělených v kategorii negativních událostí v dimenzi časového rozsahu a v kategorii negativních událostí v dimenzi posouzení závažnosti stavu (zda se jedná o závažnou situaci nebo o maličkost) (Křivohlavý, 2012).

Administrace dotazníku může probíhat jak skupinově, tak individuálně. Na začátku dotazníku je uvedena instrukce pro zadávání.

7.1.3. Dotazník partnerských přesvědčení

V posledních desetiletích se rozšířily psychologické teorie manželských potíží, které často zahrnují analýzu mezilidských dovedností páru, schopnosti změnit své chování, nebo dysfunkční kognice. Mnoho vědců proto začalo zkoumat, zda způsob myšlení a očekávání v manželství přispívá k manželské spokojenosti či naopak nespokojenosti (např., Baucom, Epstein, Sayers, & Sher, 1989; Bradbury & Fincham, 1990).

Autoři metodologie rozdělují přesvědčení do **pěti kategorií**, které zkoumají pomocí čtyřiceti otázek:

1. *Nesouhlas je destruktivní*: Toto přesvědčení popisuje víru partnerů, že jakékoliv neshody týkající se hodnot, postojů, cílů a preferencí jsou hrozbou pro stabilní láskyplný vztah. Jako nefunkční se zde jeví přesvědčení, že rozdílnost názorů, případně konflikty postupně vedou k rozpadu vztahu a jsou výrazem nedostatku lásky.
2. *Čtení myšlenek je předpokládáno*: Tento nereálný předpoklad spočívá v tom, že partneři, kteří se milují, by měli navzájem vycítit své pocity a nálady bez potřebné komunikace. Toto přesvědčení potom logicky vede k nedostatečné komunikaci mezi partnery.
3. *Partneři se nemohou změnit*: Toto přesvědčení je znázorněním beznaděje ve vztahu, která následně vede k rezignaci na řešení partnerských konfliktů.
4. *Sexuální perfekcionismus*: Toto negativní přesvědčení vycházející z předpokladu, že člověk musí být perfektní sexuální partner, vytváří napětí ve vztahu a vede ke snížení sexuálního prožitku a následně prožitku z celého vztahu.
5. *Pohlaví jsou rozdílná*: Představa, že pohlaví jsou extrémně rozdílná, vede ke stereotypizování a následnému snížení citlivosti vůči partnerovým potřebám, stejně tak k rezignaci nad pochopením druhého partnera.

Eidelson a Epstein (1982) vytvořili tento dotazník na základě průzkumu klientů docházejících k 20 vybraným manželským terapeutům, aby zjistili, která přesvědčení o důvěrných vztazích podle všeho způsobují nejvíce manželských problémů u jejich klientů. Počáteční fond položek byl 128. Postupně byl snížen na číslo 60. Těchto 60 položek bylo administrováno 100 párům. V další analýze bylo na základě statistických charakteristik vybráno 40 položek (v pěti subškálech) do konečné verze dotazníku. Na položky lze odpovědět vždy na stupnici 1-6, kde 1 = s tvrzením souhlasím a 6 = s tvrzením nesouhlasím. Dotazník obsahuje i reverzní položky.

Počáteční údaje o platnosti dotazníku ukazují, že výsledky v testu RBI negativně korelují s manželskou spokojeností a pozitivně korelují s předčasným ukončením v manželské terapii. Od jeho vzniku bylo nicméně provedeno mnoho studií zkoumající vztah mezi dysfunkčními vztahovými přesvědčeními a faktory, jako je například komunikace (Emmelkamp, Krol, Sanderman, & Ruphan, 1987; in James & kol, 2002), sebepojetí, sexuální role (Kurdek & Schmitt, 1986; in James & kol, 2002), sociální vnímání a reagování (Hunsley, Vito, Pinsent, James, & Lefebvre, 1996; Jensen, Witcher,

& Lane, 1987; in James & kol, 2002) a manželskou spokojenost (Moller a Van-Zyl, 1991; in James & kol, 2002). Ačkoli tyto studie poskytly podporu pro validitu dílčích škál, reliabilita dotazníku byla kritizována. Přesněji řečeno, koeficient alfa byl v jediných dvou studiích, které zkoumaly vnitřní konzistenci dotazníku, velmi nízký (průměr $\alpha = 0,54$; Emmelkamp et al., 1987 a průměr $\alpha = 0,67$; Bradbury a Fincham, 1993; in James & kol, 2002).

Špatné **psychometrické vlastnosti** jednotlivých škál jsou dle Jamese & kol. (2002) dané důsledkem nevhodně definovaných faktorů, vzhledem k tomu, že v žádném výzkumu nebyla provedena faktorová analýza dotazníků za účelem ověření faktorů. James & kol. (2002) se proto rozhodli faktory ve své studii ověřit. Jejich výsledky ukazují na fakt, že by dotazník dle nich měl mít místo pěti faktorů šest. Konkrétně původní faktor *Pohlaví jsou rozdílná* na základě faktorové analýzy doporučují rozdělit na dva faktory a to: *Pohlaví mají rozdílné potřeby* a *Porozumět opačnému pohlaví je složité*. Autoři také upozorňují na fakt, že některé položky dotazníku se nevztahovaly k žádnému z faktorů, proto považují za nutné další zkoumání psychometrických vlastností dotazníku RBI na více probandech a v jiných zemích (James & kol, 2002).

Jako nejvíce robustní se ukázala subškála *Nesouhlas je destruktivní*, jejíž položky se statisticky významně neváží k jinému faktoru. Tato subškála taktéž vykazuje dobrou **vnitřní konzistenci** s hodnotou Cronbachovy alfy 0,83. Velmi podobné psychometrické vlastnosti potom vykazují i subškály *Sexuální perfekcionismus* a *Čtení myšlenek je předpokládáno*. Robustní se naopak nejvíce ukázala škála *Pohlaví jsou rozdílná*, a to z výše zmíněných důvodů, při kterých autoři navrhují tuto škálu rozdělit do dvou faktorů, u kterých se už vnitřní konzistence ukázala. U škály *Partneři se nemohou změnit* vyšla Cronbachova alfa 0,58, podle autorů se tak nejedná o subškálu, která by podávala spolehlivé informace o probandech (James & kol., 2002).

Jelikož se nejedná o standardizovanou metodu, která by byla v České republice oficiálně přeložena, byli jsme nuceni si originální verzi dotazníku pro účely tohoto výzkumu přeložit. Postup **překlada** byl následující:

- Anglický originál dotazníku byl předložen dvou nezávislým profesionálním překladatelům pro překlad do angličtiny.

- Tyto dva české překlady byly následně předány opět dvou překladatelům, tentokrát se jednalo o studenty anglické literatury s certifikáty CPE (úroveň jazyk C2), kteří český překlad znovu přeložili do angličtiny.
- Tyto znovu přeložené dotazníky, byly společně s originálem dotazníku dány k porovnání rodilému mluvčímu, abychom si mohli být jistí, že došlo ke kompletnímu zachování významu všech položek.

Vzhledem k tomu, že se nejedná o dotazník vyžadující výrazné odborné znalosti či specifickou slovní zásobu překládajících, považujeme tento postup překladu a jeho ověření za dostačující.

7.2. Metody zpracování a analýzy dat

Zpracování dat probíhalo nejprve se zaměřením na popis vzorku. Pro tento účel byla použita deskriptivní statistika. Zpracování dat probíhalo zejména v programu Microsoft Excel, do něhož byla zapsána všechna data a utříděna tak, aby s nimi šlo dále pracovat. Z výzkumu byly vyřazeny čtyři nevalidní dotazníky podle výše popisovaných škál.

Následující zpracování dat probíhalo v programu Statistica 13. Program nám umožnil ověřit stanovené hypotézy prostřednictvím statistických testů. Hypotézy byly ověřovány s minimální stanovenou hladinou významnosti $\alpha=0,05$. Významnost byla hodnocena u p-hodnot dle následujících kritérií (Dostál, 2016):

- $<0,1$ za nesignifikantní, ale s určitým trendem,
- $<0,05$ za signifikantní,
- $<0,01$ za vysoce signifikantní,
- $<0,001$ za velmi vysoce signifikantní.

Před testováním hypotéz bylo ověřeno normální rozložení metrických proměnných pomocí Shapiro-Wilkova testu. Data ze dvou dotazníků nesplňovala podmínky parametrického testování bylo tedy nutné u testování hlavních hypotéz použít Spearmanův korelační koeficient, u vedlejších hypotéz potom bylo možné použít parametrický t-test, vzhledem k normálnímu rozložení dat získaných dotazníkem RBI, který byl potřebný k ověření vedlejších hypotéz.

Síla korelačního koeficientu byla hodnocena u jejich absolutních hodnot (Dostál, 2016):

- $<0,1$ za zanedbatelný vztah,
- $<0,3$ za slabý vztah,
- $<0,5$ za středně silný,
- $\geq 0,5$ za silný vztah.

Pro dílčí cíl ověření vybraných psychometrických vlastností dotazníku RBI jsme zvolili metodu zkoumající faktorovou strukturu, konkrétně faktorovou analýzu, pro ověření zastoupení faktorů. Dále nás zajímala reliabilita, při jejímž zkoumání byla použita metoda vnitřní konzistence, se zaměřením na Cronbachovu alfu.

7.3. Etické aspekty

V rámci provedeného výzkumu došlo k dodržení etických principů a nebyla zaznamenána žádná etická pochybení. Účastníci výzkumu byli informováni o povaze a účelu výzkumu, a zároveň prostřednictvím vyplnění dotazníků souhlasili se zpracováním dat v anonymizované podobě.

Vzhledem k tomu, že jména účastníku nebyla nutná, požadovali jsme po respondentech pouze anonymní vyplnění dotazníků bez nutnosti udávání jakýchkoliv osobních údajů, pouze obecných demografických. Vyplněné dotazníky se automaticky ukládaly na online portále viditelné pouze pod přihlašovacími údaji výzkumníka. Ti respondenti komunikace byli upozorněni na možné zneužití dat v případě online vyplňování.

Všechna data byla přepsána do elektronického souboru v zabezpečeném počítači, ke kterému má přístup pouze výzkumník.

8. Výzkumný soubor

V této kapitole se blíže zaměříme na výzkumný soubor, kde vysvětlíme, podle jakých kritérií a jakými metodami byli respondenti vybráni. V další podkapitole taktéž popíšeme základní charakteristiky výzkumného souboru vycházející se sociodemografických údajů, které probandi v rámci výzkumu vyplňovali.

8.1. Výběr vzorku z populace a sběr dat

Základní soubor pro tento výzkum byl vybrán na základě předem stanovených kritérií:

1. Probandem mohl být muž nebo žena, který/á má lékařem diagnostikovanou neplodnost jakékoliv formy. Za neplodné jsme potom považovali ty jedince, kteří nemohou počít v případě alespoň ročního pravidelného nechráněného pohlavního styku dle definice Řežábka (2014).
2. Probandem se mohl stát muž či žena, kteří se stále nachází v reprodukčním období, které jsme dle Langmeiera a Krejčířové (2004) stanovili na 18-40 let. Předpokládali jsme totiž, že právě partneři, kteří ještě mají šanci a doufají v početí potomka, jsou z psychologického hlediska ohroženější skupinou, a tím spíše vyžadují psychoterapeutickou péči.
3. Probandem zároveň nemohla být žena, která aktuálně prochází procesem IVF, tedy umělého oplodnění. Předpokládáme, že se jedná o velmi specifickou oblast nesoucí s sebou spoustu vlivů, které by mohli negativně ovlivnit výsledná data.
4. Probandy mohli být pouze ti jedinci, kteří trpí primární neplodností.
5. Probandy mohli být pouze ti jedinci, kteří nemají adoptované žádné dítě ani nejsou aktuálně zapojeni v procesu adopce či pěstounství. Opět jsme vycházeli z předpokladu, že se jedná o vysoce specifickou situaci, která by mohla negativně ovlivnit výsledky výzkumu.

Respondenti byli získáváni nepravděpodobnostní **metodou samovýběru**, kterou Miovský (2006) charakterizuje jako metodu založenou na principu dobrovolnosti. Na sociální síť včetně různých diskuzních fór jsme umístili veřejný příspěvek s žádostí o účast ve výzkumu s odkazem na online možnost vyplnění dotazníku. Na úvodní straně online dotazníku byl uveden následující text pro upřesnění cíle probíhajícího výzkumu:

„Vážení respondenti,

jmenuji se Tereza Chobotská a ve své rigorózní práci se zabývám zkvalitňováním psychologických služeb pro neplodné páry (případně jednotlivce). Zajímá mě konkrétně souvislost životní spokojenosti, atribučních stylů a partnerských přesvědčení u těchto párů. Dotazník je určen pro jedince potýkající se s jakoukoliv příčinou primární neplodnosti, a to i v případě že aktuálně prochází její léčbou. Do výzkumu se není možné zapojit v případě, že procházíte procesem umělého oplodnění nebo adopce, případně již adoptované dítě máte. Věk respondentů je omezen a to od 18 do 40 let. Děkuji za pochopení.

Výzkum je složen ze tří dotazníků měřící výše zmíněné kategorie (konkrétně potom Dotazník životní spokojenost DŽS, Dotazník atribučních stylů ASQ, Dotazník partnerských přesvědčení RBI). Ani v jednom případě se nejedná o test inteligence či jiných schopností. Neexistuje žádná správná či chybná odpověď. Jde jen o to zjistit, co se vám zdá v dané situaci přiměřenější.

Veškerá data budou anonymizována, využita pouze pro účely mé rigorózní práce a nebudou poskytována třetím stranám.

Děkuji za vaši energii a čas, který tomuto výzkumu věnujete.

Mgr. Tereza Chobotská (absolventka psychologie Univerzity Palackého v Olomouci)

Před každým dotazníkem byla zvlášť napsaná instrukce z testové příručky, aby bylo zajištěno co největší pochopení daného dotazníku probandy. Naše instrukce navíc obsahovaly i obrázkovou předlohu, aby byl příklad co nejnázornější. Na konci celého vyplňování byl uveden e-mailový kontakt na výzkumníka z možností dotazů či zaslání zpětné vazby.

*Další využitou metodou byla **metoda sněhové koule**. Tato metoda je vhodná*

především v rámci specifické skupiny osob, což neplodní lidé jsou. Základní principem metody je najít několik osob z této specifické skupiny, kteří doporučí další a ti doporučí zase další a tak dále.

Jako poslední jsme potom použili ***záměrnou metodu***, kdy jsme oslovili zařízení starající se o neplodné páry s prosbou o rozeslání či předání dotazníku. Z 30 klinik nám odpovědělo pouhých 5 s nabídkou předání dotazníku jejich klientům. Z těchto klinik se nám ale bohužel ozvalo jen 10 klientů z celkových 75 nasbíraných dotazníků.

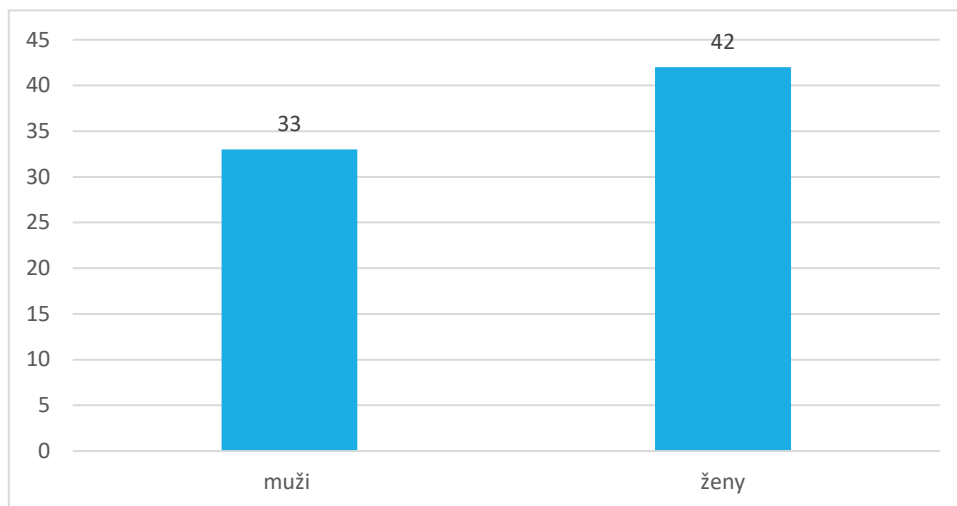
Sběr probíhal jednorázově. Začal dne 29.10.2019 a byl ukončen 29.3.2020. Za dobu pěti měsíců se nám podařilo nasbírat 75 odpovědí. Dotazníky byly předávány a zaslány celé období. Sběr dat byl zastaven na tomto počtu z časových důvodů potřebných k zpracování dat a následnému dokončení této práce. Více probandů se nám přes veškerou snahu bohužel nepodařilo dosáhnout, i přesto toto číslo vzhledem k citlivosti tématu považujeme za průměrně vysoké.

