

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**PROŽÍVÁNÍ NEDOBROVOLNĚ BEZDĚTNÝCH ŽEN A MUŽŮ
A JEHO SOUVISLOSTI S VÝSLEDKY LÉČBY NEPLODNOSTI**

**The experiencing of involuntary childless women and men and its association with the
results of infertility treatment**



Disertační práce

Autor: PhDr. et Mgr. Gabriela Ďurašková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Olomouc
2019

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem disertační práci na téma: „*Prožívání nedobrovolně bezdětných žen a mužů a jeho souvislosti s výsledky léčby neplodnosti*“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne 12. 2. 2019

Podpis

Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

Za laskavou a odbornou pomoc při realizaci této práce děkuji doc. PhDr. Ireně Sobotkové, CSc., a za devítiletou ochotnou spolupráci na výzkumu děkuji RNDr. Radku Hamplovi, Ph.D. Děkuji klinice asistované reprodukce SANUS v Pardubicích, že se zde mohl výzkum uskutečnit i všem pacientům, kteří byli ochotni v průběhu své náročné léčby ještě vyplňovat předložené dotazníky. Velmi děkuji všem ženám, se kterými jsem vedla rozhovory o neplodnosti, jsem jim vděčná za jejich otevřenost, upřímnost a ochotu podělit se o svou zkušenost. Dále děkuji všem, kteří mi přispěli radou v některých dílčích problémech při sepsování této práce; především Michalu Petrželkovi, Lence Beranové, Haně Volné, Evě Dubovské, Lucii Viktorové, Alžbětě Gilíkové a Brennanu Petersonovi.

Moc děkuji svému muži za podporu a trpělivost, kterou mi při psaní poskytl a našim dvěma synům za radost, kterou nám přinášejí.

Obsah

Úvod	8
1. NEPLODNOST A JEJÍ LÉČBA	10
1.1. Neplodnost	10
1.2. Metoda IVF/ICSI	12
1.2.1. Oocyty	15
1.2.2. Embrya	17
1.2.3. Klinická gravidita	18
1.2.4. Právní regulace	18
1.2.5. Etické otázky	21
2. NEPLODNOST JAKO ZÁTĚŽ A STRES	25
2.1. Zátěž a stres	25
2.2. Zátěžové aspekty neplodnosti	28
2.3. Stres a neplodnost (výzkumy)	32
3. COPINGOVÉ STRATEGIE	34
3.1. R. S. Lazarus	35
3.2. C. S. Carver	36
3.3. Coping a neplodnost (výzkumy)	38
4. POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ	42
4.1. Základní pojmy	43
4.2. Obvyklé negativní následky traumatické události	46
4.3. Modely posttraumatického rozvoje	48
4.4. Způsoby získávání dat o PTG	51
4.5. Posttraumatický rozvoj a neplodnost (výzkumy)	53
5. SMYSL ŽIVOTA	56
5.1. Metody měření životního smyslu	58
5.2. Smysl života a neplodnost (výzkumy)	59
6. PSYCHOSOMATICKÁ PROBLEMATIKA U NEPLODNOSTI	61
6.1. Psychické příčiny nebo důsledky neplodnosti?	63
7. VÝZKUMY	66
7.1. Vztah copingu a stresu v souvislosti s infertilitou	66
7.2. Vztah copingu a smyslu života	68
7.3. Odraz psychologických faktorů v léčbě IVF	69
8. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE	73

8.1. Jednotlivé cíle práce	74
8.2. Hypotézy a výzkumná otázka.....	76
9. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU – kvantitativní část	78
9.1. Metody získávání dat.....	78
9.1.1. Fertility Problem Inventory (FPI).....	78
9.1.2. Logo-test.....	80
9.1.3. Coping Orientation to Problems Experienced (COPE Inventory).....	81
9.2. Průběh a organizace výzkumu	84
9.3. Metody zpracování dat	85
9.4. Etické problémy výzkumu.....	85
9.5. Výzkumný soubor	86
9.5.1. Charakteristiky souboru.....	86
10. VÝSLEDKY – kvantitativní část.....	89
10.1. Profil souborů žen a mužů (FPI, Cope Inventory, Logo-test)	89
10.2. Rozdíly mezi muži a ženami (FPI, Cope Inventory, Logo - test).....	95
10.4. Regresní analýza copingových strategií, FPI a Logo testu.....	100
10.5. Vliv věku, počtu let, předešlých IVF a příčiny neplodnosti na prožívání stresu a životní smysluplnosti.....	104
10.6. Testování hypotéz.....	110
10.6.1. Testování hypotézy č. 1	110
10.6.2. Testování hypotézy č. 2.....	110
10.6.3. Testování hypotézy č. 3	111
10.6.4. Testování hypotézy č. 4.....	112
10.6.5. Testování hypotézy č. 5	113
10.6.6. Testování hypotézy č. 6.....	114
10.6.7. Testování hypotézy č. 7.....	114
10.6.8. Testování hypotézy č. 8.....	115
10.7. Vyjádření k jednotlivým cílům a platnosti hypotéz.....	116
11. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU – kvalitativní část.....	119
11.1. Metody získávání dat.....	120
11.2. Způsob získávání dat	121
11.3. Způsob zpracování dat.....	122
11.4. Etika výzkumu	123
11.5. Výzkumný soubor	124
11.5.1. Výběr.....	124

11.5.2. Charakteristiky výzkumného souboru.....	125
12. VÝSLEDKY – kvalitativní část.....	128
12.1. Pokora	128
12.2. Sebepoznání	130
12.3. Přehodnocení vztahů	133
12.4. Životní filosofie.....	135
12.5. Posílení partnerského vztahu.....	137
12.6. Shrnutí výsledků	139
14. ZÁVĚRY.....	156

SOUHRN

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

PŘÍLOHY

Příloha č. 1.

Abstrakt

Abstract of Thesis

Příloha č. 2

Seznam použitých zkratk

Seznam tabulek a obrázků

Příloha č. 3

Informované souhlasy

Překlady použitých dotazníků

Výpočty položkové analýzy FPI

Příloha č. 4

Otázky polo-strukturovaného rozhovoru

Přepis a kódování rozhovoru- ukázka

Úvod

Uvádí se, že skoro 20% párů v České republice je nedobrovolně bezdětných. Společnost je v současnosti asi už daleko lépe informována o možnostech léčby, ale často jí zůstává uzavřeno, co vše lidé, kterým se nedaří mít dítě, prožívají. Z psychologických výzkumů je zřejmé, že tato diagnóza zasáhne hluboko do každého života a její prožívání bývá velmi bolestné, přestože „navenek“ nebývá někdy nic vidět. Některým párům léčba pomůže, jiným však nikoli, a ti pak zůstávají v situaci nedobrovolné bezdětnosti dlouhá léta, někdy do konce života.