8.2. Popis souboru

Vzhledem k omezeným možnostem sběru dat nebylo možné zajistit dostatečně velký soubor na to, abychom ho mohli prohlásit za reprezentativní. Na základě kontaktu s reprodukčními centry a klinikami zabývající se problémy s početím, jsme získali pouze 12 dotazníků, z toho 2 musely být vyřazeny. Jeden z důvodu nedokončení, druhý měl zase u všech tří dotazníků zvolenou pouze prostřední volbu odpovědi na otázku („ani souhlasím, ani nesouhlasím“, „ani spokojen, ani nespokojen“), proto jsme ho vyhodnotili jako nedůvěryhodný. Z internetových kontaktů se nám potom podařilo získat celkově 84 odpovědí, 19 z nich ale muselo být vyřazeno z několika různých důvodů. U pěti respondentů chybělo 3 a více odpovědí u každého ze tří vyplňovaných dotazníků, dalších deset dotazníků jsme vyřadili už při vyhodnocování sociodemografických údajů, protože tito respondenti nesplnili kritérium stanovující, že respondent nesmí v aktuální době procházet procesem IVF. Poslední čtyři dotazníky jsme museli vyřadit z důvodu uvedení sekundární neplodnosti, tito respondenti tedy také nesplnili podmínku tím, že jednoho biologického potomka již mají a neplodnost se u nich objevila až při pokusu o druhého potomka. ***Konečný výzkumný soubor tak činí 75 respondentů.***

Co se týče zastoupení pohlaví ve vzorku, skýtá celkem 33 (44 %) mužů a 42 (56 %) žen. Tyto údaje souhrnně vyjadřuje následující graf.

Graf 1.: Popis výzkumného souboru z hlediska pohlaví



Podíly jednotlivých pohlaví lze vzhledem ke sběru dat prohlásit za poměrně rovnoměrně rozlišené s odchylkou menšího výskytu mužů s diagnózou neplodnosti. Což potvrzuje i teoretickou literaturu, která udává, že z celkového počtu je v 50 % příčina neplodnosti na straně ženy, ve 40 % na straně muže a 10 % zůstává pro nenalezení správné příčiny (Šulová, Fait & Weiss, 2011). To potvrzují i testy chí-kvadrátu, konkrétně srovnání pozorovaných a očekávaných četností pomocí kontingenčních tabulek. S p hodnotou 0,359, tak potvrdily, že není statisticky významný rozdíl v rozložení pohlaví.

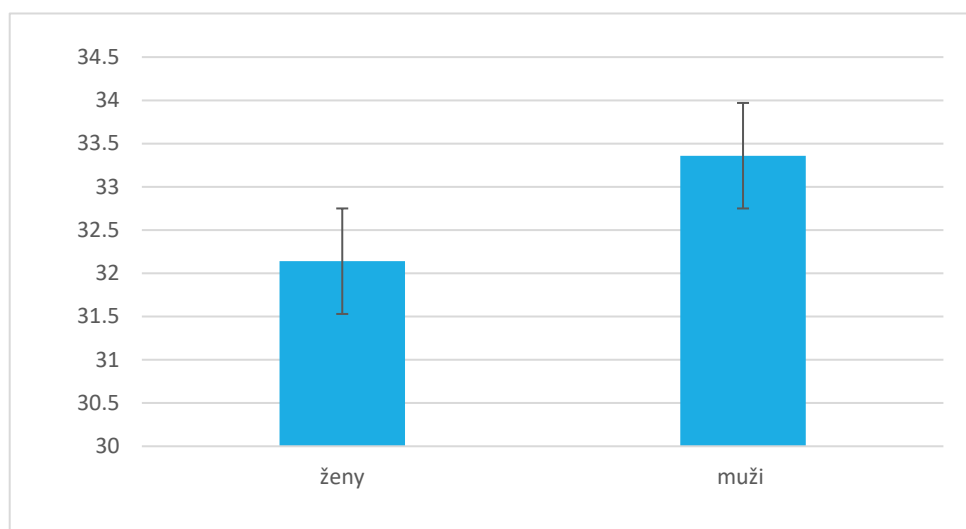
Tab. 1.: Výsledky testu chí-kvadrát při ověřování rozložení vzorku z hlediska pohlaví adolescentů

	Pozorované četnosti	Očekávané četnosti	p
Ženy	42	37,5	0,158
Muži	33	30	0,158

Další popisnou charakteristikou souboru je zastoupení věku probandů. Průměrný věk vzorku byl (k 29.3.2020) 32,68 let. Minimální věk byl 24 let,

maximální věk dosáhl námi stanovené hranice 40 let. Průměrný věk žen byl potom 32,14 let, minimální věk u žen byl 24 let, maximální věk 38 let. Průměrný věk mužů činil 33,36 let, minimální věk u mužů byl 25 let, maximální potom 40 let.

Graf 2.: Popis výzkumného souboru z hlediska věku



Provedením dvouvýběrového t-testu se prokázalo, že se skupiny z hlediska věku probandů statisticky významně neliší. Byla také spočítána míra účinku Cohenova d , kterou lze vyjádřit podílem rozdílu průměrů skupin a směrodatné odchylky. Podrobnější výsledky lze nalézt níže v tabulce. P hodnota vyšla 0,287.

Tab. 2.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování rozložení vzorku z hlediska věku probandů.

	Průměr ženy	Průměr muži	t	Sv	p	d
Věk	32,14	33,36	-1,07	73	0,287	0,24

U všech tabulek „Sv“ – značí stupně volnosti, „p“ – již zmíněnou p hodnotu, „t“ – je označení pro hodnotu testové statistiky a „d“ označení pro míru účinku Cohenova d . Výsledky v tabulce znázorňují výsledky jednostranné hypotézy.

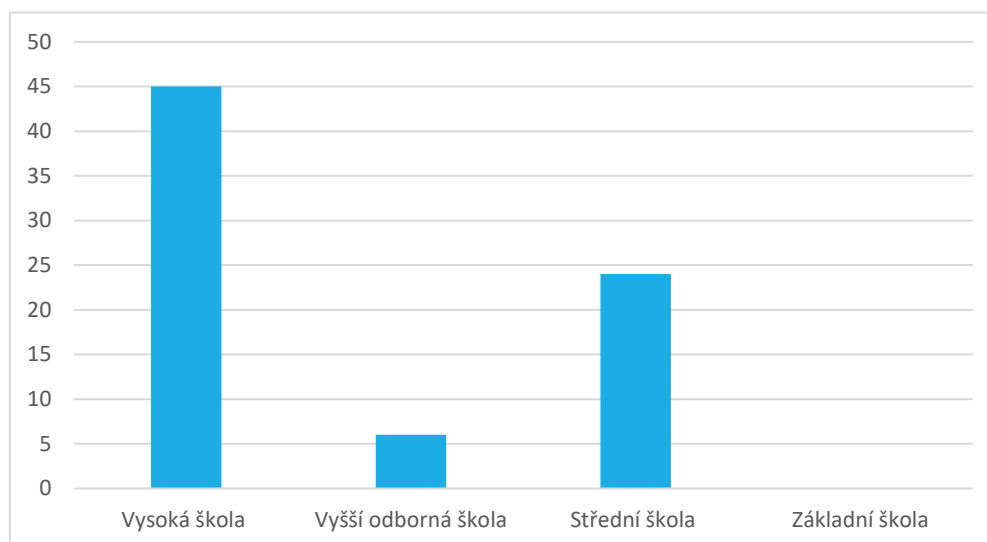
Cohenovo d v této práci hodnotíme dle následujících kritérií.

Tab. 3.: Rozpětí absolutní hodnoty Cohenova d a jejich slovní označení (Cohen, 1988, s. 25; in Soukup, 2013)

Interval	Slovní hodnocení
$< (0,2 - 0,5)$	malé
$< (0,5 - 0,8)$	střední
0,8 a vyšší	velké

Další charakteristika, která nás zajímala bylo vzdělání probandů. Z celkového výzkumného souboru mělo 45 respondentů (60 %) vysokoškolské vzdělání. Středoškolské vzdělání potom uvedlo 24 osob (32 %) a vyšší odborné pouze 6 lidí z celého souboru (8 %). Základní vzdělání neuvedl žádný z probandů. Tyto údaje souhrnně vyjadřuje následující graf.

Graf 3.: Popis výzkumného souboru z hlediska vzdělání



Dále jsme se zajímali o délku trvání partnerského vztahu. Průměrná délka byla 11,32 let. Minimální hodnota potom byla uvedená jako 2 roky vztahu, maximální udávala 23 let vztahu. Ostatní hodnoty se pohybovaly mezi těmito dvěma údaji při zastoupení téměř každé možné délky trvání. Ve výzkumném vzorku chyběl pouze vztah, který by trval 8 a 18 let. Údaje shrnujeme v následující tabulce.

Tab. 4.: Popis výzkumného souboru z hlediska délky trvání vztahu

Trvání vztahu v letech	Procentuální zastoupení
2	6,7 %
3	4,0 %
4	8,0 %
5	2,7 %
6	13,3 %
7	10,7 %
8	12,0 %
10	1,3 %
11	8,0 %
12	8,0 %
13	5,3 %
14	1,3 %
15	4,0 %
16	2,7 %
17	1,3 %
19	1,3 %
20	2,7 %
21	2,7 %
22	2,7 %
23	1,3 %

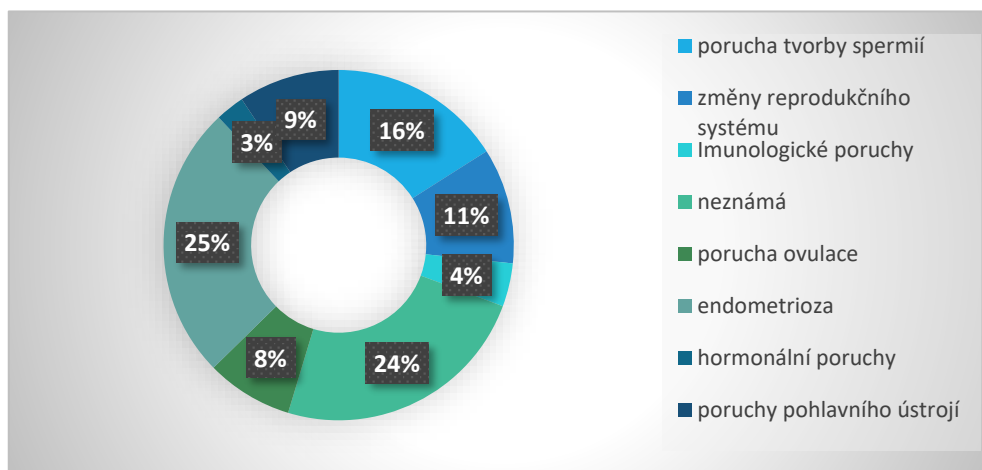
Dále jsme se zajímali o délku trvání neplodnosti u každého z probandů. Průměrná doba byla 11,32 let. Minimální hodnota potom byla uvedena jako 1 rok, maximální hodnota byla 20 let. Ostatní hodnoty se pohybovaly mezi těmito dvěma údaji při zastoupení téměř každé možné délky trvání. Nejvíce zastoupená byla potom neplodnost trvající 4 a 9 let. Údaje shrneme v následující tabulce.

Tab. 5.: Popis výzkumného souboru z hlediska délky trvání neplodnosti

Trvání neplodnosti v letech	Procentuální zastoupení
1	1,3 %
2	2,7 %
3	6,7 %
4	13,3 %
5	10,7 %
6	10,7 %
8	9,3 %
9	13,3 %
10	6,7 %
11	4,0 %
12	8,0 %
13	2,7 %
14	1,3 %
15	4,0 %
17	2,7 %
18	1,3 %
20	1,3 %

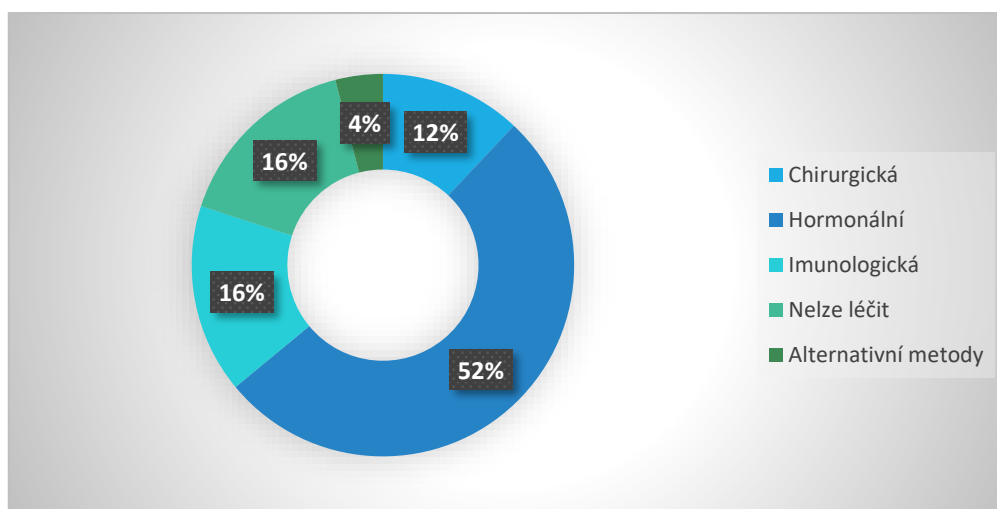
Jako další charakteristiku jsme potom zkoumali příčinu neplodnosti respondentů. Odpovědi respondentů jsme rozčlenili do 9 kategorií dle předchozí teoretické části, konkrétně dle kapitoly členění příčin neplodnosti. Z celkových 75 odpovědí jsme jich nejvíce zařadili do kategorie endometriózy, kde tuto kategorii vybralo 19 respondentů (respektive respondentek, protože se jedná o příčinu pouze ženské neplodnosti), což činilo 25 % celého výzkumného souboru. Druhou nejpočetnější kategorií tvořila neznámá, tedy idiopatická příčina, konkrétně u 18 respondentů, tj. 24 %. Další poměrně zastoupenou kategorií byla porucha tvorby spermií, a to u 12 respondentů tvořících 16 % výzkumného souboru. Do kategorie změny reprodukčního systému jsme potom zařadili 8 odpovědí (11 %). Následovala kategorie poruchy pohlavního ústrojí se 7 odpověďmi (9 %) a kategorie poruchy ovulace se 6 respondenty (8 %). Méně zastoupené příčiny neplodnosti potom byly kategorie hormonálních poruch, kam byly zařazeny 2 odpovědi (3 %) a imunologickým poruch s 3 odpověďmi (4 %). Chromozomální příčinu nevybral žádný respondent. Tyto údaje shrnujeme v následujícím grafu.

Graf 4.: Popis výzkumného souboru z hlediska příčiny neplodnosti



Poslední sociodemografický údaj, na který jsme se našich respondentů ptali, byl způsob léčby neplodnosti. Vybírat mohli z pěti možností a to: hormonální, chirurgická, imunologická, psychoterapie a jiné, kam mohli respondenti vyplnit, co „jiné“ konkrétně znamená. Největší zastoupení měla léčba hormonální, a to s celkovým počtem 39 odpovědí (52 %). Imunologickou léčbu potom zvolilo 12 respondentů (16 %). Chirurgický způsob léčby získal 9 odpovědí (12 %). Kategorii jiné zaškrtnulo celkem 15 lidí, přičemž zde uvedli dvě možnosti, jaký jiný léčebný postup využívají, respektive nevyžívají. 12 lidí (16 %) zodpovědělo, že jejich stav léčit nelze, případně žádný z vyzkoušených způsobů nefungoval, 3 lidé (4 %) potom volí alternativní způsob léčby. Psychoterapii nezvolil žádný respondent. Tyto údaje shrneme v následujícím grafu.

Graf 5.: Popis výzkumného souboru z hlediska způsobu léčby neplodnosti



9. Výsledky

V této kapitole statisticky ověříme námi stanovené hypotézy a představíme jejich výsledky. Kapitola bude rozdělena do několika podkapitol dle jednotlivých výzkumných cílů. Jaké statistické metody jsme pro získání a zpracování dat použili lze nalézt v kapitole 6, stejně tak jako podrobné stanovení hypotéz.

9.1 Dílčí cíl 1: Popsání souvislosti mezi sledovanými proměnnými.

Prostřednictvím základní korelační analýzy jsme ověřovali vztahy a souvislosti mezi proměnnými. Sledovány byly životní spokojenost, atribuční tendence a partnerské přesvědčení, na základě kterých byly stanoveny tři hlavní hypotézy. P-hodnota v tabulkách je uváděna pro oboustrannou hypotézu.

Před zahájením testování hypotéz bylo ověřováno normální rozložení proměnných. Skóry dotazníku DŽS a ASQ neodpovídaly Gaussově rozložení ($p > 0,05$). Tomu odpovídalo pouze rozložení skóre získaných v dotazníku RBI, bylo tedy nutné použití neparametrických statistických metod, viz tabulka 6.

Tab. 6.: Výsledky Shapiro-Wilkova testu normality rozložení hlavních metrických proměnných

	W	P-hodnota
DŽS	0,95	0,012
ASQ	0,95	0,006
RBI	0,99	0,128

Hlavní hypotézy se týkaly vztahu životní spokojenosti (DŽS), atribučních tendencí (ASQ) a partnerských přesvědčení (RBI). Na základě prvního výzkumného cíle byla stanovena první hypotéza.

H1: Existuje souvislost mezi celkovým skórem naměřeným v dotazníku DŽS a ASQ.

Pro ověření této hypotézy byla použita Spearmanova korelační analýza, na jejímž základě hypotézu **zamítáme**. Nepodařilo se nám prokázat souvislost mezi životní spokojeností a atribučními tendencemi, korelační koeficient dosahuje pouze hodnoty 0,19. Sílu korelace posuzujeme podle kritérií dle Dostála (2016), ke kterým jsme se

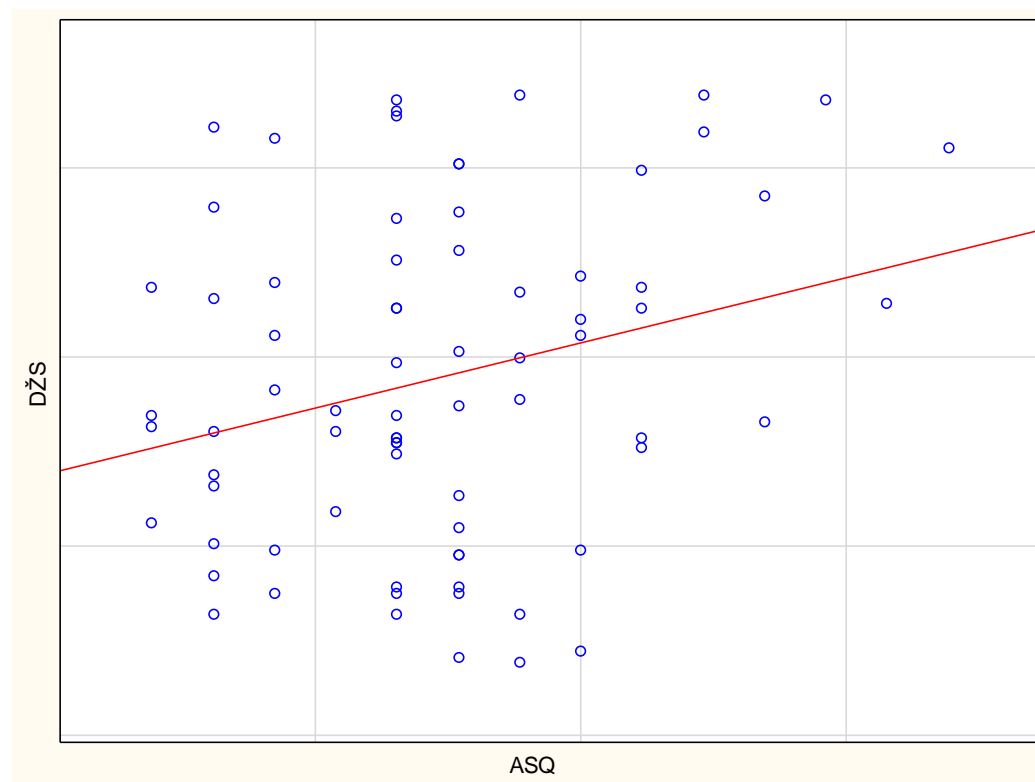
vyjádřili již v 7. kapitole. Podrobnější výsledky ze zpracování první hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

Tab. 7.: Výsledky Spearmanovy korelační analýzy při ověřování první hypotézy

	r_s	P	Síla vztahu	Závěr
H ₁	0,19	0,087	Slabý	Nepřijímáme

Slabý vztah mezi jednotlivými skóry znázorňuje i následující graf. Graf vyjadřuje souvislost skóre DŽS a ASQ. Jednotlivé body vyjadřují participanty a jejich skóre dotazníku ASQ na ose x a DŽS na ose y. Křivka vykresluje lineární vztah mezi těmito hodnotami.

Graf 6.: Bodový graf vztahu DŽS a ASQ



Identickým způsobem byly zpracovány i dvě další hypotézy.

H2: Existuje souvislost mezi celkovým skórem naměřeným v dotazníku DŽS a RBI.

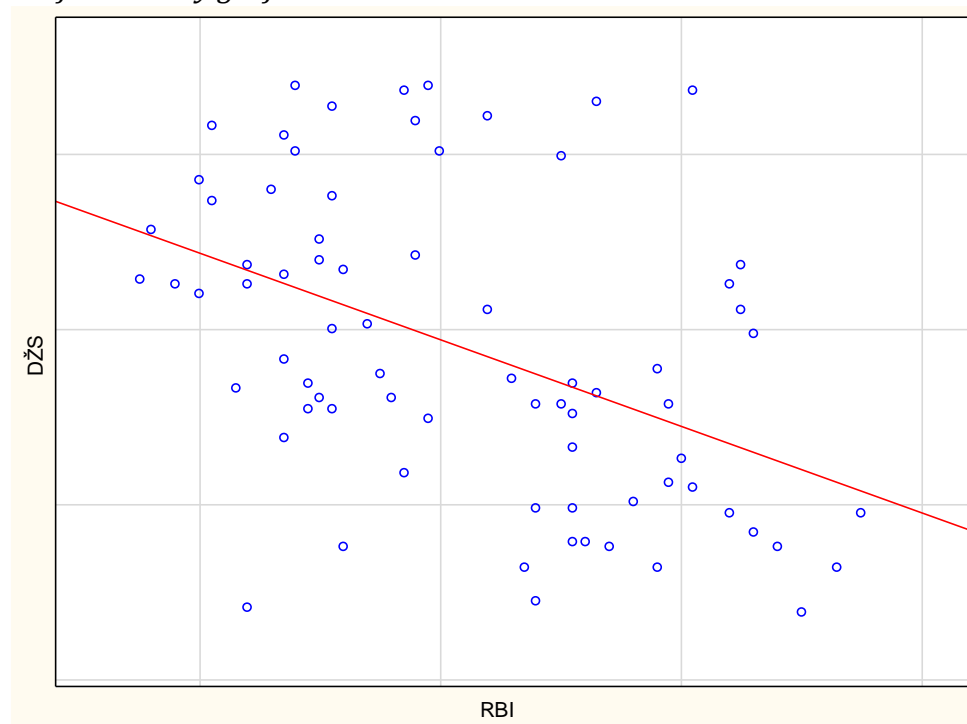
Pro ověření této hypotézy byla použita Spearmanova korelační analýza, na jejímž základě hypotézu **přijímáme**. Podařilo se nám prokázat souvislost mezi životní spokojeností a partnerskými přesvědčeními. Korelační koeficient dosahuje hodnoty -0,449, což dle Dostála (2016) značí středně silný vztah. Záporná hodnota korelačního koeficientu značí, že čím vyššího skóre životní spokojenosti respondenti dosahovali, tím byly menší hodnoty v dotazníku RBI, což značí „lepší“ či „realističtější“ partnerská přesvědčení. Podrobnější výsledky ze zpracování druhé hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

Tab. 8.: Výsledky Spearmanovy korelační analýzy při ověřování druhé hypotézy

	r_s	P	Síla vztahu	Závěr
H ₂	-0,449	0,000	Středně silný	Přijímáme

Středně silný vztah mezi jednotlivými skóry znázorňuje i následující graf. Graf vyjadřuje souvislost skóre DŽS a RBI. Jednotlivé body vyjadřují participanty a jejich skóre dotazníku RBI na ose x a DŽS na ose y. Křivka vykresluje lineární vztah mezi těmito hodnotami.

Graf 7.: Bodový graf vztahu DŽS a RBI



H3: Existuje souvislost mezi celkovým skórem naměřeným v dotazníku RBI a ASQ.

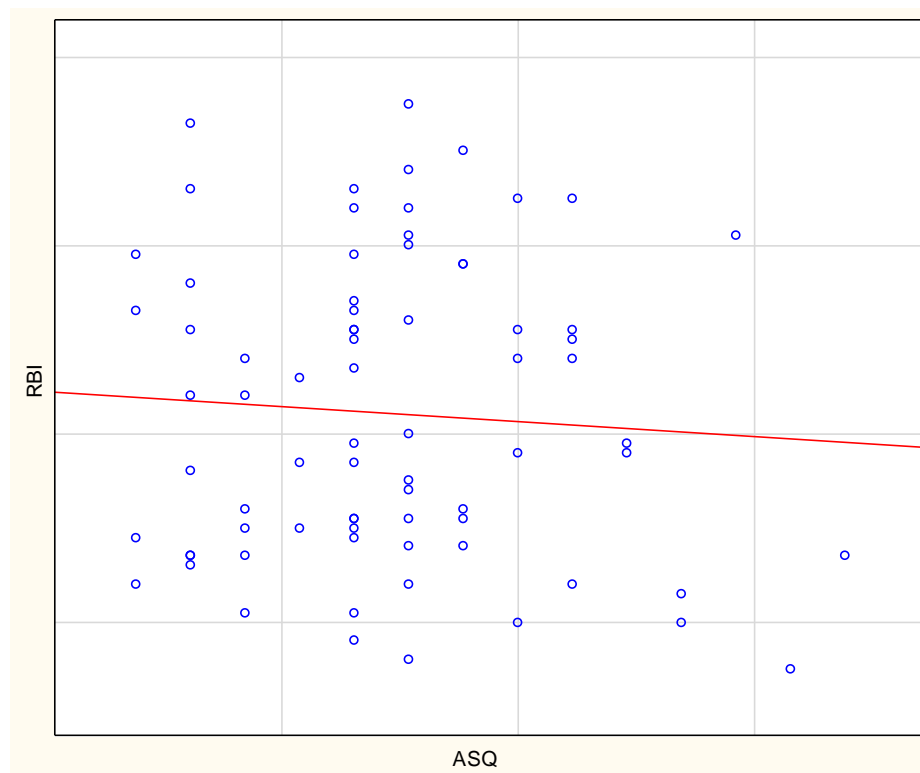
Pro ověření této hypotézy byla použita Spearmanova korelační analýza na jejímž základě hypotézu **zamítáme**. Nepodařilo se nám prokázat souvislost mezi partnerskými přesvědčeními a atribučními tendencemi, korelační koeficient dosahuje pouze hodnoty -0,003, což dle Dostála (2016) značí zanedbatelný vztah. Podrobnější výsledky ze zpracování třetí hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

Tab. 9.: Výsledky Spearmanovy korelační analýzy při ověřování třetí hypotézy

	r_s	P	Síla vztahu	Závěr
H ₃	-0,003	0,973	Zanedbatelný	Nepřijímáme

Zanedbatelný vztah mezi jednotlivými skóry znázorňuje i následující graf. Graf vyjadřuje souvislost skóre ASQ a RBI. Jednotlivé body vyjadřují participanty a jejich skóre dotazníku ASQ na ose x a RBI na ose y. Křivka vykresluje lineární vztah mezi těmito hodnotami.

Graf 7.: Bodový graf vztahu ASQ a RBI



9.2 Dílčí cíl 2: Porovnání výsledků jednotlivých subškál dotazníku RBI u mužů a u žen

Prostřednictvím parametrických statistických metod jsme ověřovali vztahy mezi hodnotami naměřenými dotazníkem RBI a porovnávali je zvláště pro muže a ženy. Parametrické metody byly zvoleny z důvodu normálního rozložení dat, viz tabulka 6. Na základě výsledků výzkumu Navida B., Mohammadiho, M. Maroufizadeho a kol. (2018), bylo stanoveno pět vedlejších hypotéz, viz kapitola 6. P-hodnota v tabulkách je uváděna pro jednostrannou hypotézu.

VH1: Muži dosahují vyšších hodnot na škále Nesouhlas je destruktivní v dotazníku RBI oproti ženám.

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož hypotézu **zamítáme**. Muži a ženy se statisticky významně neliší v dosaženém skóru dotazníku RBI na škále Nesouhlas je destruktivní. P hodnota je 0,204. Podrobnější výsledky ze zpracování první vedlejší hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

Tab. 10.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování první vedlejší hypotézy

	Průměr muži	Průměr ženy	Sv	t	p	d
Nesouhlas je destruktivní	30,78	28,92	73	_0,81	0,204	0,18

Výsledky v tabulce jsou uvedeny pro jednostrannou hypotézu. Stejně tak tomu bude i u dalších tabulek v této podkapitole. Průměr nám potom ukazuje, že muži sice dosahují o 2 body vyšší skóre oproti ženám, což značí „horší“ partnerské přesvědčení, nejedná se ale o rozdíl, který by byl statisticky signifikantní. „Sv– značí stupně volnosti, „p– již zmíněnou p hodnotu, a „t– je označení pro hodnotu testové statistiky. Byla také spočítána míra účinku Cohena d, kterou lze vyjádřit podílem rozdílu průměrů skupin a směrodatné odchylky. Cohenovo d v této práci hodnotíme dle následujících kritérií.

Tab. 11.: Rozpětí absolutní hodnoty Cohenova d a jejich slovní označení (Cohen, 1988, s. 25; in Soukup, 2013)

Interval	Slovní hodnocení
< (0,2 – 0,5)	malé
< (0,5 – 0,8)	střední
0,8 a vyšší	velké

Identickým způsobem byly zpracovány i následující dvě hypotézy.

VH2: Muži dosahují nižších hodnot na škále Čtení myšlenek předpokládáno v dotazníku RBI oproti ženám.

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož hypotézu **zamítáme**. Muži a ženy se statisticky významně neliší v dosaženém skóru dotazníku RBI na škále Čtení myšlenek předpokládáno. P hodnota je 0,209. Podrobnější výsledky ze zpracování druhé vedlejší hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

Tab. 12.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování druhé vedlejší hypotézy

	Průměr muži	Průměr ženy	Sv	t	p	d
Čtení myšlenek předpokládáno	30,64	31,93	73	-0,81	0,209	0,18

Průměr v tabulce ukazuje, že se muži a ženy v dosaženém průměru liší pouze o jeden bod. Malé hodnoty dosahuje i Cohenovo d .

VH3: Muži dosahují nižších hodnot na škále Partneři se nemohou změnit v dotazníku RBI oproti ženám.

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož hypotézu **zamítáme**. Muži a ženy se statisticky významně neliší v dosaženém skóru dotazníku RBI na škále Partneři se nemohou změnit. P hodnota je 0,455. Podrobnější výsledky ze zpracování třetí vedlejší hypotézy lze nalézt v následující

tabulce.

Tab. 13.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování třetí vedlejší hypotézy

	Průměr muži	Průměr ženy	Sv	t	p	d
Partneři se nemohou změnit	28,64	28,81	73	-0,08	0,455	0,02

V tomto případě můžeme vidět že se průměry mužů a žen neliší téměř vůbec. Tomu odpovídají i ostatní hodnoty včetně Cohena d.

VH4: Muži dosahují vyšších hodnot na škále Sexuální perfekcionismus v dotazníku RBI oproti ženám.

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož hypotézu **zamítáme**. Muži a ženy se statisticky významně liší v dosaženém skóru dotazníku RBI na škále Sexuální perfekcionismus. P hodnota je 0,020. Podrobnější výsledky ze zpracování čtvrté vedlejší hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

Tab. 14.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování čtvrté vedlejší hypotézy

	Průměr muži	Průměr ženy	Sv	t	p	d
Sexuální perfekcionismus	34,00	30,64	73	-2,08	0,020	0,47

Při zaměření na průměry skupin můžeme pozorovat vyšší skóre mužů o téměř čtyři body oproti ženám. Je tedy zřejmé, že muži vykazují „horší“ partnerské přesvědčení v této oblasti, dle našich předpokladů. I přes tyto výsledky se Cohenovo d pohybuje těsně pod střední hodnotou.

VH5: Muži dosahují nižších hodnot na škále Pohlaví jsou rozdílná v dotazníku RBI oproti ženám.

Pro ověření této hypotézy byl použit dvouvýběrový t-test, na základě něhož hypotézu **zamítáme**. Muži a ženy se statisticky významně neliší v dosaženém skóru dotazníku RBI na škále Pohlaví jsou rozdílná. P hodnota je 0,303. Podrobnější výsledky ze zpracování páté vedlejší hypotézy lze nalézt v následující tabulce.