Moje výzkumná činnost v tomto tématu začala tak, že jsem asi před devíti lety odpověděla na inzerát, který visel na naší katedře. Jednalo se o pozvání do společného výzkumu od embryologa z centra asistované reprodukce v Pardubicích. Myslím, že jsme v té době ani jeden netušil, na jak dlouhou a občas svízelnou cestu se společně vydáváme. Nebylo totiž vůbec snadné výzkum na klinice organizovat a vést, stejně jako nebylo snadné výzkum zpracovávat do výstupů, které by měly přínos především pro praxi. A tak zde s velkou vděčností chci napsat, že po celých devět let, co výzkum běžel, byla naše vzájemná spolupráce vždy spolehlivá, příjemná a obohacující. Oběma se nám nyní však myslím uleví, že s touto disertační prací je tento náročný výzkum již u konce.

První výsledky z výzkumů jsem představila ve své bakalářské práci s názvem *Vliv stresu na výsledky léčby IVF/ICSI* (2011), kde soubor tvořilo 30 pacientek a sledoval se vliv životní spokojenosti a úzkosti na otěhotnění. V roce 2013 jsem pak další část výzkumu uvedla ve své diplomové práci s názvem *Vliv psychické odolnosti ženy na kvalitu oocytů a embryí při léčbě IVF/ICSI* (2013). V této práci byl sledován soubor přibližně 55 pacientek a jejich kvalita odebraných oocytů a embryí. Jiná část výzkumu byla pak uvedena následující rok (2014) v mé rigorózní práci s názvem *Úzkost, životní spokojenost a copingové strategie žen před prvním umělým oplodněním a jejich odraz ve výsledku léčby*. Kromě těchto mých vysokoškolských prací jsme výsledky také postupně publikovali v odborných časopisech.

Výzkum na klinice jsem s každou novou prací trochu upravovala, různě jsem vyměňovala a doplňovala používané dotazníky. Díky tomu jsem tak v každé práci mohla sledovat něco trochu jiného a na novém vzorku pacientů. Pro doktorskou práci jsem pak udělala těchto změn asi nejvíce. Vložila jsem dva nové dotazníky a hlavně do výzkumu prvně zahrнула kromě léčených žen také muže. Navíc jsem se pokusila celou práci obohatit o kvalitativní výzkum.

Přestože zde tedy předkládám výzkum zcela nový, opírá se svou podstatou z velké části o mé předchozí výzkumné zkušenosti. Nejvíce patrné je to v teoretické části práce, kde jsou některé uvedené kapitoly přejaty z minulých prací či článků a pouze někde drobně aktualizovány. Zcela nově jsou ale přidány kapitoly o Posttraumatickém rozvoji, Smyslu života a výzkumných studiích z posledních let. Výzkumná část však je již zcela originální, na novém souboru pacientů, kde byla použita pouze jedna dotazníková metoda (*Cope Inventory*) z předcházejících let.

1. NEPLODNOST A JEJÍ LÉČBA

Neschopnost počít nebo donosit dítě je skutečností, která se týká 15–20% procent párů (Řežábek, 2008). Její „zálužnost“ spočívá v tom, že není na první pohled vidět a ani člověka nijak fyzicky nesužuje. Co je ale dobře vidět, je její důsledek – tedy to, že pár je bez dítěte. Méně viditelným, ale ne proto méně závažným, je její druhý důsledek – každodenní bolestivé prožívání takto postihnutých lidí.

O neplodnosti je proto možné pojednávat jak z pohledu psychologického či sociologického, tak z pohledu medicínského, kdy se jí věnujeme jako jedné z chronických nemocí, na které je třeba hledat vhodnou léčbu. A zde je schovaná druhá „zálužnost“ – totiž že léčba neplodnosti v sobě nenese žádné záruky úspěchu, jde jen o podstupování „pokusů“, zda se pár dočká dítěte či nikoli. Neplodní proto stojí před rozhodnutím, zda medicínskou léčbu vůbec podstupovat nebo ne, případně kolik jejích pokusů volit a kdy s „lčením“ již přestat, neboť tato léčba není bez rizik pro zdraví ženy.

V následujících dvou podkapitolách tedy pojednáváme o neplodnosti jako o nemoci a o její léčbě pomocí umělého oplodnění, která se odborně nazývá *in vitro fertilizace* (IVF).

1.1. Neplodnost

Za *neplodný* je dnes označen ten pár, který se bezúspěšně snaží otěhotnět alespoň jeden rok a i při pravidelném pohlavním styku se mu to nedaří. Hana Konečná (2009) rozděluje termíny spojené s neplodností dále na *sterilitu*, což je právě nemožnost páru otěhotnět po více než roce nechráněného pohlavního styku a *infertilitu*, což je naopak neschopnost páru plod donosit (potrácivost). V zahraniční literatuře se však většinou termín infertilita používá pro všechny typy neplodnosti. Neplodnost dále dělíme na *primární*, kdy nedošlo u páru k otěhotnění nikdy a *sekundární*, kdy k otěhotnění v minulosti již někdy došlo a pár nějaké dítě již má. Dále ještě hovoříme o *idiopatické* neplodnosti v případě, že jsou příčiny neplodnosti neobjasněny (Konečná, 2009).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) uvádí neplodnost pod diagnózou N46 a N97. Nakonec i podle obecné definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO) lze interpretovat neplodnost jako nemoc a jako nemoc ji i léčit (Konečná, 2009). Chápání neplodnosti jako nemoci potom dovoluje finanční účast státu na léčbě a má to i pozitivní vliv na psychosociální stránku věci. Označení páru za „neplodný“ totiž s sebou nese kromě stanovené diagnózy i velmi nepříjemný sociologický aspekt a značnou

psychickou zátěž pro pár. Někdy se proto doporučuje mluvit spíše o „*nedobrovolné bezdětnosti*“ (tak např. Slepíčková, 2006 či Sobotková, 2012) nebo o „*poruše plodnosti*“ nežli o neplodnosti, která v sobě nese jakýsi bezvýchodný stav.

Neplodnost je někdy mylně považována za fenomén současné doby, ale pokud se podíváme do starých bájí, Bible či pohádek, vidíme, že jde o fenomén starý jako lidstvo samo. Otázkou však zůstává, zda se v dnešní době zvyšuje počet neplodných párů či nikoli. Často se setkáváme s tvrzením (Konečná, 2009), že například vlivem životního prostředí klesá především mužská plodnost v evropské populaci. Proti tomu se však argumentuje tím, že se dnes setkáváme v ordinacích s větším počtem neplodných párů jen proto, že se dříve často (díky menší informovanosti) neplodnost u lékařů neřešila (Gulekli, Child & Tan, 2004). Zda se tedy výskyt neplodnosti v současné době skutečně zvyšuje, není zcela jasné.

Všeobecně se udává, že nedobrovolná bezdětnost se týká asi 15 % párů (Gulekli et al., 2004), které se snaží počít. V povědomí společnosti je neplodnost často přičítána ženám (v historii téměř výhradně), což se ale nepotvrzuje. Z lékařských statistik vyplývá, že neplodných žen je zhruba stejný počet jako neplodných mužů, častý je výskyt příčin neplodnosti u obou partnerů z páru a zhruba 10% párů zůstává neplodných z neobjasněných příčin (Řežábek, 2008).