Tab. 15.: Výsledky dvouvýběrového t-testu při ověřování páté vedlejší hypotézy

	Průměr muži	Průměr ženy	Sv	t	P	d
Pohlaví jsou rozdílná	32,90	33,78	73	-0,51	0,303	0,12

Stejně jako u druhé či třetí vedlejší hypotézy můžeme vidět, že průměry obou pohlaví se neliší ani o jeden bod. Je tedy zřejmé, že na této subškále se získanými skóry výrazně neliší. Tomu odpovídá i hodnota vypočítané míry účinku.

9.3. Dílčí cíl 3: Interpretace výsledků celkového dotazníku ASQ (Attribution Style Questionnaire) zvlášť pro muže a ženy.

V následující podkapitole prostřednictvím deskriptivní statistiky popíšeme, jaké atribuční styly vykazují neplodní muži a ženy zahrnutí v našem výzkumném souboru. V níže uvedených grafech lze názorně vidět skóre atribučních stylů zjištěné v dotazníku ASQ zvlášť pro muže a ženy. Atribuční styl byl hodnocen na základě kritérií uvedených v příručce dotazníku ASQ dle následující tabulky.

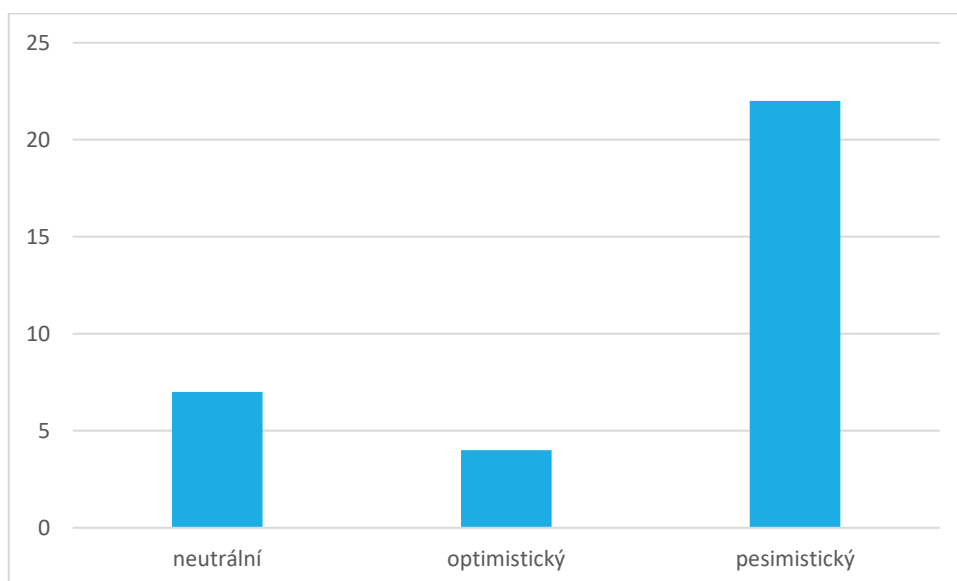
Tab. 16.: Hodnocení atribučního stylu dle dosaženého hrubého skóru

HS	Atribuční styl
< 3	Pesimistický
3-5	Neutrální
> 5	Optimistický

Pokud bych tedy měli odpovědět na stanovenou otázku číslo 1:

Jaký atribuční styl vykazují muži v celkovém skóre dotazníku ASQ, můžeme říct, že u mužů v našem výzkumném souboru výrazně převládá pesimistický atribuční styl. O tento atribuční styl se potom jedná ve 22 případech (66,7 %). Další probandi, konkrétně 7 (21,2 %) z nich, jsou zastoupeni neutrálním atribučním stylem, pouze 4 účastníci výzkumu vykazovali optimistický atribuční styl (12,1 %). Tyto údaje můžeme názorně vidět v následujícím grafu.

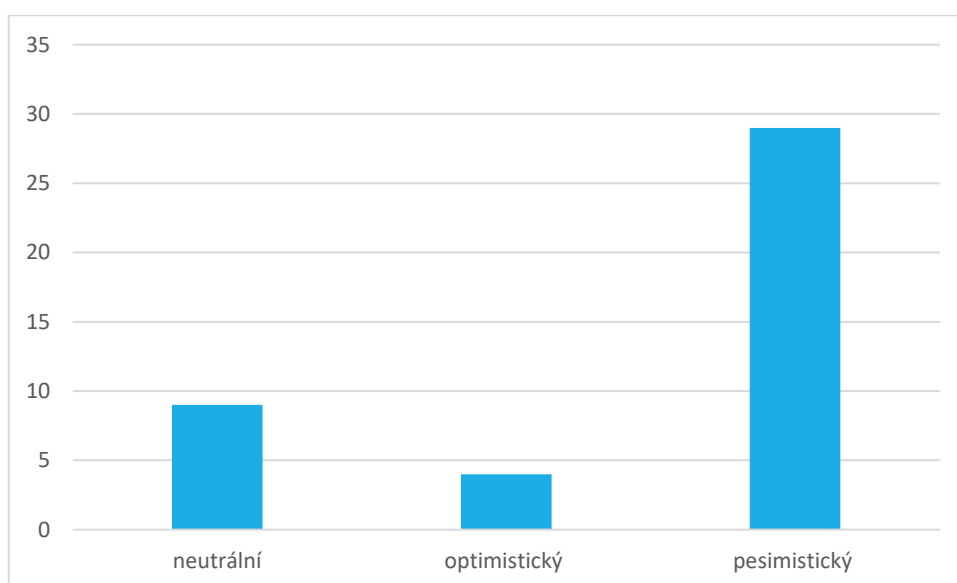
Graf 8: Výsledky atribučních stylů u mužů získaných z dotazníku ASQ



V případě stanovené otázky číslo 2:

Jaký atribuční styl vykazují ženy v celkovém skóre dotazníku ASQ, můžeme říct, že u žen bylo zastoupení pesimistického stylu také výrazné, konkrétně u 29 případů (69,1 %). Devět žen (21,4 %) potom vykazovalo dle uvedených hodnot neutrální atribuční styl. Optimistický styl jsme potom zaznamenali pouze u 4 žen (9,5 %). Tyto údaje můžeme názorně vidět v následujícím grafu.

Graf 9.: Výsledky atribučních stylů u žen získaných z dotazníku ASQ



9.4. Dílčí cíl 4: Interpretace výsledné hodnoty škály Ukazatel naděje v nepříznivých situacích dotazníku ASQ (Attribution Style Questionnaire) zvlášť pro muže a ženy.

V následující podkapitole prostřednictvím deskriptivní statistiky popíšeme, zda neplodní muži i ženy dosahují vyšších hodnot na škále Ukazatel naděje v nepříznivých situacích, které svědčí pro pocity bezmocnosti a beznaděje. V níže uvedených grafech lze názorně vidět skóre pro ukazatel naděje v nepříznivých situacích zjištěné v dotazníku ASQ zvlášť pro muže a ženy. Ukazatel naděje byl hodnocen na základě kritérii uvedených v příručce dotazníku ASQ dle následující tabulky.

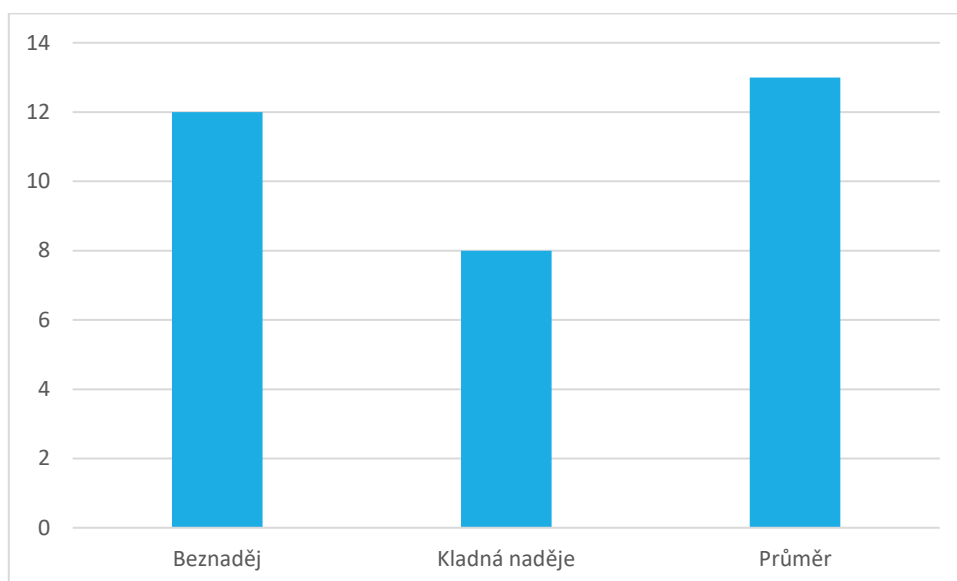
Tab. 17.: Hodnocení ukazatele naděje v nepříznivých situacích dle dosaženého hrubého skóru

HS	Ukazatel naděje
< 7	Kladná naděje
7-8	Průměr
> 8	Beznaděj

Pokud bychom měli odpovědět na stanovenou otázku číslo 3:

Jaký atribuční styl vykazují muži na škále Ukazatel naděje v nepříznivých situacích v dotazníku ASQ, nemůžeme říct, že by u mužů výrazně převládal určitý atribuční styl naděje. Naopak skóre značící beznaděj bylo naměřeno ve 12 případech (36,4 %). Velmi podobný počet probandů, konkrétně 13 (39,4 %), se pohyboval v průměrných hodnotách tohoto ukazatele. Osm mužů (24,2 %) potom vykazovalo skóre značící kladnou naději. Tyto údaje můžeme názorně vidět v následujícím grafu.

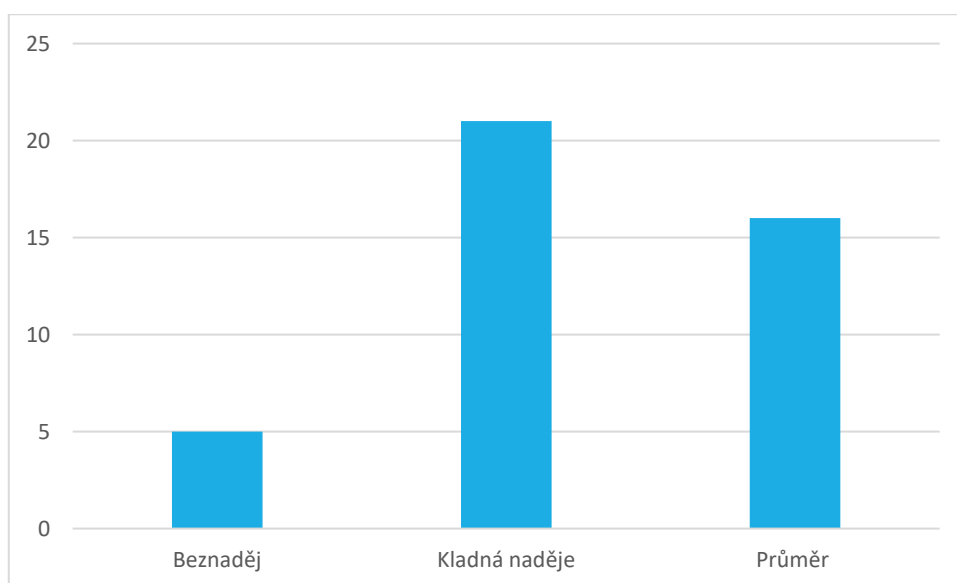
Graf 10.: Výsledky ukazatele naděje u mužů získaných z dotazníku ASQ



Pokud bych měli odpovědět na poslední, čtvrtou stanovenou otázku: "

Jaký atribuční styl vykazují ženy na škále Ukazatel naděje v nepříznivých situacích v dotazníku ASQ, můžeme říct, že převládá atribuční styl kladné naděje, který byl naměřen u přesné poloviny žen v našem výzkumné souboru, tedy u 21 (50 %) respondentek. Atribuční styl beznaděje je zastoupen pouze v 5 (11,9 %) případech. Šestnáct žen (38,1 %) potom vykazovalo průměrné hodnoty. Tyto údaje můžeme názorně vidět v následujícím grafu.

Graf 11.: Výsledky ukazatele naděje u žen získaných z dotazníku ASQ



9.5. Dílčí cíl 5: Popsání základních psychometrických vlastností dotazníku RBI (Relationship Beliefs Inventory) na zkoumaném vzorku.

Vzhledem k tomu, že se jedná o diagnostickou metodu, která v České republice nemá oficiální český překlad ani standardizaci, rozhodli jsme se k prozkoumání vybraných psychometrických vlastností dotazníku RBI pro další možné výzkumné i praktické využívání této testové metody.

Jako první se podíváme na testování **reliability**. V našem případě se zaměříme pouze na popis vnitřní konzistence. Stabilitu dotazníku v čase není v našem případě možné ověřit, protože neproběhlo retestové sbírání dat. Všichni respondenti dotazník vyplnili pouze jednou. Pro ověření vnitřní konzistence jsme zvolili Cronbachovu α , která je nejpoužívanějším ukazatelem spolehlivosti, a navíc dává možnost porovnání s jinými dotazníkovými metodami. V následující tabulce shrnujeme výsledky reliability dotazníku RBI.

Tab. 18.: Vnitřní konzistence dotazníku RBI

	N	Průměr	Sm. Odch.	α
Dotazník RBI	75	142,20	17,29	0,745

N v tabulce značí počet probandů, α udává hodnotu vnitřní konzistence, kterou můžeme považovat za pozitivní. Naše hodnota převyšuje standardní úroveň spolehlivosti 0,7.

Získaná data jsme taktéž podrobili položkové analýze, která měla za cíl ukázat, které položky v dotazníkové metodě snižují její reliability a jaké položky naopak stabilitě testu pomáhají. Po provedení korigované korelace celku s jednotlivými položkami přicházíme na 7 položek, u kterých se vyskytuje hodnota Itm-Totl. $<0,1$. Hodnota menší než 0,1 v tomto případě značí nespolehlivost dané položky. Vyřazené položky předkládáme níže v tabulce.

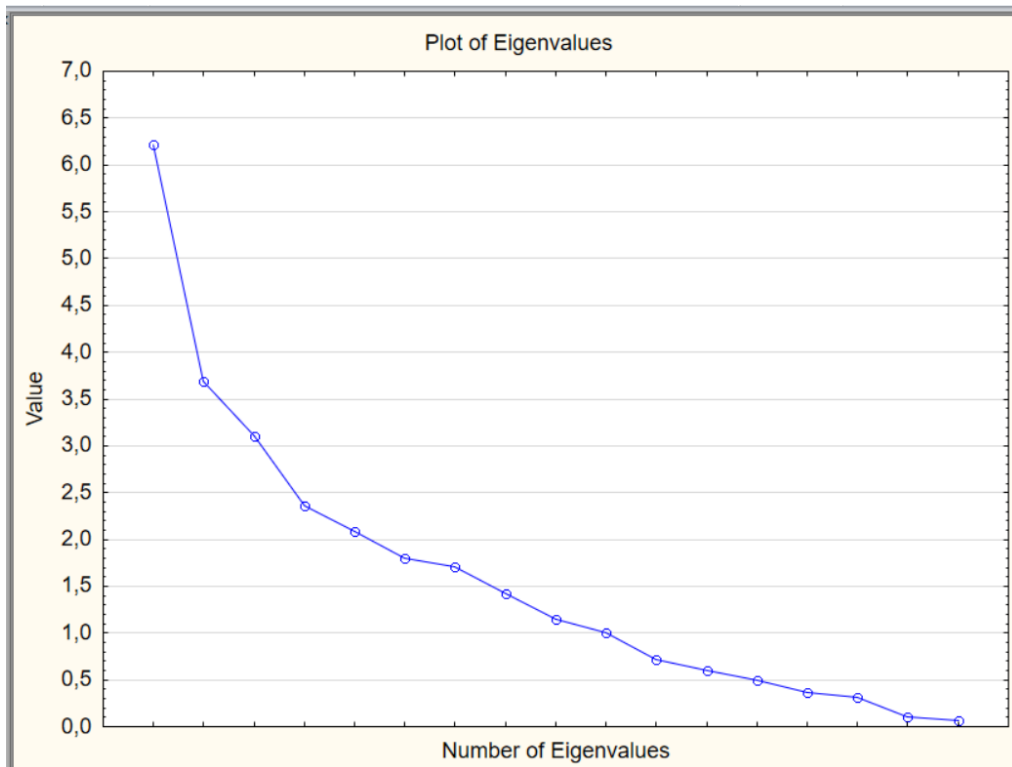
Tab. 19.: Nespolehlivé položky získané z položkové analýzy

Číslo otázky	Znění otázky	Itm-Totl	Alfa-if
4.	Znepokojuje mě, když si myslím, že jsem sexuálně zcela neuspokojil/a svého partnera/partnerku.	-0,034	0,753
7.	Když musím svému partnerovi sdělit, že je pro mě něco důležité, aniž si toho všiml on sám, neznamená to, že je vůči mně nevšímavý.	-0,085	0,756
9.	Nejsem-li ve vhodném rozpoložení pro partnerský sex, ale můj partner je, neznepokojuje mě to.	0,007	0,750
13.	Partner se může naučit být více vnímavý vůči potřebám svého protějšku.	-0,038	0,754
14.	Dobry sexuální partner dokáže vzrušit toho druhého vždy, kdykoli je potřeba	-0,016	0,750
19.	Pokud nedokážu sexuálně fungovat pokaždé, když to můj partner vyžaduje, měl/a bych zvážít, zda není ten problém na mé straně.	0,026	0,751
20.	Muži i ženy mají ve vztahu stejné potřeby.	-0,059	0,751

Itm-Totl značí korigovanou korelaci celku s položkou, Alfa – if pom ukazuje výsledek Cronbachovy alfy, pokud bychom danou položku odstranili.