Příčiny neplodnosti na straně muže mohou být:

- Nedochází k výronu semene, nebo je ejakulace retrográdní.
- Spermie se nedostanou z varlete a nadvarlete, protože vývodné cesty jsou neprůchodné.
- Spermie se netvoří nebo je jich jen velmi málo.
- Spermie se tvoří, ale nejsou v pořádku a nedovedou vajíčko oplodnit.

Základním vyšetřením muže je proto spermioqram. Jeho výsledky ovšem značně kolísají, mohou klesnout jednou až o 20 %, jindy zase stoupnout na pětinasobek minule zjištěné hodnoty. Spermioqram se proto obvykle provádí několikrát v odstupu cca jednoho měsíce (Řežábek, 2008).

Nejčastějšími příčinami ženské neplodnosti jsou:

- Nedožrává oocyt (anovulace, syndrom polycystických ovarií etc.).
- Spermie nemohou proniknout k vajíčku, protože neprojdou hrdlem děložním nebo vejcovodem (tvoří se protilátky proti spermii, jsou neprůchodné vejcovody).
- Oocyt je špatné kvality a spermie ho nemohou oplodnit, nebo je narušen vývoj embrya.

- Chybí hormony pro implantaci (zahníždění) – především nedostatek progesteronu.
- Sliznice děložní nedokáže embryo přijmout (různé nemoci sliznice děložní: myom, zánět, endometrióza, etc.).

Vyšetření ženy bývá komplexnější a také náročnější. Měří se hladiny hormonů v krvi, ultrazvukem se zkoumá uložení a velikost dělohy, pomocí pravidelného ultrazvukového vyšetření se sleduje, zda probíhá ovulace, zkoumá se průchodnost vejcovodů apod. Vzhledem k náročnosti vyšetření ženy se proto většinou nejprve z páru vyšetřuje muž. Pokud se u něho prokáže výrazná příčina neplodnosti, není třeba vyšetřovat dále ještě ženu a pár je automaticky odeslán na umělé oplodnění (IVF/ICSI) (Řežábek, 2008).

Možností léčby neplodnosti se nabízí dnes velké množství a odvíjejí se především od zjištěné diagnózy. Některé léčebné metody jsou však pro některé lidi z etického hlediska nepřijatelné a pro léčbu se pak nerozhodují. Jsou také páry, které se lékařům nesvěřují vůbec a svěřují se jen do rukou alternativních způsobů. Přestože nabízených léčebných metod je řada, žádná bohužel stoprocentně nezaručuje úspěch.

Kromě alternativních způsobů léčby, jako je například fytotherapie (léčba bylinnými čaji), astrologie (výpočty vhodných dnů), reiky (odblokování negativní energie) a podobně, je dnes léčba neplodnosti nabízena především v centrech asistované reprodukce (CAR). Zde jsou nejčastějšími léčebnými postupy: intrauterinní inseminace (IUI) a In vitro fertilizace (IVF) v kombinaci s metodou ICSI (viz následující kapitola). Za doplňující léčbu je dále považována rehabilitační metoda Ludmily Mojžíšové, balneoterapie (léčebné postupy v lázeňských zařízeních) a dále různé chirurgické zákroky. Náš výzkum se zaměřil na ženy, které podstupují léčbu pomocí metody IVF/ICSI.

1.2. Metoda IVF/ICSI

Termín **IVF** je odvozen z latinských slov *in vitro* fertilizace, které doslova znamenají oplodnění „ve skle“, volněji přeloženo oplodnění mimo tělo, ve zkumavce. Jde tedy o tzv. umělé oplodnění, kdy embryo vzniká v upravených podmínkách mimo lidské tělo, do kterého je potom zase navraceno, aby žena mohla otěhotnět. Opakem tohoto termínu je proto tzv. *in vivo* fertilizace, kterou se rozumí oplodnění v živém těle (Řežábek, 2008).

Léčba neplodnosti metodou in vitro se provádí v centrech asistované reprodukce (CAR), jejichž počet po celém světě neustále narůstá. V České republice nacházíme okolo dvaceti šesti center, specializujících se na tuto metodu léčby neplodnosti (Centra asistované

reprodukce, 2010) a řada z těchto center je soukromých. Tento způsob léčby neplodnosti je placen ze státního pojištění (3–4 pokusy), ale řada doplňkových metod hrazena není. Neplodný pár proto může vybírat CAR, kde podstoupí léčbu nejen podle výsledků úspěšnosti, sympatie, dostupnosti apod., ale také podle cen těchto nehrazených částí IVF.

Metoda IVF byla původně určena párům, u nichž byla diagnostikována neplodnost z důvodu neprůchodnosti vejcovodů pacientky, jejich nefunkčnosti nebo z důvodu jejich absence (Macklon & Fauser, 2004). Dnes se používá pro téměř všechny příčiny neplodnosti, neboť se jedná o metodu s největší úspěšností, a to zejména v kombinaci s metodou ICSI (*intracytoplasmatic sperm injection*), o které pojednáme níže. Protože je však léčba neplodnosti metodou IVF velmi zatěžující pro lidský organismus, volí se většinou až po neúspěšném vyzkoušení ostatních, méně agresivních metod (hormonální léčba, IUI etc.). O nástupu do léčby IVF může ale také rozhodnout například vysoký věk ženy, kdy se raději volí hned léčba radikálnější a účinnější, aby se dále neprohlubovala nevýhoda věku. Proto kromě diagnózy vede k IVF také prognóza úspěšnosti léčby (Macklon & Fauser, 2004).

Doplňkem IVF je dnes často **metoda ICSI** („iksi“), která byla poprvé provedena v roce 1992 v Belgii. Původně byla určena pro případy vážné mužské neplodnosti, kdy spermie není schopna proniknout do vajíčka ani v jeho bezprostřední blízkosti. Tento problém metoda ICSI řeší zavedením spermie do vajíčka pomocí jehly. Dnes se však ICSI užívá i pro lehčí poruchy mužské plodnosti, když chce mít pár jistotu, že odebrané oocyty se podaří skutečně oplodnit (Granot & Dekel, 2004).

I přes neustálé zdokonalování metod IVF/ICSI je úspěšnost léčby neplodnosti vždy nejistá. Za nejvýznamnější faktor ovlivňující její úspěšnost je považován věk ženy, kdy kolem 30 let věku ženy je šance otěhotnět pomocí IVF kolem 17 procent (na jedno embryo) ve 40 letech je tato šance 7 procent a v 45 jen 2 procenta (Macklon & Fauser, 2004). Tradičně se uvádí jako výrazný mezník poklesu šance na otěhotnění věk ženy vyšší než 35 let. Po tomto věku totiž kromě poklesu šance otěhotnět také stoupá riziko potratů, nekvalitních oocytů, embryí a vývojových vad. Ani věková hranice však není obecně platná, někdy žena ve 40 letech má dobrou odpověď na stimulaci a jiná selhává již před dosažením 40 let. Chronologický věk ženy tedy neodpovídá vždy přesně věku jejích reprodukčních funkcí (Řežábek, 2008).

Léčbu neplodnosti metodou IVF/ICSI podstupuje stále více párů (ročně se v České republice provede více než 9 tisíc cyklů umělého oplodnění (Slepičková, 2009) a sama léčba je v rychlém vývoji. Přesto řada věcí zůstává stále neprobádána (např. procesy implantace embrya v děloze, srov. Řežábek, 2008) a úspěch celé léčby tak stále závisí i na „štěstí“ či

„osudu“. Jistota výsledku tedy neexistuje nikdy. IVF/ICSI tak sice zvyšuje šance neplodného páru na dítě, ale jde vždy jen o „pokus“, nikoli o vyřešení problému. Snad právě proto se tolik zkoumá i to, jak velký vliv na celý proces a vzniklé těhotenství má také psychický stav ženy či celého páru.

Karel Řežábek ve své knize *Léčba neplodnosti* (2008) rozděluje **průběh IVF/ICSI** do několika fází, které zde stručně shrnujeme pro komplexní představu o tom, jak léčba probíhá.

- 1. Stimulace:** První fází je podávání léků k podpoře růstu oocytů, tzv. stimulace. Cílem této fáze je zvýšit u ženy hladinu hormonu FSH, aby v jejím těle dozrál více než jeden oocyt, jak je tomu u normálního přirozeného cyklu. Stimulace probíhá tak, že si sama pacientka či někdo jiný podává denně určenou dávku léku prostřednictvím injekcí. Pomocí ultrazvuku pak lékař sleduje působení léku. Optimální je nárůst cca 5–8 oocytů na každém vaječniku., které je třeba odebrat před tím, než by došlo k ovulaci. Při dosažení určité velikosti folikulu se proto ovulace načasuje v těle ženy uměle (většinou podáním hormonu LH) a oocyty se těsně před ní odeberou.
- 2. Odběr oocytů (OPU):** Odběr oocytů probíhá většinou v krátké celkové narkóze pacientky a provádí se pomocí jehly, kterou se oocyty odsají z folikulů i s přidruženou tekutinou.
- 3. Mímotělní oplodnění:** Z odebrané tekutiny z folikulů se vybírají v laboratoři oocyty, které jsou obklopeny ještě kumulem jiných buněk a přenášejí se do živného roztoku. V den odběru se k nim přidávají spermie partnera a oboje buňky jsou poté nechány společně, aby mohlo dojít k oplodnění. Jiný způsob oplodnění se děje, pokud využijeme metodu ICSI. Při této metodě je třeba zhodnotit zralost odebraných oocytů i upravit spermie. Ty jsou pak do zralých oocytů zavedeny jehlou. Kolik oocytů a jaké kvality je žena bude mít, není dopředu nikdy známo. Jde tedy o jeden z prvních výsledků léčby IVF-ICSI a podrobněji o nich pojednáme v kapitole následující.
- 4. Sledování kvality embryí:** Po 16 až 18 hodinách se oocyty kontrolují a vyřazují se ty, které se neoplodnily. Dále se hodnotí vzniklá embrya a embryologové je přenášejí každý den do jiného roztoku. Embrya se kultivují v rozmezí dvou až šesti dnů, nejčastěji ale tři dny. Nakonec se vybírá nejkvalitnější jedno nebo dvě embrya, která se přenesou do dělohy. Kvalita embrya je dalším z dílčích výsledků léčby neplodnosti metodou IVF a podrobněji o ní pojednáváme v kapitole 1.2.2.
- 5. Embryotransfer (ET):** Poslední fází je přenos dozrálých embryí do dělohy ženy. Přestože se šance na otěhotnění zvyšuje s počtem embryí, nepřenáší se dnes více než

dvě embrya, aby se zabránilo co možná nejvíce vícečetným těhotenstvím. Ta jsou totiž považována za jednu z nejzávažnějších komplikací IVF (Sakkas, Gardner, 2004).

6. **Případná implantace:** Po embryotransferu je pacientka odeslána domů a čeká se dva až tři týdny na výsledek léčby, zda otěhotněla či nikoli. Proces implantace embrya v děloze, tedy otěhotnění, je zatím z velké části neprozkoumán a nelze ho tedy příliš ovlivnit (Řežábek, 2008). Za prokázané těhotenství považujeme nalezení gestačního vajíčka v děloze, který je viditelný pomocí ultrazvuku zhruba pátý týden těhotenství.

Z uvedeného přehledu vidíme, že při léčbě neplodnosti metodou umělého oplodnění můžeme vyhodnocovat její dílčí výsledky, které bohužel stoprocentně nepredikují další úspěchy vedoucí až k implantaci embrya – tedy otěhotnění ženy. Jsou jimi počet odebraných oocytů, jejich zralost (hodnotí se jen při ICSI), počet vzniklých embryí, jejich kvalita a růst v průběhu několika dní, a nakonec případná implantace embrya (otěhotnění). Jednotlivé kroky nemají na sebe vždy lineární návaznost, tedy vysoký počet kvalitních oocytů neznamená vždy vysoký počet kvalitních embryí a ten zas není zárukou zdárné implantace. K jednotlivým dílčím výsledkům léčby se vždy dále přidružují další a další různé intervenující faktory – stimulační léky, média, v nichž se embrya kultivují, manipulace s embryi, lidský faktor embryologů a jejich hodnocení, kvalita přidaných spermií a při implantaci ještě řada dalších (Kellnerová, 2012). Toto všechno je třeba mít na zřeteli při interpretaci části našeho výzkumu, který chce zkoumat vliv některých faktorů na výsledek léčby – klinické těhotenství. Nejsme nikdy schopni realizovat zcela „čistý“ metodologický výzkum, kde bychom mohli mít pod kontrolou všechny intervenující proměnné. Zkoumat odraz či vliv různých faktorů na vznik klinického těhotenství můžeme tedy vždy jen s vědomím této skutečnosti.

1.2.1. Oocyty

Oocyt – vajíčko je pohlavní buňka ženy. Jeho vývoj (*oogeneze*) je započat již v první polovině fetálního života děvčátka, nicméně ještě před jeho narozením je zastaven. Při narození dívky obsahují její vaječníky asi 700 000 primárních oocytů, na začátku puberty jich je pak cca 400 000, neboť i v tomto mezidobí oocyty zanikají. Vývoj oocytu se pak obnovuje až s příchodem puberty, dokončí jej však pouze ty z oocytů, které se uvolní při

ovulaci a jsou oplozeny. Výsledkem oogeneze je pak *ovum*, tedy zralé vajíčko. Vývoj oocytů se ukončuje menopauzou, tedy kolem 40 až 50 let ženy (Vokurka & Hugo, 2000).