Po prozkoumání reliability testu, jsme se blíže zaměřili na **faktorovou analýzu**. Pro ověření toho, zda počet faktorů odpovídá škálám tak, jak to zamýšleli autoři jsme použili metodu hlavní osy, která pracuje s matematickými operacemi změn souřadného systému. Na základě toho jsme mohli vypočítat faktory dotazníku RBI a získat sutinový graf, který zde uvádíme.

Graf č. 12.: Sutinový graf (scree plot)



Z hlediska výsledků Scree plotu můžeme dotazník rozřadit dle našich dat do čtyřech nebo naopak sedmi faktorů, souhrnný výčet faktorových zátěží nás nasměřoval do volby vyššího počtu faktorů. Po důmyslné rozvaze jsme nakonec zvolili rozřazení položek do 7 faktorů:

1. Partneři se nemohou změnit
2. Pohlaví mají rozdílné potřeby
3. Porozumět druhému pohlaví je složité
4. Čtení myšlenek předpokládáno
5. Nesouhlas je destruktivní
6. Prožívání partnerovy sexuality ve vztahu ke mně
7. Prožívání mojí sexuality ve vztahu k partnerovi

K rozdělení do 7 faktorů jsme přistoupili jak z hlediska výsledků faktorové analýzy, tak i s přihlédnutím k tomu, že dle autorů testové metody má mít dotazník 5 faktorů, výsledné číslo čtyři nám tedy připadalo příliš zjednodušující. Výsledným sedmi

faktorovým řešením vysvětlujeme 54,55% variability mezi odpověďmi. Procentuální zastoupení variability jednotlivých faktorů shrneme v následující tabulce.

Tab. č.: 20 Vlastní čísla a síly faktorů

	1. faktor	2. faktor	3. faktor	4. faktor	5. faktor	6. faktor	7. faktor
Vlastní čísla	5,09	3,59	3,34	2,21	2,18	2,51	2,87
Síla faktoru	12,73 %	9,00 %	8,35 %	5,53 %	5,46 %	6,30 %	7,18 %

Oproti původním 5 faktorům jsme ve stejném znění zachovali 3 faktory, a to: *Partneři se nemohou změnit*, *Čtení myšlenek předpokládáno*, *Nesouhlas je destruktivní*. Další faktor, který autoři dotazníku nazvali *Pohlaví jsou rozdílná*, jsme na základě naší analýzy rozdělili do dvou faktorů: *Pohlaví mají rozdílné potřeby* a *Porozumět druhému pohlaví je složité*. V tomto případě se shodujeme s výzkumem James & kol. (2002), který podrobněji popisujeme v kapitole 7. Podobně tomu bylo i s původním faktorem *Sexuální perfekcionismus*, který jsme rozdělili taktéž na dva další faktory s názvem *Prožívání partnerovy sexuality ve vztahu ke mně* a *Prožívání mojí sexuality ve vztahu k partnerovi*.

Dále byla vypočítána reliabilita jednotlivých faktorů. Hodnota Cronbachovy α se bohužel u všech faktorů nenachází nad hladinou významnosti 0,7, kterou jsme určili dle Marka (2016). Nelze tedy o všech faktorech říci, že vykazují míru spolehlivosti. Tyto údaje shrneme v následující tabulce.

Tab. č.: 21 Výpočet reliability jednotlivých faktorů

	1. faktor	2. faktor	3. faktor	4. faktor	5. faktor	6. faktor	7. faktor
Cron. α	0,63	0,73	0,64	0,71	0,70	0,71	0,75

Nízká reliabilita některých faktorů může být způsobena tím, že některé položky dotazníku se dle našeho výzkumu nevztahovaly k žádnému z faktorů, na což ostatně upozorňovali při svém výzkumu i James a kol. (2002).

10. Diskuze

V následující kapitole se zamyslíme nad výsledky našeho výzkumu, porovnáme ho s výsledky srovnatelných či velmi podobných výzkumů, poukážeme na možná zkreslení a formulujeme doporučení pro další výzkumnou práci na podobné téma.

Prvním cílem této práce bylo zjistit souvislost mezi životní spokojeností, partnerskými přesvědčeními a atribučními tendencemi. Na základě těchto kritérií byly stanoveny tři hlavní hypotézy.

Výsledky první hypotézy, kdy jsme předpokládali souvislost mezi životní spokojeností a atribuční tendencí, nejsou v souladu s našimi očekáváními. Souvislost se nepodařila prokázat, což je v rozporu například se studií Navida B., Mohammadho, M. Maroufizadeho a kol. (2018), kterým jsme v našem výzkumu inspirovali. I v tomto výzkumu se ale prokázalo pouze to, že s kvalitou života souvisí jenom optimistický atribuční styl. S ostatními atribučními styly (celkové skóre ASQ, globální a stabilní kauzální přiřazení negativních a pozitivních události) se souvislost s životní spokojeností u neplodných pacientů nepodařilo prokázat.

Dále jsme při stanovování této hypotézy vycházeli z výzkumu Beaurepaire & kol. (40), kteří prokázali souvislost životní spokojenosti s atribučními styly u neplodných párů. Oproti našemu výzkumu zde ale vycházeli spíše z konceptu Locus of control, kdy platila přímá úměra čím vyšší byl interní locus of control, tím vyšší byla kvalita života. Podobně tomu bylo i při studii Sharifa (2017), kde se prokázala statisticky významná souvislost mezi atribučními tendencemi, prožíváním negativních emocí a životní spokojeností.

V závislosti na takto shrnutých datech lze usuzovat, že vzhledem ke složitosti fenoménu životní spokojenosti nelze zkoumat pouze kognitivní složku, která může být pouhou nepatrnou komponentou. Jako vhodnější se jeví kognitivní složku přímo provázat se složkou emoční a za použití regresní analýzy určit jednotlivé vlivy daných komponent.

Dalším důležitým faktorem, který mohl mít vliv na výsledná data je proměnlivost pocitu životní spokojenosti. Ačkoliv stabilita Dotazníku životní spokojenosti se v čase ukazuje jako poměrně stabilní, názory na to, zda ale výsledky opravdu nejsou ovlivněny

aktuálními okolnostmi, se různí. I v našem případě jsme nemohli u všech probandů sledovat aktuální psychické rozpoložení ve kterém se nacházeli. Neeliminovali jsme tak dostatečně možné zkreslení výsledků.

Jiným možným důvodem, proč se tuto hypotézu nepodařilo prokázat, mohla být také naše volba dotazníku ASQ, který někteří probandi ve zpětné vazbě hodnotili jako zmatečný a příliš složitý, s možnostmi, které si účastníci výzkumu neuměli v reálném životě příliš představit, a proto odpověď volili pouze hypoteticky, což mohlo taktéž vést k výraznému zkreslení dat.

V neposlední řadě mohlo dojít ke zkreslení dat přílišným zjednodušením výkladu atribučních stylů tím, že jsme náš vzorek rozdělili pouze na pesimisty a optimisty. Peterson a Seligman (1984) představili kauzální styly ve třech hlavních atribučních dimenzích, kterými jsou internalita versus externalita, globalita versus specificita a stabilita versus nestabilita. Na základě této teorie lze říci, že náchylnost k duševním problémům či jiným životním potížím způsobeným nesprávným vyhodnocením či zpracováním nepříznivé životní situace, mají ti lidé, kteří mají tendenci interpretovat negativní události interně, globálně a stabilně. V příští studii bychom tak doporučovali zaměřit se na každou dimenzi atribučního stylu zvlášť.

V další hlavní hypotéze jsme se snažili ověřit souvislost mezi životní spokojeností a partnerským přesvědčením. Tuto hypotézu jsme stanovili opět jak na základě výzkumu Navida B., Mohammadiho, M. Maroufizadeho a kol. (2018), kde se prokázalo, že skóre v dotazníku RBI (Relationship Beliefs Inventory) negativně koreluje s kvalitou života, a naopak pozitivně souvisí s různými druhy úzkosti, deprese a pocity zlosti, tak například i studii Stanculeta & kol. (2015) nebo Bahremanda & kol. (2015), kteří prokázali, že iracionální přesvědčení ve vztahu výrazně ovlivňuje životní spokojenost. Výsledky tohoto výzkumu zároveň ukazují na fakt, že muži a ženy mají tendence k dosahování rozdílných iracionálních přesvědčení, což může být další komplikací pro vztah. I nám se podařilo tuto hypotézu přijmout. Dle našich výsledků existuje negativní souvislost mezi partnerským přesvědčením a životní spokojeností. Tedy čím vyšších hodnot v testu RBI probandi dosáhli, tím nižší skóre se u nich objevilo v testu DŽS. Toto je ve vzájemné shodě například se studií Addise & kol. (2002), Hamamci & kol. (2005)

nebo Moller & kol. (2001). Ti prokázali, že existuje negativní souvislost mezi iracionálním přesvědčením a manželským uspokojením.

Další hlavní hypotézu, v pořadí třetí, zkoumající souvislost atribučních tendencí a partnerských přesvědčení se nám i přes podložení výzkumem Navida B., Mohammadiho, M. Maroufizadeho a kol. (2018) nepodařilo prokázat. Možnou příčinou může být jak výše zmíněné neporozumění dotazníku ASQ ze strany probandů, tak fakt, že dotazník RBI není standardizovanou metodou, jehož reliabilita by se dala považovat za spolehlivou, proto v tomto případě mohlo dojít ke zkreslení dat.

Dalším výzkumným cílem naší práce bylo zjistit, jaké atribuční styly vykazují neplodní muži a ženy. Ukázalo se, že z našeho výzkumného vzorku neplodní muži vykazují v 66,7% pesimistický atribuční styl. Podobně je tomu i u žen, kde pesimistický atribuční styl vykazovalo 69,1 % vzorku. Zahraniční studie, které se zabývaly atribučními styly u neplodných lidí, dochází k podobným výsledkům. Například Folkvord a kol. (2005) ve svém výzkumu zjistili, že většina z 311 dotazovaných neplodných mužů vykazovala pesimistický atribuční styl, který výzkumníci dávali do souvislosti s příznaky mírné deprese a nespavosti, které se u nich objevovaly. Mnozí taktéž popisovali interpersonální potíže, pociťovali napětí ve vztazích s rodinnými příslušníky, stejně jako v partnerském vztahu. Wichman a kol. (2011) zjistili podobné údaje i při výzkumech s neplodnými ženami. U 70 % žen (z celkového počtu 312) byl prokázán pesimistický atribuční styl. Z toho u 28,3 % se vyskytla alespoň jedna epizoda mírné až středně těžké deprese.

Ukázalo se tedy, že se výsledky dosaženého atribučního stylu v našem výzkumném vzorku nijak výrazně neliší mezi muži a ženami. Z celkového počtu obě pohlaví vykazují podobné procentuálně zastoupení. To je v souladu i s výzkumy Mizrahia & kol. (2008) a Leposavice & kol. (2009).

V čem se ale muži a ženy liší jsou výsledky na škále Ukazatel naděje, která by dle autorů dotazníku ASQ měla měřit míru naděje, kterou probandi vykazují. Vycházeli jsme zde z výzkumu Casu & kol. (2018), kteří v souvislosti s neplodností a kvalitou života zkoumali spiritualitu jakožto copingovou strategii, která může chránit páry před nepříznivým dopadem neplodnosti. Výsledky naznačily, že úroveň spirituality žen a

mužů byla přímo i nepřímo spojena s jejich vlastní kvalitou života, a to snížením stresu spojeného s neplodností. Zjištění zdůrazňují důležitost naděje jako zdroje zvládnání, který neplodná pár může využívat k lepšímu zvládnání stresu z neplodnosti a ke snížení jejich nepříznivých dopadů na kvalitu života.

Co se týče našeho výzkumu neplodní muži z celkového počtu 33 vykazují ve 13 případech neutrální atribuční styl, ve 12 případech potom vykazují atribuční styl beznaděje. Oproti tomu u žen převládá atribuční styl kladné naděje, a to ve 21 případech (tedy u 50 %) z celkového počtu 42. Je vidět, že výsledky se tedy napříč muži a ženami výrazně liší, chybí nám ale další charakteristiky (např. víra probandů apod.), které by bylo třeba vyzkoumat, abych z těchto zjištění mohli předpokládat platné závěry, což může být inspirací pro výzkumy budoucí.

Jako další nás potom zajímalo, zda se muži a ženy liší v dosažených partnerských přesvědčeních. Předpokládali jsme, že zde k odlišnostem bude docházet, a to především na základě výzkumu Navida B., Mohammadiho, M. Maroufizadeho a kol. (2018). Jejich výsledky ukázaly, že ženy vykazují vyšší skóre iracionálních partnerských přesvědčení než jejich manželé, a to ve všech přesvědčeních, které dotazník měří tedy: Nesouhlas je destruktivní, Partneři se nemohou změnit, Pohlaví jsou rozdílná, Sexuální perfekcionismus a Čtení myšlenek předpokládáno. Dále jsme se zde opírali o teoretické zakotvení. Kratochvíl (2009) zdůrazňuje odlišnosti mužských a ženských přesvědčení a očekávání. Právě kvůli těmto rozdílnostem mohou vznikat hojná nedorozumění. Zdůrazňuje zejména rozdílnost v přesvědčení a očekávání toho, jak by měl vztah obecně fungovat. Ženy předpokládají, že ve chvíli, kdy bude mít potřebu sdílet své zážitky a projevovat své pocity bude mít v ideální partnerovi pozorného posluchače s kladnou odezvou. Žena rovněž očekává, že muž vycítí, co potřebuje a bude rozumět jejímu myšlení a cítění beze slov (Kratochvíl, 2009).

Pro muže je zase často nejvýznamnější přesvědčení, že nikdy nemohou porozumět ženám a jejím potřebám. Jejich stížnosti mohou zlehčovat, protože je vnímají jako banální nebo naopak příliš složité, raději tak na jejich pochopení rezignují. Dalším důležitým aspektem také bývá očekávání snadno dostupného uspokojení sexuálních potřeb. Toto přesvědčení se může lehce proměnit v konfliktní situace vzhledem k odlišnému vnímání partnerského sexu u žen (Vágnerová, 2007).

I přes tyto předpoklady a výsledky předchozích výzkumů se nám stanovené hypotézy, až na jednu, nepodařilo prokázat. Muži a ženy se lišili pouze na škále Sexuální perfekcionismus, kdy muži vykazovali vyšší míru nereálných partnerských přesvědčení. Výsledky našeho výzkumu mohou být opět ovlivněny nízkým počtem probandů, nerovnoměrným rozložením vzorku případně nestandardizovanou metodou, kterou dotazník RBI je. Dle našich výsledků navíc dotazník nevykazoval pouze pět faktorů, jak by tomu mělo být dle autorů. Dokonce jsme v rámci faktorové analýzy právě škálu Sexuálního perfekcionismu rozdělili dle našeho návrhu na škály dvě, proto zůstává otázkou, jak moc je výsledek v tomto případě validní.

Tímto plynule přecházíme k zhodnocení a porovnání našich výsledků ohledně reliability a faktorové analýzy dotazníku RBI (Relationship Beliefs Inventory). Po administraci testové metody jsme provedli ověření reliability. K ověření reliability jsme volili metodu vnitřní konzistence, jejíž hodnota dosahovala hodnoty $\alpha = 0,745$. Tato hodnota převýšila minimální hodnotu spolehlivosti $\alpha = 0,7$, takže o naší metodě můžeme tvrdit, že nabývá hodnot spolehlivosti. Naše výsledky jsou ovšem v rozporu s výsledky jiných studií, v nichž byla reliability dotazníku kritizována. Přesněji řečeno, koeficient alfa byl v jediných dvou studiích, které zkoumaly vnitřní konzistenci dotazníku, velmi nízký (průměr $\alpha = 0,54$; Emmelkamp et al., 1987 a průměr $\alpha = 0,67$; Bradbury a Fincham, 1993; in James & kol, 2002).

Získaná data jsme taktéž podrobili položkové analýze, která měla za cíl ukázat, které položky v dotazníkové metodě snižují její reliability a jaké položky naopak stabilitě testu pomáhají. Po provedení korigované korelace celku s jednotlivými položkami přicházíme na 7 položek, u kterých se vyskytuje hodnota $I_{tm-Totl} < 0,1$. Hodnota menší než 0,1 v tomto případě značí nespolehlivost dané položky.

Na položkách dotazníku jsme dále provedli faktorovou analýzu. Po bližším náhledu do problematiky jsme byli nuceni jednotlivé faktory více prozkoumat. Z hlediska výsledků Scree plotu totiž nebylo zcela zřejmé kolik faktorů dotazník má. Mohli jsme jej rozřadit do čtyřech nebo naopak sedmi faktorů, souhrnný výčet faktorových zátěží nás však nasměřoval do volby vyššího počtu faktorů. Po důmyslné rozvaze jsme nakonec zvolili rozřazení položek do 7 faktorů. Došlo k rozdělení škály Sexuálního perfekcionismu na

dvě škály, které jsme z hlediska zařazených položek nazvali *Prožívání partnerovy sexuality ve vztahu ke mně* a *Prožívání mojí sexuality ve vztahu k partnerovi*. Dále jsme dle našich výsledku navrhly rozdělní původní škály Pohlaví jsou rozdílná opět na dvě škály a to: *Pohlaví mají rozdílné potřeby* a *Porozumět druhému pohlaví je složité*. Ukazuje se tedy, že psychometrické vlastnosti dotazníku nejsou tak kvalitní, jak udávají Eidelson a Epstein (1982).

Špatné **psychometrické vlastnosti** potvrzuje i výzkum Jamese a kol. (2002). Jejich výsledky ukazují na fakt, že by dotazník dle nich měl mít místo pěti faktorů šest. Konkrétně původní faktor *Pohlaví jsou rozdílná*, na základě faktorové analýzy, doporučujeme rozdělit na dva faktory a to: *Pohlaví mají rozdílné potřeby* a *Porozumět opačnému pohlaví je složité*. Autoři také upozorňují na fakt, že některé položky dotazníku se nevztahovaly k žádnému z faktorů, proto považují za nutné další zkoumání psychometrických vlastností dotazníku RBI na více probandech a v jiných zemích (James & kol, 2002). Dalo by se tedy říct, že tito autoři dospěli k velmi podobným závěrům jako my. Škálu *Pohlaví jsou rozdílná* rozdělili identickým způsobem, stejně tak se po provedení položkové analýzy přiklání k vyřazení některých položek dotazníku. Velký rozdíl oproti našemu výzkumu je potom ve výsledcích faktorové analýzy škály *Sexuální perfekcionismus*, která se ve výzkumu Jamese a kol. (2002) ukázala jako robustní. Tato subškála taktéž vykazovala dobrou **vnitřní konzistenci** s hodnotou Cronbachovy alfy 0,83.

Dalším limitem výzkumu je již výše zmíněná nemožnost kontrolovat proces vyplňování dat. Ačkoliv všichni, kdo dotazník vyplnili, museli před samotným vyplněním odsouhlasit, že se v potýkají s neplodností a v aktuální době neprochází procesem IVF ani adopce, nemůžeme u všech zaručit, vzhledem k anonymitě dat, že dotazník vyplnila pouze naše cílová skupina.

S tím souvisí i nedostatečná kontrola při vyplňování jednotlivých dotazníků. Nebylo v našich silách kontrolovat podmínky u všech vyplňovaných dotazníků vzhledem k tomu, že většinu z nich probandi vyplňovali doma. Podmínky jsme se snažili co nejvíce ošetřit v instrukcích, kde bylo napsáno, aby probandi dotazník vyplňovali o samotě a nijak se nenechali ovlivnit odpovědí, která by dle nich měla být správná, ale

oni ji tak neprožívají. Taktéž jsme nemohli ovlivnit úplné porozumění jednotlivým položkám dotazníku, případně instrukcím pro vyplnění. Ve zpětných vazbách k dotazníku se objevilo několik jedinců, kteří hodnotili dotazník ASQ jako špatně srozumitelný, případně nejasný, což taktéž mohlo vést ke zkreslení dat.

K podobnému zkreslení mohl vést taktéž proces překladu dotazníku. I přesto, že jsme se to snažili ošetřit dvojitým zpětným překladem a následným porovnáním překladu s originálem bilingvním profesionálem zabývajícím se překlady textů, ke zkreslení určitých významů, případně drobných nuancí, dojít mohlo.

Dalším z výrazných limitů, který v tomto výzkumu vnímáme, je malý počet probandů zapojených do výzkumu. I přesto, že neplodnost má vzrůstající tendenci, nepodařilo se nám sehnat více než 75 účastníků. S tím souvisí i malé spektrum spolupracujících reprodukčních center, z nichž většina byla z olomouckého kraje. Z celkového počtu 48 klinik, jich bylo ochotno ke spolupráci pouze 5, což je poměrně malé procento. Malý rozsah následně způsobil nereprezentativní vzorek. S tím souvisí i nerovnoměrné rozložení dat, které vedlo k použití neparametrických testových metod. Nerovnoměrně je vzorek rozložený i z hlediska pohlaví. Z celkového počtu 75 respondentů bylo 44 % mužů a 56 % žen. Nejedná se ovšem o nijak výrazný rozdíl, naopak podtrhuje teorii toho, že až 60 % příčin neplodnosti je na straně ženy a 40 % potom na straně muže.

Pokud bychom tedy měli shrnout nedostatky, díky kterým mohlo dojít ke zkreslení dat, byly by to tyto:

- Pro účely výzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník Relationship Beliefs Inventory, který navíc nemá český překlad, který jsme museli zajistit. Je tedy možné, že v rámci překladu došlo ke zkreslení přesného významu i přes naši snahu tomuto jevu zabránit.
- Celkový počet 75 respondentů nelze považovat za dostatečně reprezentativní, data mohou být výrazně zkreslena tímto nízkým počtem probandů zahrnutých do výzkumu.
- Nerovnoměrné rozložení vzorku z hlediska pohlaví, které opět mohlo vést ke zkreslení dat zejména při hypotézách, ve kterých jsme porovnávali muže a ženy.

Tento fenomén je ale poměrně běžný ve velké části psychologických výzkumů a v našem případě se nejedná o výrazný rozdíl v počtech mužů a žen.

- Nerovnoměrné rozložení dat, které vedlo k použití neparametrického testování.
- Vyplňování dotazníků přes veřejný portál, kam se mohou dostat i lidé, kteří nespádají do cílové skupiny. I přesto, že v rámci sociodemografického dotazníku jsme se snažili tento nedostatek vyloučit, nemůžeme zcela zaručit, že došlo k vyplnění údajů dle reality.
- Nemožnost kontrolovat podmínky probandů pro vyplňování dotazníku a s tím i zaznamenání aktuální situace, které taktéž mohly přispět k ovlivnění dat.

Výsledky našeho výzkumu lze použít pro další a větší výzkum s reprezentativnějším zastoupením a větším spektrem zapojených center napříč Českou republikou. Zároveň také může sloužit jako zpětná vazba zařízením poskytující poradenství a péči neplodných párů, reprodukčním klinikám apod, pro větší efektivnost a zkvalitnění poskytovaných služeb. Z výše uvedeného nám pro další výzkum vyvstávají tato doporučení:

1. Získat větší výzkumný soubor a zajistit stejné rozložení dat dle stanovených charakteristik výzkumu.
2. Zajistit větší zapojení poradenských center, reprodukčních klinik aj. pracujících s neplodnými páry.
3. V rámci šetření zjišťovat další intervenující proměnné, které mohou mít v rámci daného tématu vliv.
4. Zjišťovat životní spokojenost v souvislosti s partnerskými přesvědčeními vždy v daném páru a výsledky porovnat tak, aby se ukázalo, zda rozdílná partnerská přesvědčení vedou k menší spokojenosti.
5. Zaměřit se na zjištění toho, které konkrétní pomoc daným lidem chybí v rámci nabízených a poskytovaných služeb.
6. Vzhledem k tomu, že žádný z probandů neuvedl, že by navštěvoval nebo využíval psychologické či psychoterapeutické služby, považujeme za nutné v této oblasti šířit osvětu, případně tyto služby v reprodukčních centrech nabízet automaticky s další škálou nabízených poskytovaných služeb. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi citlivou záležitost pro některé jedince zasahující až

do jejich integrity, ovlivňující životní spokojenost včetně vzniku možných psychických nemocí jako úzkosti či deprese, se nám psychologické provázení neplodných lidí jeví minimálně jako účinné předcházení nemocí vyvolané prožívaným stresem a adekvátní možností, jak se s danou situací vyrovnat co nejlépe v mezích možností a kompetencí daného člověka.

11. Závěry

Výsledky našeho výzkumu přináší několik důležitých zjištění pro výzkumy budoucí. V této kapitole s nimi čtenáře ve stručnosti seznámíme. Na základě realizovaného výzkumu lze vyvodit následující závěry:

1. Prokázali jsme statisticky významnou souvislost mezi naměřeným partnerským přesvědčením a životní spokojeností. Tato souvislost se ukázala jako negativní. Tedy čím vyšší hodnoty životní spokojenosti daný proband vykazoval, tím nižší skóre u něj bylo naměřeno v dotazníku partnerských přesvědčení.
2. Souvislost mezi atribučním stylem a životní spokojeností se prokázat nepodařila.
3. Stejně tak se nepodařilo prokázat statisticky významnou souvislost mezi partnerským přesvědčením a atribučním stylem.
4. V případě rozdílů mezi neplodnými muži a ženami v jednotlivých subškálách dotazníku RBI (Relationship Beliefs Inventory) byl prokázán rozdíl pouze v jedné subškále, a to *Sexuální perfekcionismus*, kdy muži dosahovali vyšších hodnot oproti ženám. V ostatních subškálách nebyl naměřen statisticky významný rozdíl.
5. Neplodní muži v našem výzkumném souboru vykazují nejčastěji (66,7 %) pesimistický atribuční styl. Stejně tak je tomu i u žen, kde pesimistický atribuční styl vykazovalo 69,1 % vzorku.
6. Co se týče ukazatele naděje, neplodní muži z celkového počtu 33 vykazují ve 13 případech neutrální atribuční styl, ve 12 případech potom vykazují atribuční styl beznaděje. Oproti tomu u žen převládá atribuční styl kladné naděje, a to ve 21 případech (tedy u 50 %) z celkového počtu 42.
7. Dále jsme zkoumali faktorovou analýzu dotazníku RBI, kdy nám vyšlo namísto původních pěti faktorů, faktorů sedm. Původní škálu *Sexuální perfekcionismus* jsme dle našeho měření navrhli rozdělit do dvou subškál a to: *Prožívání partnerovy sexuality ve vztahu ke mně* a *Prožívání mojí sexuality ve vztahu k partnerovi*. Stejně tak tomu bylo i u původní subškály *Pohlaví jsou rozdílná*, kterou by bylo dle našeho měření lepší rozdělit na další dva faktory, které jsme pojmenovali *Porozumět druhému pohlaví je složité* a *Pohlaví mají rozdílné potřeby*.

8. Reliabilita jednotlivých faktorů se potom nepodařila prokázat ve všech případech. U dvou faktorů (konkrétně *Partneři se nemohou změnit* a *Porozumět druhému pohlaví je složité*) vyšla reliabilita pod stanovenou hladinou 0,7. Dotazník tedy nelze považovat za spolehlivou diagnostickou metodu.

12. Souhrn

Předkládaná práce se zabývá propojením témat životní spokojenosti s atribučními tendencemi a partnerskými přesvědčeními u neplodných párů. Hlavním cílem této práce je zjistit, zda mezi těmito tématy existuje souvislost. Dílčím cílem je potom popis atribučních stylů u neplodných párů, včetně atribučního stylu vnímání naděje v náročných situacích, porovnání partnerských přesvědčení u mužů a žen nebo zjištění psychometrických vlastností dotazníku Relationship Beliefs Inventory. Pro získání dat byl použit Dotazník životní spokojenosti (ŽIS), Attributional Style Questionnaire (ASQ) a již zmíněný Relationship Beliefs Inventory (RBI).

Teoretický rámec této práce vychází z faktu, že náš pohled na svět a životní situace ovlivňuje to, jak se v životě budeme cítit spokojení. Ve chvíli, kdy se musí člověk vypořádat s nekontrolovatelnou situací, jakou je neplodnost jednoho z partnerů, je velmi důležité, jak se k takové situaci postaví a na základě čeho ji vyhodnotí. Jinými slovy, zda atribuční styl daného člověka je spíše ku prospěchu věci či naopak (van Balen & kol., 2009). Neplodnost tak může vést k vážným emočním problémům a psychickému stresu, a to nejčastěji v těch případech, kdy spolu partneři z důvodu mylných partnerských přesvědčení nedokáží pocity, které s sebou toto téma přináší, sdílet (Ormani & 2017).

Abychom mohli naši práci správně uchopit, je třeba podrobněji charakterizovat partnerství. Definice partnerského vztahu existuje celá řada. Například Langmeier a Krejčířová (2006) v jejich definici kladou důraz na vzájemné uspokojování potřeb partnerů, jako je potřeba emočního a intimního soužití nebo potřeba mít děti. To, co odlišuje spokojené páry od těch nespokojených, je flexibilita či naopak rigidita, kterou projevují při řešení konfliktů. To, jak si partneři s konflikty umí poradit tedy ovlivňuje nejen jejich vnímání spokojenosti ve vztahu, ale také vlastní vývoj nebo přijetí ze strany druhých (Canary & Messman, 2000).

V další kapitole se zabýváme problematikou životní spokojenosti, kterou chápeme jako součást širšího konstruktů osobní pohody neboli well-beingu, konkrétně jako její subjektivní komponentu (Blatný & kol., 2005). Jmenujeme zdroje osobní pohody, mezi které autoři řadí zdraví, věk, vzdělání nebo manželství. Dále zmiňujeme faktory osobní pohody, které jmenuje například Baštecká & kol. (2015): osobnost, příjem, věk, pohlaví,

zaměstnání, náboženství, manželství a rodina, společenské kontakty, životní události, biologické vlivy. Vzhledem k tématu jsme se také zaměřili na porovnání životní spokojenosti u bezdětných párů a párů s dětmi. Prvotní studie hovořily poměrně jasně – větší spokojenost byla naměřena u párů s dětmi. V dnešní době ale převažují spíše zjištění, že životní i partnerská spokojenost klesá s každým narozeným dítětem (Tweng & kol., 2004). Jiné studie zase mluví o nárstu životní spokojenosti po prvním dítěti a poklesu po narození dítěte druhého (Kohler & kol, 2005). Nelze tedy v tomto případě vynést jasné a konkrétní stanovisko.

Třetí kapitola je potom zaměřena na atribuční styly. Koncepce a teorie zabývající se kauzální příčinností jsou založeny na předpokladu, že vnější stimuly neovlivňují naše emoce a reakce přímo, ale prochází právě přes naše atribuce neboli přesvědčení (Myers, 2016). Styl uvažování je v nás hluboce zakořeněný, ovlivňuje naše myšlení, jehož důsledkem je způsob dívání se na život a na svět. Atribuční styl určuje, kdo jsme. Důsledek tohoto pohledu spatřuje Křivohlavý (2012) například v tom, zda se lidé stanou optimisty či pesimisty. Koncept atribucí a jejich vliv na náš život tedy vychází z psychologického poznatku, který ukazuje, že se v určitých situacích naše myšlenky rychle mění v přesvědčení. Toto přesvědčení následně ovlivňuje to, co cítíme a co děláme. Už A. Lazarus v roce 1985 přišel s poznatkem, že hlavní problém partnerského soužití je ten, že do něj často lidé vstupují s nereálnými přesvědčeními, které zabraňují prožívat spokojený vztah, a naopak vedou k horšímu přizpůsobení a zvládnání životních nesnází. Kratochvíl (2009) taktéž zdůrazňuje odlišnosti mužských a ženských přesvědčení a očekávání. Právě kvůli těmto rozdílnostem mohou vznikat hojná nedorozumění.

Předposlední kapitola se potom zabývá pojmem neplodnosti, kterou dle Řežábka (2014) nelze chápat jako jednotnou diagnózu. Vždy se jedná o diagnózu páru. Za neplodný se považuje pár, kterému se nedaří počít v případě alespoň ročního pravidelného nechráněného pohlavního styku (Řežábek, 2014). Taktéž se nejedná pouze o biologický fenomén, je tedy třeba se zaměřit i na psychosociální aspekty, které s sebou neplodnost přináší. Vzhledem k tématu práce se také kromě léčby neplodnosti včetně psychoterapie zaobíráme vlivem neplodnosti na partnerské soužití a celkovou životní spokojenost. Rozdílnost prožitků partnerů, rozdílný přístup k léčbě, jakožto i

rozdílný atribuční styl často přispívá ke vzniku konfliktních situací, které je potřeba odborně ošetřit, aby se daný pár se situací vyrovnal co nejlépe (Konečná, 2003).