Tradičně rozlišujeme oocyty na primární a sekundární. Primární oocyty (či oocyty prvního řádu) jsou obaleny jednou vrstvou folikulárních buněk a spolu s nimi tvoří *primordiální folikul*. Oocyty prvního řádu zastavují svůj vývoj v profázi prvního zracího dělení a v tomto stadiu zůstávají až do puberty a potom dále až do okamžiku znovuzahájení meiózy. Pro oocyt je specifické to, že zůstává v metafázi II a buněčné dělení se dokončí až po jeho oplození (Vokurka & Hugo, 2000).

Vývoj oocytu můžeme rozdělit do třech fází; 1. *prenatální*: od primordiální pohlavní buňky až po oocyt v zastavené meióze (dokončeno před porodem děvčátka). 2. *Postnatální*: kdy dochází k pokračování meiózy I až k započetí meiózy II. 3. *Postovulační* vývoj oocytu, kdy meióza II se dokončí v případě oplození (Trávník, nedat.).

V přirozeném cyklu ženy dochází každý měsíc k dozrání jednoho oocytu ve folikulu, jehož vývoj trvá zhruba 60 dní. To znamená, že folikul, který má ovulovat, se připravuje již v předchozím cyklu ženy. Přirozeně dochází k tzv. výběru dominantního folikulu ze skupiny cca 5 folikulů a tento jeden vybraný folikul pak dosahuje ovulace. Ostatní folikuly zanikají, neboť vybraný folikul podává zpětnou vazbu a končí produkci hormonů potřebných na dozrávání folikulů ostatních. Žena je díky tomu přirozeně chráněna před vícečetným těhotenstvím, které pro ni není fyziologické (Trávník & Čech, 2011).

Při asistované reprodukci nedozrává jen jeden oocyt, ale díky umělému hormonálnímu řízení ženy jich dozrává více (cca kolem deseti). Cílem asistované reprodukce je zde včas, těsně před ovulací, vyjmout z dozrálých folikulů oocyty a umožnit jim pobyt v takových podmínkách, aby mohlo dojít k jejich oplození *in vitro* (Pool & Ord, 2004). Pokud je zvolena metoda IVF, jsou přidány k odebraným oocytům spermie a společně ponechány k volnému oplodnění v co „nejpřirozenějších“ podmínkách – teplo, tma, klid, vzduch obohacený kyslíčkem uhličitým (Řežábek, 2008).

Abychom mohli oplodnit oocyt pomocí metody ICSI, je ale třeba stanovit zralost odebraných oocytů. Pro oplození je totiž vhodný pouze oocyt v metafázi II, který je morfologicky určen absencí zárodečného váčku (*germinal vesicle* = GV) a přítomností prvního polárního tělíska. Při odběru většího množství oocytů totiž nacházíme mezi nimi i ty, které jsou morfologicky zcela abnormální, dále oocyty, u kterých ještě nebyla započata meióza (oocyty v GV fázi), a potom takové oocyty, u kterých sice meióza již započata byla, ale nepostoupila za první metafázi – oocyty ve fázi MI. U těchto oocytů sice zmizel zárodečný váček, ale nebylo vyděleno polární tělísko. Tyto dva druhy nezralých oocytů, tedy

oocyty ve fázi GV a ve fázi MI, jsou sice v určitém procentu schopny dokončit meiózu a být i poté oplozeny metodou ICSI, nicméně výzkumy prokázaly, že šance na otěhotnění s takovým embryem je úplně minimální (Granot & Dekel, 2004). V praxi se proto oplozují metodou ICSI jen oocyty v MII fázi (Hampl, osobní sdělení 12. ledna 2011).

1.2.2. Embrya

Embryo je zárodek vzniklý oplodněním, za embryo člověka se považuje vývojové stadium do osmi týdnů, pak již mluvíme o *fetu* (plodu) (Vokurka & Hugo, 2000). U metody IVF vznikají embrya „samovolně a přirozeně“ po ponechání spermií u oocytů. U ICSI se vajíčka oplozují pomocí speciální jehly, kdy je do vajíčka vsunuta jedna pečlivě ošetřená spermie. Další vývoj embrya je pro obě metody již shodný (Řežábek, 2008).

Embrya se rozdělují na dvě buňky, pak čtyři, osm a stále více buněk. Při samovolném oplození v těle se embryo dostává do dělohy přibližně pátý den po oplození a potom je ještě dva dny v děloze zcela volně. V umělém prostředí laboratoře je embryo třeba přenášet každý den do jiného roztoku, neboť v každé své fázi vývoje potřebuje jiné živné prostředí. Embrya se sledují několik dní, než je vybráno jedno či dvě a ta zanesena do dělohy ženy (Řežábek, 2008).

Vyšším počtem vnesených embryí do dělohy se sice zvyšuje šance na otěhotnění ženy, riziko vícečetného těhotenství je ale vnímáno jako významnější. Vícečetná gravidita je totiž vysoce riziková jak pro matku, tak pro dítě (Sakkas & Gardner, 2004, Řežábek, 2008). Z tohoto důvodu je v poslední době snaha v centrech AR vnášet embryo jen jedno, zájem odborníků se pak orientuje na způsob výběru toho „nejlepšího“ embrya, které bude mít nejvyšší šanci na implantaci. Přestože neplatí zcela automaticky, že kvalitní embryo vede k úspěšnému otěhotnění, řada výzkumů (Ebner et al., 2001) prokázala, že s kvalitnějším embryem je šance na otěhotnění i na následný dobrý vývoj zdravého plodu a udržení těhotenství vyšší.

Hodnocení embrya v rámci IVF/ICSI

Metody pro hodnocení embrya jsou různé. Běžně jsou embrya hodnocena v konkrétní dny či hodiny v průběhu kultivace v embryologických laboratořích podle morfologických znaků (Sakkas & Gardner, 2004).

Embrya se kultivují až pět dní, proto nacházíme v praxi kritéria hodnocení kvality embryí až po den pátý, poté již dochází k embryotransferu a zbylá embrya jsou obvykle

zamražena. Jedním ze znaků embrya, kde byl prokázán vliv na míru úspěšnosti IVF (otěhotnění) je míra fragmentace embrya (Ebner et al., 2001). Čím více fragmentací embryo má, tím menší je šance na otěhotnění. Dále se také zjistilo, že u transferovaných fragmentovaných embryí, kde pacientka otěhotněla, se vyskytuje signifikantně více malformací plodu, než u embryí bez fragmentace (Ebner et al., 2001).

Druhým kritériem kvality embrya je počet buněk v embryu pro konkrétní den. Ideální počet buněk pro 25–26 hodin od oplození jsou dvě buňky, 42–44 hodin od oplození je ideální počet buněk 4 (nebo více) a 66–68h od oplodnění by mělo embryo mít 8 (nebo více) buněk (Sakkas, Gardner, 2004). Až do 4. dne vývoje po oplození dochází jen k dělení buněk při zachování konstantního celkového objemu cytoplazmy. Počínaje 4. dnem se v morule utvářejí drobné dutinky, které posléze splynou v jednu. Přitom dochází ke zmenšení objemu buněk, a ty se postupně rozliší v povrchový trofoblast a vnitřní embryoblast. Toto stadium se označuje terminem blastocysta (Trávník & Čech, 2011).

1.2.3. Klinická gravidita

Klinické těhotenství (či klinická gravidita) je žádoucím výsledkem léčby pro neplodný pár. Mluvíme o ní tehdy, pokud je lékař schopen na ultrazvuku rozeznat klinickou evidenci těhotenství – tzn. je zřetelně viditelný gestační váček v děloze ženy. Tento termín tak odlišuje těhotenství klinické od těhotenství biochemického, kdy dochází k mírnému zvýšení hCG jako pozitivního ukazatele těhotenství, nicméně žena normálně odmenstruuje a klinické těhotenství nevzniká. Vedle těchto termínů existuje také mimoděložní těhotenství, které se vyznačuje tím, že embryo se neimplantuje v děloze, ale ve vejcovodu. Toto těhotenství pak nejčastěji musí být laparoskopicky odstraněno, aby vejcovod nepraskl. Klinickou graviditu lze potvrdit zhruba pátý týden těhotenství (Danielson, 2008).

V našem výzkumu jsme jako výsledek sledovali právě vznik klinické gravidity a navázali jsme tím tak na řadu výzkumů.

1.2.4. Právní regulace

Celkový přehled o platných zákonech České republiky, které upravují práci se zárodečnými buňkami a celou asistovanou reprodukci, nalezneme například v prezentaci na webových stránkách *Asociace reprodukční embryologie* od J. Dostála (nedat.) pod názvem *Etika a právo v asistované reprodukci*. Jedním z hlavních zákonů věnovaných asistované reprodukci je *zákon č. 373/2012 Sb. o specifických zdravotních službách, v platném znění*

(dále jen „zákon o specifických zdravotních službách“). Z množství relevantních zákonů jsme pro tuto kapitolu vybrali jen některé, které se podle nás nejvíce dotýkají tématu našeho výzkumu.

Tímto zákonem se například upravuje věk ženy, která smí podstoupit umělé oplodnění. Věková hranice je dnes zákonem určena na 49 let – § 6 odst. 1 věta první zák. č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách: *Umělé oplodnění lze provést ženě v jejím plodném věku, pokud její věk nepřekročil 49 let, a to na základě písemné žádosti ženy a muže, kteří tuto zdravotní službu hodlají podstoupit společně.*

Ustanovení § 3 zákona o specifických zdravotních službách uvádí, že *„zárodečné buňky a lidská embrya mohou být použita pouze pro umělé oplodnění. To neplatí, jde-li o lidská embrya nevyužitá pro umělé oplodnění, která lze použít pro výzkum na lidských kmenových embryonálních buňkách za podmínek a pro účely stanovené zákonem upravujícím výzkum na lidských kmenových embryonálních buňkách.“*

V § 9 zákona o specifických zdravotních službách se upravuje možnost uskladnění nepoužitých embryí, která zbyla. Neplodný pár může rozhodnout, že nepoužitá embrya zamrazí pro své další použití, daruje jinému páru, nebo udělí souhlas s použitím nadbytečných embryí k výzkumu nebo dá souhlas s likvidací embryí. Pokud neplodný pár nijak nerozhodne o svých nadbytečných embryích, má právo centrum AR vyzvat tento pár po deseti letech uskladnění k vyjádření se, co s embryi dále. *„Pokud neplodný pár nereaguje na opakovanou prokazatelně zaslánou písemnou výzvu poskytovatele, lze i bez vyjádření neplodného páru lidská embrya zlikvidovat.“*

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění, ve svém § 50 uvádí, že matkou dítěte je žena, která dítě porodila. Platí tedy, že žena, která porodí dítě z darovaného oocytu nebo embrya od jiného páru se stává automaticky jeho matkou. Narozené dítě nemá právo se to dozvědět, natož možnost někdy najít své „biologické“ rodiče, (jako je tomu například ve Švédsku).

Od 1. 4. 2012 vešla dále v platnost úprava § 15 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Tato úprava umožňuje proplácet ženám 4 pokusy IVF, pokud bylo v prvních dvou cyklech ženě zavedeno jen jedno embryo. A to do věku 39 let ženy. Tato úprava vznikla na podporu omezení vícečetných těhotenství, která z IVF často vznikají.

Dalším právním předpisem je mezinárodní smlouva – *Dodatkový protokol k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie*

a medicíny o zákazu klonování lidských bytostí. Platný v ČR od 1. 10. 2001 – která zakazuje klonovat lidské bytosti.

A konečně velmi důležitý zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o výzkumu embryí“). Z něj vybíráme následující informace:

K získávání lidských embryonálních kmenových buněk pro výzkumné účely lze použít jen taková nadbytečná lidská embrya, která nejsou starší než 7 dnů s tím, že do stáří embrya se nezapočítává doba jeho kryokonzervace.

S embryi pak není dovoleno:

- provádět zákroky směřující k vytvoření lidského embrya pro jiný účel než pro přenesení do ženského organismu,
- přenést vytvořené lidské embryo do dělohy jiného živočišného druhu,
- přenést lidský genom do buněk jiného živočišného druhu nebo naopak,
- během výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách provádět s těmito buňkami manipulace směřující k vytvoření nového lidského jedince (reprodukční klonování).

Tento zákon o výzkumu embryí také zakazuje použití postupů asistované reprodukce pro účely volby pohlaví budoucího dítěte s výjimkou případů, kdy použitím postupů asistované reprodukce lze předejít vážným geneticky podmíněným nemocem mendlovského typu s vazbou na pohlaví.

V dalších odstavcích tohoto zákona je upraveno dárcovství gamet. Zákon o výzkumu na lidských embryích v § 27 odst. 8 stanovuje, že darování zárodečných buněk je anonymní a bezúplatné. Dárci přísluší náhrada účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložených výdajů spojených s darováním zárodečných buněk. V praxi je motivace dárců gamet pravděpodobně ale především finanční (Sedláčková, 2012).

V § 27e odst. 2 je stanoveno, že darovat vajíčka může žena ve věku 18–35 let a spermie muž ve věkovém rozpětí 18–40 let. K oplození oocytu pak nelze použít spermie v příbuzenském vztahu k vajíčku. Dárce se musí dále podrobit podrobnému vyšetření (včetně genetického) a být způsobilý k právním úkonům.