Hlavní hypotézy byly definovány na základě výsledků výzkumu Navida B., Mohammadiho, M. Maroufizadeho a kol. (2018), kteří prokázali, že je zde statisticky významná souvislost mezi životní spokojeností, atribučními tendencemi a partnerským přesvědčením u neplodných párů. Dále se opíráme například o výzkumy, které prokazují, že neplodnost může vést k vážným emočním problémům a psychickému stresu (Verhaak & kol, 2007; Droszol & kol, 2008; Maroufizadeh, 2015; Ormani & 2017). To má potenciálně negativní dopad na manželské štěstí, sexuální spokojenost a celkovou kvalitu života (Benyamini & kol., 2005; Mroufizadeh & kol., 2016; Maroufizadeh & kol., 2016; Ghaheri & kol., 2016).

V případě vedlejších hypotéz se potom opíráme o výzkumy, které ukazují že existuje negativní souvislost mezi iracionálním přesvědčením a manželským uspokojením (Addis & kol, 2002; Hamamci & kol, 2005; Moller & kol, 2001). Výsledek těchto výzkumů je ve vzájemné shodě s výsledky Stanculeta & kol. (2015) nebo Bahremanda & kol. (2015), kteří prokázali, že iracionální přesvědčení ve vztahu výrazně ovlivňuje životní spokojenost. Výsledky této studie zároveň ukazují na fakt, že muži a ženy mají tendence k dosahování rozdílných iracionálních přesvědčení, což může být další komplikací pro vztah.

Pro tuto práci jsme zvolili kvantitativní typ výzkumu. Testování probíhalo individuálně formou samovýběru nebo sněhové koule. Sběr dat probíhal od 29.10.2019 do 29.3.2020. Celkem se do výzkumu zapojilo 75 respondentů, z toho 33 mužů a 42 žen.

Na základě výsledků stanovený hypotéz lze konstatovat, že byla nalezena souvislost mezi partnerským přesvědčením a životní spokojeností u neplodných párů. Prokázat souvislost mezi životní spokojeností a atribučními tendencemi se nepodařilo, stejně jako souvislost mezi atribučními tendencemi a partnerským přesvědčením. Dále se dle našich výsledků neplodní muži a ženy neliší v partnerských přesvědčeních až na subškálu *Sexuální perfekcionismus*. Muži i ženy z našeho vzorku vykazují pesimistický atribuční styl. Tento výzkum může sloužit pro další studium jevu a zlepšování a zefektivňování psychologických služeb pro neplodné páry.

POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

Addis J, Bernard ME. Marital adjustment and irrational beliefs. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2002; 20(1): 3-13.

Albertini, M., & Kohli, M. (2009). What childless older people give: Is the generational link broken? *Ageing & Society*, 29(8), 1261–1274. doi:10.1017/S0144686X0999033X.

Anderson, K.M., Sharpe, M., Rattray, A., Irvine, D.S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res.*; 54:353–5.

Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril.* 1992; 57(6): 1247-1253.

Bahreman M, Saeidi M, Komasi S. Non-coronary patients with severe chest pain show more irrational beliefs compared to patients with mild pain. *Korean J Fam Med.* 2015; 36(4): 180-185.

Baštecká, B., Mach, J., & kol. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.

Bell, C. & Song, F. (2005). Emotions in the conflict process: An application of the cognitive appraisal model of emotions to conflict management. *The international journal of conflict management*, 16 (1), 30 – 54.

Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertil Steril.* 2005; 83(2): 275-283.

Blackstone, A., & Stewart, M. D. (2016). 'There's more thinking to decide': How the childfree decide not to parent. *The Family Journal*, 24(3), 296–303. doi:10.1177/1066480716648676.

Blatný, M., & kol. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.

Blatný, M.; Dosedlová; J., Kebza, V.; Šolcová, I. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MSD. Psychologický ústav AVČR.

Blechová, Z. (2010). *Partnerské vztahy aneb co očekává žena od muže a muž od ženy*. Praha: Nakladatelství Zdeňky Blechové.

- Brown, A. J., Thaker, P. H., Sun, C. C., Urbauer, D. L., Bruera, E., Bodurka, D. C., & Ramondetta, L. M. (2017). *Nothing left to chance? The impact of locus of control on physical and mental quality of life in terminal cancer patients. Supportive Care in Cancer, 25(6), 1985–1991.* doi:10.1007/s00520-017-3605-z.
- Canary, D. J., & Messmann, S. J. (2000). Relationship Conflict. In C. Hendrich & S. S. Hendrich (Eds.). *Close relationships: A sourcebook* (pp. 261-272). London: Sage.
- Casu, G., Ulivi, G., Zaia, V., Fernandes Martins, M. do C., Parente Barbosa, C., & Gremigni, P. (2018). *Spirituality, infertility-related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. Research in Nursing & Health, 41(2), 156–165.* doi:10.1002/nur.21860.
- Çavdar N.K., Coşkun A.M. (2018). The effect of infertility upon quality of life and self-esteem. *MOJ Womens Health. 7(3):89–94.* DOI: 10.15406/mojwh.2018.07.00176.
- Cohen, M. R. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* Praha: Portál.
- Corneau, G. (2013). *Anatomie lásky.* Praha: Portál.
- Cramer, D. (2003). Acceptance and need for approval as moderators of self-esteem and satisfaction with a romantic relationship or closest friendship. *The Journal of Psychology, 137, 495-505.*
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience.* New York: Harper and Row.
- De Ridder, D. (2004). Chronic Illness. In A. Kaptein, J. Wienman (Eds.), *Health psychology (207-265)*, 1st ed. Oxford, Malden: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.
- Desjardins-Simon, J., & Debras, S. (2015). *Nevědomé příčiny neplodnosti.* Praha: Portál.
- Dew, J., & Wilcox, W. B. (2011). If Momma Ain't Happy: Explaining Declines in Marital Satisfaction Among New Mothers. *Journal Of Marriage & Family, 73(1), 1–12.* doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00782.x.

- Dew, J., & Wilcox, W. B. (2011). If Momma Ain't Happy: Explaining Declines in Marital Satisfaction Among New Mothers. *Journal Of Marriage & Family*, 73(1), 1–12. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00782.x
- Doherty, C., & Clark, M. (2006). *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*, Brno: Computer Press.
- Dohle, G. R., Jungwirth, A., Colpi, G., & kol. (2007). Guidelines EAU pro mužskou neplodnost. *European Association of Urology. Urology List 2007*; 5(4, Suppl): 5-47.
- Dosedlová, J., Blatný M., Kebza, V., & Šolcová, I. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Nakladatelství MSD.
- Dostál, D. (2016a). *Statistické metody v psychologii*. Nepublikovaná skripta. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008; 13(3): 271-281.
- Dudgeon, M.R., & Inhorn M.C. (2003). Gender, masculinity and reproduction: anthropological perspectives. *Int J Men's Health*; 2:31–56.
- Eidelson, R. J. & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5), 715-720.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Braehler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Fiala, R. (2016). IVF (in vitro fertilizace). Dostupné z <http://www.zenska-neplodnost.cz/ivf-in-vitro-fertilizace>. [cit. 2. 2. 2020].
- Flaws, B. (2016). *Endometrioza a neplodnost*. Praha: Anahita.
- Folkvord, S., Odegaard, O.A., Sundby, J. (2005). Male infertility in Zimbabwe. *Patient Educ Couns.*;59:239–43.

- Forgas, J., P., & George, J., M. (2001). Affective influences on judgements and behavior in organizations: An information processing perspective. *Organizational behavior and human decision processes*, 86 (1), 3 – 34.
- Försterling, F. (2001). *Attribution: an introduction to theories, research, and applications*. Philadelphia: Psychology Press.
- Fromm, E. (2016). *Umění milovat*. Praha: Portál.
- Ghaheri A, Shojaei Shahrokhhabadi M, Zayeri F, Maroufizadeh S, Karimi M. Relationship among life satisfaction, anxiety and fertility quality of life in women. *Koomesh*. 2016; 17(4): 957-965.
- Goker, A., Yanikkerem, E., Birge, O., & Kuscu, N. K. (2017). *Quality of life in Turkish infertile couples and related factors*. *Human Fertility*, 21(3), 195–203. doi:10.1080/14647273.2017.1322223.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., McQuillan, J., Lowry, M. H., Burch, A. R., & Shreffler, K. M. (2017). *Relationship Satisfaction Among Infertile Couples: Implications of Gender and Self-Identification*. *Journal of Family Issues*, 39(5), 1304–1325. doi:10.1177/0192513x17699027.
- Hamamci Z. Dysfunctional relationship beliefs in marital satisfaction and adjustment. *Social Behavior and Personality: an international Journal*. 2005; 33(4): 313-328.
- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hauck, P. (1998). *Manželské mýty*. Bratislava: Slovart.
- Hřebíčková, M., Blatný, M., & Jelínek, M. (2010). Osobnost jako prediktor osobní pohody v dospělosti. *Československá Psychologie*.
- Hřebíčková, M., Urbánek, T. (2001). *NEO pětifaktorový osobnostní inventář (podle NEO Five-Factor Inventory P.T. Costy a R.R. McCrae)*. Praha: Testcentrum.

- Chambers C, Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Berger M. Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. *Respir Med.* 1999; 93(2): 88-94.
- Chapman, G. (2002). Pět jazyků lásky aneb naučte se hovořit jazykem lásky toho druhého. 1. vyd. Praha: Návrat domů.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2001). Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health. *Journal of Happiness Studies*, 2, 307–327.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2003). *Attributional style and self-esteem as predictors of psychological well being. Counselling Psychology Quarterly*, 16(2), 121–130. doi:10.1080/0951507031000151516.
- Chovanec, S. (2002). Příčiny a diagnostika neplodnosti. [online]. Publikováno 7.5.2002 [cit. 16. 1. 2020]. Dostupné z <http://www.ivf-zlin.cz/24794-priciny-a-diagnostikaneploдности>.
- James, S., Hunsley, J., & Hemsworth, D. (2002). *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 729–744. doi:10.1023/a:1021285332295.
- Juříčková, L. (2005). Demografie. ANALÝZA: Bezdětnost v České republice. [online]. Publikováno 24.7.2005, [cit. 2020-01-27]. Dostupné na WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=118
- Kantona, L. (2015). Psychosociální aspekty neplodnosti. *Via Practica*, 2015, 12(2): 90-93.
- Karsten, H. (2006). Ženy - muži. Vyd. 1. Praha: Portál.
- Kazemi Y, Nikmanesh Z, Khosravi M. (2017). The Relationship Between Quality of Life and Self-esteem and Attribution Styles in Primary School Students, *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 11(4): e5850. doi: 10.5812/ijpbs.5850.
- Khademi, A., Alleyassin, A., Aghhosseini, M., Ramezanzadeh, F., Abhari, A.A. (2005). Pretreatment beck depression inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients; A before-after study. *BMC Psychiatry.* 5:25.

- Khodabakhshi AK, Adibrad N, Sedgh Poor BS. The comparison of relationship beliefs and couples burnout in women who apply for divorce and women who want to continue their marital life. *Iran J Psychiatry*. 2010; 5(1): 35-39.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being: a nationwide survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 89:677–82.
- Klimeš, J. (2005). *Partneři a rozchody*. Praha: Portál.
- Kohler, H.-P., Behrman, J. R., & Skytthe, A. (2005). *Partner + Children = Happiness? The Effects of Partnerships and Fertility on Well-Being*. *Population and Development Review*, 31(3), 407–445. doi:10.1111/j.1728-4457.2005.00078.x.
- Konečná, H. (2003). *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha: Academia.
- Konečná, H. (2005). *Reprodukční zdraví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- Kratochvíl, S. (2005). *Sex jako obohacení života*. Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kreidl, M. & Hasmanová Marhánková, J. (2012). *Proměny partnerství*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti života*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada.
- Kubcová, Š. (2004). *Problematika neplodnosti v partnerském vztahu (Diplomová práce)*. Hradec Králové: UNI HK.
- Lacinová, L., Ježek, S., & Macek, P. (2016). *Cesty do dospělosti: Psychologické a sociální charakteristiky dnešních dvacátníků*. Masarykova univerzita.
- Landsman-Dijkstra, J. J. A., van Wijck, R., & Groothoff, J. W. (2006). *The long-term lasting effectiveness on self-efficacy, attribution style, expression of emotions and quality of life*

of a body awareness program for chronic a-specific psychosomatic symptoms. Patient Education and Counseling, 60(1), 66–79. doi: 10.1016/j.pec.2004.12.003.

Langmeier, J., & Krejčířová D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.

Lazarus, A. (1985). *Marital Myths, Two Dozen Mistaken Beliefs That Can Ruin a Marriage (Or Make a Bad One Worse)*. California: Impact Publishers.

LIU, X., WANG, J., GUO, Y., YANG, Q., CHEN, Y., LIU, N., WANG, W., & ZHANG, H. (2016). Depressive symptoms and its association with academic achievement and negative attribution style among key senior high school students. *Chinese Journal of School Health*. Dostupné z: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-XIWS201611019.htm.

Marko, M. (2016). Využitie a zneužitie Cronbachovej alfy pri hodnotení psychodiagnostických nástrojov. *TESTFÓRUM*, 5(7), 99-107. doi:<https://doi.org/10.5817/TF2016-7-90>.

Maroufizadeh S, Ghaheri A, Omani Samani R. Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile women undergoing IVF. *Psychol Health Med*. 2016; 22(2): 145-151.

Maroufizadeh S, Ghaheri A, Samani RO, Ezabadi Z. Psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in Iranian infertile women. *Int J Reprod Biomed*. 2016; 14(1): 57-62.

Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Samani RO. Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynecol Obstet*. 2015; 130(3): 253-256.

Matějková, E. (2007). *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Praha: Grada Publishing.

Mizrahi R, Addington J, Remington G, Kapur S. Attribution style as a factor in psychosis and symptom resolution. *Schizophr Res*. 2008; 104(1): 220-227.

Moeinolghorabayi, F., Noferesti A., Karamlu, S., Ganji, N. (2017). Comparing attribution styles, maladaptive schemata, and dysfunctional attitudes (three aspects of social cognition) in depressed and normal people. *Social Cognition*. 1(11):88-101.

Möller AT, Rabe HM, Nortje C. Dysfunctional beliefs and marital conflict in distressed and non-distressed married individuals. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2001; 19(4): 259-270.

Moreira, C. N. de O., Marques, C. B., Salomé, G. M., Cunha, D. R. da, & Pinheiro, F. A. M. (2016). *Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma*. *Journal of Coloproctology*, 36(4), 208–215. doi: 10.1016/j.jcol.2016.04.013.

Mrázek, M. (2003). *Umělé oplodnění I*. Praha: Triton.

Murayama, K., Kitagami, S., Tanaka, A., & Raw, J. A. L. (2016). People's naiveté about how extrinsic rewards influence intrinsic motivation. *Motivation Science*, 2(3), 138–142. <https://doi.org/10.1037/mot0000040>.

Murray, S. L., Holmes, J. G. & Griffin, D. W. (1996). The self-fulfilling nature of positive illusions in romantic relationships: Love is not blind, but prescient. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1155-1180.

Myers, D. (2016). *Sociální psychologie*. Praha: Edika.

Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.

Namavar Jahromi, B., Mansouri, M., Forouhari, S., Poordast, T., Salehi, A. (2018). Quality of life and its influencing factors of couples referred to an infertility center in Shiraz, Iran. *Int J Fertil Steril*. 11(4): 293-297. doi: 10.22074/ijfs.2018.5123.

Navid, B., Mohammadi, M., Maroufizadeh, S., Amini, P., Shirin, Z., Omani-Samani, R. (2018). Relationship between Quality of Life, Relationship Beliefs and Attribution Style in Infertile Couples. *Int J Fertil Steril*. 2018 Jul-Sep; 12(2): 119–124. Published online 2018 Mar 18. doi: 10.22074/ijfs.2018.5221.

Neusar, A. (2009). Jaké zdroje informací používáme při usuzování o příčinách vlastního chování. E-psychologie [online], 3(2), 22-39. Dostupný z: <http://www.epsycholog.eu/pdf/neusar.pdf>.

Noorbala, A.A., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N., Yazdi, S.A.B., Jafarabadi, M. (2007). Study of psychiatric disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors. Journal of Family and Reproductive Health Summer. (1)1:6–11.

Omani Samani R, Maroufizadeh S, Navid B, Amini P. Locus of control, anxiety, and depression in infertile patients. Psychol Health Med. 2017; 22(1): 44-50.