Zajímavou a dnes hojně diskutovanou oblastí je tzv. surogátní (náhradní) mateřství, kdy dítě neplodného páru odnese ve své děloze jiná žena, která jim ho po porodu předá. V České republice není zatím ustanovena právní úprava náhradního mateřství a neexistuje ani zákon, který by náhradní mateřství výslovně zakazoval. V praxi se tak náhradní mateřství

nedá ošetřit žádnou právní smlouvou (neplodný pár nemůže uzavřít smlouvu s náhradní matkou, kde by ta se musela zaručit, že jim dítě po porodu skutečně předá). Prakticky se náhradní mateřství provádí tak, že náhradní matka uvede jako otce dítěte objednavatele, dojde k uznání otcovství a následnému osvojení a dítě se takto legálně dostává do rodiny, která si náhradní matku objednala (Sedláčková, 2012).

1.2.5. Etické otázky

Existence člověka se rozprostírá mezi dvěma póly – jedním je zrození člověka, druhým je jeho smrt. Začátek i konec lidské existence je pro nás ale zastřen určitým tajemstvím, z našeho pohledu jde totiž o prapodivný „přechod“, jednou z nebytí do bytí, podruhé z bytí do nebytí a ani jednomu plně nerozumíme. Při pohledu na zrození i na smrt si tak pokládáme podobné otázky: Kdy začíná a kdy končí shluk buněk být již člověkem? Kde začíná a kde končí lidská důstojnost (uznáváme-li ji)? Kdo má právo rozhodnout o tom, kdo se smí narodit a kdo zemřít? A k čemu se vlastně konkrétní bytost rodí a žije?

V naší práci jsme obrátili pozornost k začátku lidské existence, tj. k tajemství zrodu člověka. Při práci s embryi v rámci asistované reprodukce se nám tak uvedené obecné otázky otevírají v konkrétních problémech. **Jedním z těchto problémů jsou tzv. „nadpočetná embrya“**, tedy ta, která na klinice AR zůstávají a jejich „rodiče“ o ně již nemají zájem. Co s nimi? Viděli jsme, že náš právní řád s nimi umožňuje nakládat trojím způsobem; darovat je jinému páru, zlikvidovat je, anebo je použít na výzkum. Velmi ostrou kritiku zvláště proti dvěma posledně jmenovaným způsobům zacházení s nadpočetnými embryi nalezneme v dokumentu římsko-katolické církve *Donum vitae* (1987), který sepsal kardinál J. Ratzinger (papež Benedikt XVI.). V jádru problému stojí otázka, za co (či za koho) považujeme embryo, jaký status má lidský zárodek? Tedy naše úvodní otázky, kdy začíná shluk buněk být již člověkem, kde začíná lidská důstojnost? V *Donum Vitae* nacházíme tvrzení, že lidské zárodky jsou „*plnoprávné lidské bytosti, jejichž důstojnost a právo na život se musí respektovat od první chvíle lidské existence*“ (1987, ot. č. 1). V logice tohoto tvrzení pak nelikvidujeme na klinikách AR lidská embrya ve smyslu „nějakých“ buněk, ale likvidujeme (již existující) lidské bytosti, kterým upíráme právo na život. Jelikož při výzkumu na embryonálních kmenových buňkách dochází ke zničení embrya, jde o totéž. V našich „ateistických“ podmínkách se nám snad výtky katolické církve mohou zdát marginální, nicméně v katolických zemích jako je Itálie, Španělsko, Polsko či i Rakousko a Francie staví věřící neplodné páry i samotné pracovníky v embryologických laboratořích před velmi těžké

problémy osobního svědomí. Zákonná opatření těchto zemí ohledně AR a práce s embryi jsou také značně odlišná od našich (ve srovnání s nimi jsou naše velmi liberální). Pro svou liberální legislativu ohledně asistované reprodukce je Česká republika někdy nazývaná zemí „reprodukční turistiky“ (Konečná, 2013), tedy zemí, kam jezdí řada lidí z cizích zemí do center asistované reprodukce podstoupit formy umělého oplodnění, které jsou jinde zakázány.

Jiná etická otázka se otevírá, pokud se zamýšlíme nad tím, **co vlastně děláme, když vyhodnocujeme a hledáme „nejkvalitnější“ embryo**, aby jen toto jedno bylo zavedeno do dělohy ženy. S tím souvisí i další konkrétní metoda asistované reprodukce – preimplantační diagnostika, která umožňuje ze souboru odebraných embryí najít ta, která neponesou genetickou vadu. Kritici asistované reprodukce tvrdí, že při vyhodnocování a vybírání nejkvalitnějšího embrya jde v podstatě o eugenické snahy, které člověka provází po celou historii lidstva. P. Hach (přednosta Ústavu pro histologii a embryologii 1. LFUK) doslova píše, že *„problém selekce likvidující jedince nevyhovující kvalitativním kritériím je z osvětivské rampy posunut do prenatalního období“* (Hach, 2004, s. 14). V jádru této problematiky stojí další z výše uvedených obecných otázek, totiž kdo má právo rozhodnout o tom, kdo se smí narodit a také otázka, k čemu se konkrétní bytost vlastně rodí? Snad k tomu, aby byla co „nejzdravější“? Jakým právem vlastně umožňujeme život jen těm „nejkvalitnějším“? Nicméně už Platónovi se v jeho *Ústavě* zdálo ideálním, aby na světě zůstávali žít jen ti nejlepší, když chtěl, aby *„nejlepší muži obcovali s nejlepšími ženami co nejčastěji, kdežto nejhorší muži s nejhoršími ženami naopak, a děti oněch prvních mají být vychovávány, těchto však ne... (...) ... děti horších rodičů a narodí-li se co nezuživého z oněch prvních, ty odstraní, jak sluší, na místě tajném a nezjevném“* (Platón, 1996, s. 153–154).

Další etická otázka z okruhu asistované reprodukce se týká možnosti **darování pohlavních buněk jinému páru**, nebo dokonce darování již vzniklých embryí jinému neplodnému páru. Tato možnost a následná praxe přináší otázku, zda takto narozené dítě má právo znát své biologické rodiče (darování oocytů, spermií i embryí je prozatím v ČR zcela anonymní), zda má právo se dozvědět, že je z darovaných gamet (a pokud ano, jakým způsobem ho o tom informovat) a je zde také neméně důležitá problematika psychologického přijetí takového dítěte rodiči – neexistuje žádná oficiální psychologická příprava (či podpurná péče) na rodičovství dítěte cizí genetické výbavy, jako je tomu například u adopce již narozeného dítěte.

Z hlediska žadatelů o asistovanou reprodukci se můžeme také ptát, zda vůbec existuje cosi jako „právo na dítě“, případně **kdo toto právo na dítě ještě má a kdo ne?** Současná medicína dokáže oplodnit ženu, která díky věku již děti dávno mít nemůže. Může to však dělat? Kdo může určit, jak stará žena má ještě právo na dítě? A jak starý muž? Věková hranice se nedávno ženám určila v České republice zákonem na 49 let (§ 6 odst. 1 věta první zák. č. 373/2012 Sb., o specifických zdravotních službách.), mužům žádné zákonné omezení nevzniklo (což se nám jeví genderově problematické). Má pro dítě nějaké (popř. jaké) důsledky takovéto pozdní mateřství, popř. otcovství? Vedle toho je diskutována také možnost asistované reprodukce pro lesbické páry či osamělé ženy, resp. zda má právo na dítě žena bez partnera? Kam až vyjít vstříc touze žen, které jsou někdy ochotny zaplatit cokoli a kdo sleduje také „blaho“ dítěte? Do okruhu tohoto odstavce lze zahrnout i téma zavedení embrya již zemřelého či oplodnění spermií již mrtvého dárce. Toto téma ožívá většinou v případech, kdy se žena domáhá oplodnění pomocí asistované reprodukce po smrti svého partnera, který se již k situaci nemůže nijak vyjádřit.