Omani Samani, R., Maroufizadeh, S., Navid, B., & Amini, P. (2016). *Locus of control, anxiety, and depression in infertile patients. Psychology, Health & Medicine, 22(1), 44–50.* doi:10.1080/13548506.2016.1231923.

Pahlevan Sharif, S. (2017). *Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. European Journal of Oncology Nursing, 27, 28–35.* doi: 10.1016/j.ejon.2017.01.005.

Peterson C, Seligman ME. Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. Psychol Rev. 1984; 91(3): 347- 374.

Peterson SP, Schiller N, Stricker RB. Failure of two-dimensional echocardiography to detect aspergillus endocarditis. Chest J. 1984; 85(2): 291-294. 22. Leposavić I, Leposavić L. Attribution style of patients with depression. Srp Arh Celok Lek. 2009; 137(9-10): 529-533.

Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U., Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. Human Reproduction. (23)5:128–1137.

Peterson, C., & Steen, T. A. (2002). Optimistic Explanatory Style. In Snyder, C.R., & Lopez, S. J. (2002). Handbook of Positive Psychology. New York: Oxford university press.

Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M., E., P. (1995). *Learned helplessness: a theory for the age of personal control.* New York: Oxford University Press.

- Pietromonaco, P. R., Greenwood, D., & Feldman Barrett, L. (2004). Conflict in adult close relationships: An attachment perspective.
- Poněšický, J. (2012). Fenomén ženství a mužství. Praha: Triton. 57. Praško, J. (2005). Asertivita v partnerství. Praha: Grada.
- Praško, J. (2005). Asertivita v partnerství. Praha: Grada.
- Qiong, J. (2018). Relationship of attribution style with negative emotion and personality characteristics of patients with gastric cancer. *Modern clinical nursing*. 16(8):11-16.
- Rotter, J., B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Washington: American Psychological Association.
- Rusbult, C. E., & Buunk, B. P. (1993). Commitment processes in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being, 9(1), 13–39.
- Řehan, V. (2007). *Sociální psychologie 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Řežábek, K. (2004). *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada.
- Řežábek, K. (2018). *Asistovaná reprodukce*. Praha: Jan Hugo.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Seligman, M. (2003). *Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Ikar.

Seligman, M. E. P. (2003). *Opravdové štěstí*. Praha: Ikar.

Shaked, A., & Clore, G. L. (2016). *Breaking the World to Make It Whole Again: Attribution in the Construction of Emotion*. *Emotion Review*, 9(1), 27–35. doi:10.1177/1754073916658250.

Schanz, S., Reimer, T., Eichner, M., Hautzinger, M., Häfner, H.-M., & Fierlbeck, G. (2011). *Long-term life and partnership satisfaction in infertile patients: a 5-year longitudinal study*. *Fertility and Sterility*, 96(2), 416–421. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.05.064.

Slepičková, L. (2009). *Nepłodnost jeho a nepłodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Somers, M. (1993). A Comparison of Voluntarily Childfree Adults and Parents. *Journal of Marriage and Family*, 55(3), 643–650. doi:10.2307/353345.

Sprecher, S., Wenzel, A., & Harvey, J. (2018). *Handbook of relationship initiation*. New York: Psychology Press.

Stanculete MF, Matu S, Pojoga C, Dumitrascu DL. Coping strategies and irrational beliefs as mediators of the health-related quality of life impairments in irritable bowel syndrome. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2015; 24(2): 159-164.

Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119–135. doi: 10.1037/0033-295X.93.2.119

Sternberg, R. J., & Sternberg, K. (Eds.). (2018). *The new psychology of love*. Cambridge University Press. Získáno 17. listopadu 2018 z https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=bUSRsXs2kGEC&oi=fnd&pg=PA87&q=romantic+love+helen+fisher+aron&ots=2ISkp17PuM&sig=z_uOdgfl8zAdpp4E02SRGei_E&redir_esc=y#v=onepage&q=romantic%20love%20helen%20fisher%20aron&f=false

Šolcová, I., & Kebza, V. (2005). Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá Psychologie*, 49 (1), 1-6.

- Šulová, L., Fait, T., Weiss, P. (2011). *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf.
- Tilly, Ch. (2008). *Credit and blame*. Princeton: Princeton University Press.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2004). Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *Journal Of Marriage & Family*, 65(3), 574–583. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x.
- Ulčová-Gallová, Z., & Lošan., P. (2013). *Neplodnost: Útok imunity*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum.
- Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-5. *J Reprod Infertil*. 2006; 7(3): 243-251.
- van Balen, F., & Bos, H.M. (2009). The social and cultural consequences of being childless in poor-resource areas. *Facts Views Vis Obgyn*; 1(2): 106-121.
- Vašátková, D. (2005). *Atribuční procesy*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaimaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*. 2007; 13(1): 27-36.
- Vybíral, Z. (2009). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha:Portál.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
- Wang M, Schalock RL, Verdugo MA, Jenaro C. Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2010; 115(3): 218-233.
- Weiner, B. (2008). Reflections on the History of Attribution Theory and Research: People, Personalities, Publications, Problems. *Social Psychology*, 39 (3), 151 – 156.
- Wichman, C., Ehlers, S., Wichman, S., Weaver, A., Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertil Steril*; 95:717–21.

Wichman, C., Ehlers, S., Wichman, S., Weaver, A., Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 95:717–21.

Yuan, W., & Wang, L. (2016). *Optimism and attributional style impact on the relationship between general insecurity and mental health*. *Personality and Individual Differences*, 101, 312–317. doi: 10.1016/j.paid.2016.06.005.

Zacchilli, T., Hendrick, C. & Hendrick, S. (2009). The romantic partner conflict scale: A new scale to measure relationship conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*. 26. 1073–1096. Stażeno 7.9.2011 z psp.sagepub.com

ABSTRAKT RIGORÓZNÍ PRÁCE

Název práce: Souvislost životní spokojenosti, atribučních stylů a partnerských přesvědčení u neplodných párů

Autor práce: Mgr. Tereza Chobotská

Počet stran a znaků: 131, 205 459

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 148

Abstrakt:

Rigorózní práce se zaměřuje na souvislost životní spokojenosti, atribučních stylů a partnerských přesvědčení u neplodných párů. Přináší problematiku životní spokojenosti neplodných párů stejně jako vliv kognitivní složky na životní spokojenost. Výzkumné cíle této práce jsou převážně deskriptivní. Hlavní záměrem je popis a zkoumání potenciálních společných mechanismů a vztahů mezi životní spokojeností, atribučními tendencemi a partnerskými přesvědčeními u neplodných párů. Výzkumný soubor byl vybrán záměrným výběrem a metodou výběru sněhové koule. Celkově zahrnoval 75 respondentů. Data byla získána prostřednictvím dotazníků Attributional Style Questionnaire (ASQ), Relationship Beliefs Inventory (RBI) a Dotazníkem životní spokojenosti (DŽS). Prokázali jsme souvislosti mezi životní spokojeností a atribučními tendencemi. Souvislosti mezi ostatními proměnnými prokázána nebyla.

Klíčová slova: neplodnost, životní spokojenost, atribuční styl, partnerská přesvědčení

ABSTRACT OF THESIS

Title: Relationship between life satisfaction, attributional styles and relationship beliefs in infertile couples

Author: Mgr. Tereza Chobotská

Number of pages and characters: 131, 205 459

Number of appendices: 3

Number of references: 148

Abstract:

This thesis focuses on the relationship between life satisfaction, attribution styles and relationship beliefs in infertile couples. It brings the question of life satisfaction of infertile couples as well as the influence of the cognitive component on life satisfaction. The research goals of this work are mostly descriptive. The main purpose is to describe and explore potential common mechanisms and relationships between life satisfaction, attributive tendencies and relationship beliefs in infertile couples. The research sample was selected by intentional selection and snowball selection method. It 75 respondents. Data were obtained through the Attributional Style Questionnaire (ASQ), Relationship Beliefs Inventory (RBI) and Life Satisfaction Questionnaire (DZS). We have shown connections between life satisfaction and attribution tendencies. The relationship between the other variables has not been proved.

Key words: infertility, life satisfaction, attributional style, relationship beliefs

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Sociodemografický dotazník

Příloha 2: Překlad položek dotazníku RBI

Příloha 3: Faktorové zátěže

Příloha 1: Sociodemografický dotazník

1. Pohlaví:

- Muž
- Žena

2. Věk: _____

3. Vzdělání:

- Základní škola
- Střední škola s výučním listem
- Střední škola s maturitou
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

4. Délka trvání partnerského vztahu: _____

5. Příčina neplodnosti: _____

6. Trvání neplodnosti (v letech): _____

7. Způsob léčby neplodnosti:

- Chirurgická
- Imunologická
- Hormonální
- Psychoterapie
- Jiné: _____

Příloha 2: Překlad položek dotazníku RBI

1. Vyjadřuje-li můj partner nesouhlas s mými nápady, pravděpodobně o mně nemá vysoké mínění.
2. Od partnera neočekávám, že vycítí všechny mé nálady.
3. U včasně vyřešených problémů pravděpodobně nehrozí, že by byly opět rozebírány.
4. Znepokojuje mě, když si myslím, že jsem sexuálně zcela neuspokojil/a svého partnera/partnerku.
5. Muži a ženy mají stejné základní emocionální potřeby.
6. Nedokážu přijmout to, když se mnou můj partner nesouhlasí.
7. Když mám partnerovi říct, že je pro mě něco důležité, neznamená to, že by ke mně byl lhostejný.
8. Chování mého partnera už nebude jiné než nyní.
9. Nejsem-li ve vhodném rozpoložení pro partnerský sex, ale můj partner je, neznepokojuje mě to.
10. K nedorozumění mezi partnery obecně dochází z důvodů vrozených rozdílů v osobnostním nastavení mužů a žen.
11. Většinou se urazím, pokud můj partner nesouhlasí s nápadem, který je pro mě důležitý.
12. Vadí mi, když můj partner nepozná, jak se cítím, a já mu/jí to musím říct.
13. Partner se může naučit být více vnímavý vůči potřebám svého protějšku.
14. Dobrý sexuální partner dokáže vzrušit toho druhého vždy, kdykoli je potřeba.
15. Muži a ženy pravděpodobně nikdy dobře neporozumí opačnému pohlaví.
16. Líbí se mi, když má můj partner odlišný pohled na věc, než je ten můj.
17. Lidé, kteří mají velmi blízký vztah, dokážou vycítit potřeby toho druhého tak, jak kdyby si dokázali číst myšlenky.
18. Jen proto, že můj partner v minulosti jednal takovým způsobem, který mě rozrušil, neznamená to, že tak bude jednat i v budoucnu.
19. Pokud nedokážu sexuálně fungovat pokaždé, když to můj partner vyžaduje, měl/a bych zvážit, zda není ten problém na mé straně.
20. Muži i ženy mají ve vztahu stejné potřeby.
21. Rozčílí mě, když nedokážeme s partnerem vidět věci stejně.

22. Je pro mě důležité, aby můj partner předvídal mé potřeby na základě toho, že vycítí změny mé nálady.
23. Partner, který již jednou dokázal hluboce ublížit, to pravděpodobně udělá znovu.
24. Cítím se v pohodě se svým výkonem během milování, přestože můj partner nedosáhne orgasmu.
25. Biologické rozdíly mezi muži a ženami nejsou závažným důvodem partnerských problémů.
26. Nedokážu tolerovat, když se se mnou můj partner hádá.
27. Partner by měl vědět, na co ten druhý myslí nebo co cítí, aniž by to muselo být řečeno.
28. Pokud se můj partner chce změnit, věřím, že to dokáže.
29. Pokud partner nedosáhne při sexu vyvrcholení, neznámá to, že bych selhal/a já.
30. Jedna z hlavních příčin problémů ve vztahu je založena na rozdílných emocionálních potřebách mužů a žen.
31. Když se s partnerem hádáme, mám pocit, že se náš vztah rozpadá.
32. Lidé, kteří se milují, přesně ví, jaké má ten druhý myšlenky bez toho, aniž by cokoliv řekl.
33. Pokud se mi nelíbí, jakým směrem se náš vztah ubírá, je možné to zlepšit.
34. Některé problémy v rámci mého sexuálního fungování pro mě nepředstavují osobní selhání.
35. Není možné zcela porozumět opačnému pohlaví.
36. Nepochybuji o tom, že mě má můj partner rád, i když se zrovna hádáme.
37. Pokud musíte svého partnera o něco požádat, znamená to, že „nebyl naladěný“ na vaše potřeby.
38. Neočekávám od svého partnera, že by byl schopný se změnit.
39. Znepokojuje mě, když mám pocit, že po sexuální stránce nefunguji tak, jak mám.
40. Muž a žena budou vždy záhadou jeden pro druhého.

Příloha 3: Faktorové zátěže

	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor
P 1	0,660081	0,461524	0,184214	-0,324550	0,038508	0,034578	0,061624
P 2	-0,227539	-0,077007	-0,027235	-0,553021	0,007297	-0,187827	-0,111944
P 3	0,591958	0,041023	0,285642	0,302161	0,008710	0,068060	0,102703
P 4	-0,259812	-0,432479	0,118472	0,361875	0,067122	-0,097142	0,075297
P 5	-0,120651	-0,788266	-0,044604	0,009878	0,072073	0,207019	-0,020175
P 6	0,330976	-0,335959	0,174216	-0,022058	-0,237390	0,054072	0,008094
P 7	0,008173	0,032130	0,135882	0,161540	0,281994	-0,037738	-0,501339
P 8	0,093125	-0,023663	0,124280	0,448951	0,137123	-0,085118	-0,214865
P 9	0,267203	0,203874	0,110188	0,020308	-0,654459	-0,140621	0,078073
P 10	0,026540	-0,151843	0,651221	-0,268167	-0,279706	0,009158	0,188295
P 11	0,327295	0,412516	0,025689	-0,089869	0,675562	-0,089299	-0,257713
P 12	0,048379	0,542398	0,306587	0,044222	0,248440	-0,059605	-0,102142
P 13	-0,055088	0,662941	0,070230	0,041686	0,058640	0,121721	-0,073289
P 14	0,189666	-0,645325	-0,094514	-0,072358	0,337371	0,034653	-0,199290
P 15	0,240002	0,000935	0,278266	-0,425549	-0,031901	0,416188	-0,022831
P 16	0,175936	0,122326	0,015694	0,085843	-0,017865	0,665459	0,033491
P 17	-0,276194	0,157875	-0,241988	0,616842	-0,213402	0,218693	-0,144906
P 18	0,457520	-0,051759	-0,064247	-0,187894	-0,023862	0,153143	0,550210
P 19	0,042360	0,133198	0,021712	0,066698	0,391717	-0,444174	0,093451
P 20	-0,104265	-0,204243	-0,181442	0,083911	0,140729	0,493410	0,110855
P 21	0,535466	0,143260	0,096339	0,083242	0,340501	0,544849	0,244557
P 22	0,366848	0,518382	-0,177560	0,381232	-0,138257	0,136204	0,149975
P 23	0,003190	0,122886	0,499962	-0,004550	-0,122914	0,101297	0,250283
P 24	-0,056696	-0,524336	0,354752	-0,078363	-0,088711	-0,103873	0,511741
P 25	-0,027869	0,165882	0,144215	-0,042280	-0,116400	0,172203	0,447513
P 26	0,698801	0,128659	-0,159833	-0,277223	-0,103646	0,078176	0,412629
P 27	0,578893	0,065856	-0,419426	0,374355	0,161613	-0,027302	0,077443
P 28	0,727653	0,071586	0,240725	0,036119	0,036423	0,114448	-0,084514
P 29	-0,036079	-0,106572	-0,319428	0,101406	0,722146	0,095756	0,430035
P 30	0,139793	0,096812	0,560379	0,202951	-0,023010	-0,220505	0,081934
P 31	0,630035	-0,072032	0,057608	0,061435	-0,274441	-0,189037	0,200898
P 32	0,044158	-0,070961	0,117850	0,090408	0,109401	-0,049218	0,511195
P 33	-0,678691	0,016485	-0,063244	0,038510	0,015711	-0,057789	0,153011
P 34	0,361753	-0,281598	-0,168504	0,261937	0,068820	-0,345889	0,460644
P 35	0,329240	-0,372487	0,584132	-0,069732	0,047695	-0,027178	-0,039612
P 36	0,574441	-0,107825	0,302843	0,308145	0,259297	0,321096	-0,036047
P 37	0,371648	0,048962	0,357596	0,083932	0,061714	0,419330	0,369759
P 38	0,223448	-0,079163	0,140438	0,158185	0,168065	-0,099560	0,056023
P 39	0,016087	0,009936	0,295423	0,022346	0,245520	-0,007155	0,606542
P 40	0,176627	0,257255	0,771896	0,039139	0,068545	0,088249	-0,011262
	5,092975	3,599068	3,341171	2,212678	2,519206	2,182897	2,870578
	12,73 %	9,00 %	8,35 %	5,53 %	6,30 %	5,46 %	7,18 %