Jinou otázkou asistované reprodukce je možnost **výběru pohlaví dítěte**. To je prozatím zákonem zakázáno (zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách). Proč neumožnit rodičům výběr pohlaví svého dítěte? Celkem otřesné zkušenosti přináší východní země jako je Čína nebo Indie, kde díky možnostem ultrazvukového screeningu, kdy lze odhalit pohlaví budoucího dítěte, vzrostly záměrné potraty děvčat na úkor upřednostňovaného pohlaví mužského. V těchto zemích tak vznikl zcela nepřirozený nepoměr chlapců k dívkám – podle oficiálních statistik se v Číně každý rok narodí o téměř 1,5 milionu více chlapců než dívek (Sedláčková, 2012). K čemu nakonec tato nevyváženost pohlaví povede?

Zcela specifickou problematikou je dále tzv. **surogátní mateřství** – kdy dítě neplodného páru odnese v děloze jiná žena a po jeho narození jim ho předá. Zkušenosti se surogátním mateřstvím má v ČR například Zlínská klinika asistované reprodukce (Rumpík, 2013)

Etickým problémům asistované reprodukce se u nás systematicky věnuje biolog a teolog Marek Vácha a v jeho knihách nebo zveřejněných přednáškách nalezneme také tato témata hlouběji propracována. Podrobně se jim věnuje v knize s názvem *Místo, na němž stojíš, je posvátná země. O kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru* (2008).

Vedle náboženského, či teologického postoje k asistované reprodukci (kde asi nejpropracovanější vyjádření nalzáme v dokumentech římsko-katolické církve *Donum vitae* a *Dignitas Personae*), existuje k této tematice také významný filosofický diskurz.

Zamyšlení a upozornění na problematické a kritické body umělého oplodnění nalzáme například v knize *Budoucnost lidské přirozenosti* (2003) od významného současného německého filosofa Jürgena Habermase, a to především v kapitole Na cestě k liberální eugenice.

2. NEPLODNOST JAKO ZÁTĚŽ A STRES

V předcházející kapitole jsme o neplodnosti pojednali z biologického či medicínského hlediska. Neplodnost a její léčba ale představuje pro člověka také velkou psychickou zátěž. Nemožnost mít dítě je obecně „*pokládána za stresující životní okolnost, která vyvolává sérii psychosociálních reakcí*“ (Sobotková, 2012, s. 170). V této kapitole se proto pokusíme poukázat na hlavní zátěžové aspekty, které tato nemoc člověku přináší, vedle toho se zaměříme na úzkost, kterou vyvolává u neplodných zejména léčba pomocí asistované reprodukce a která byla hodně zkoumána v souvislosti s možným vlivem na výsledky IVF. Mezi hlavní dopady neplodnosti na prožívání člověka patří také deprese, a to především tam, kde je léčba neúspěšná.

2.1. Zátěž a stres

Stres je pojmem dnes často užívaným jak v odborné, tak i v laické literatuře. V řadě publikací nacházíme různé teorie stresu a stres se tak stává pojmem s řadou obsahových posunů (Kebza, 2005, Křivohlavý, 2001). Slovo stres je přejato z anglického slova *stress*, kde jej prvně zaznamenáváme na přelomu 14. a 15. století v souvislosti s pojmy *hardship* (strádání, útrapy) či *strait* (tíseň). Od 17. století se začíná toto slovo vyskytovat ve fyzice v kontextu vyjádření fyzického tlaku, síly či napětí. Dnes ho nalezneme v obou významech.

Pro jednoho ze zakladatelů výzkumu stresu, H. Selyeho (1966), byl stres označením způsobu, jakým organismus reaguje na zátěž. Dnes se asi nejčastěji reakce na zátěž označuje jako *stresová reakce* a různé faktory, které člověka vystavují tlaku, se označují *stresory*.

V odborném jazyce dále od stresu rozlišujeme zátěž (*load*). Je jí myšleno takové množství požadavků kladených na organismus, které je ještě organismus schopen zvládnout. Pro definici stresové situace je proto podstatný poměr mezi mírou zátěže a silou člověka danou situací zvládnout. Teprve pokud je míra zátěže vyšší než schopnosti ji zvládnout, můžeme začít mluvit o stresu. Stres bychom tak mohli definovat jako nadlimitní zátěž (Křivohlavý, 2001). Za nadlimitní zátěž se ovšem kromě „silných“ událostí (pozitivních i negativních) dají považovat i drobné každodenní starosti, které člověk přestává zvládat a mít pod kontrolou.

Za stresové je tedy možno považovat všechny vlivy a události, které vedou ke stresové reakci. Tyto události pak můžeme rozdělit podle jejich povahy (Baštecká & Goldmann, 2001), nebo podle jejich působení v čase. V naší práci se zabýváme komplexem

stresorů spojených s neplodností, budeme se tedy soustředit na časové působení stresorů. Můžeme od sebe odlišovat totiž stres působící náhle v krátkém časovém rozmezí, tzv. akutní stres, a stres, který působí dlouhodobě, chronicky (Baštecká & Goldmann, 2001).

Akutní stres je odpovědí na zátěž, která se objevuje náhle a trvá kratší dobu. Fyziologická reakce na tento druh stresu se většinou projeví zvýšenou imunitní odpovědí organismu, ale tam, kde akutní stres nastupuje do situace, kde je chorobný proces v běhu, může naopak celý průběh nemoci zhoršit (Baštecká & Goldmann, 2001). V naší studii můžeme za tento typ možného stresoru považovat léčbu IVF či její jednotlivé kroky.

Chronickému stresu se organismus sice přizpůsobuje, ale postupně se vyčerpává, snižuje se aktivita a funkčnost imunitního systému (Vymětal, 2003). Příkladem takové chronické zátěže jsou narušené mezilidské vztahy, nevraživost, závist, šikana, špatná organizace a režim práce, ale i dlouhodobé neuspokojení různých potřeb, jako například nemožnost mít dítě. Můžeme se domnívat, že neplodnost jako taková je spíše chronickým stresorem.

Přemysl Mohapl (1990) přidává k těmto dvěma stresům ještě stres **intermitentní**, který je svou povahou chronický, zátěž se však střídavě objevuje a zase mizí. Fyziologické mechanismy se tak vychýlí z rovnováhy, ale organismus nemá dostatek času k tomu, aby se na zátěž adaptoval. Tento druh stresu má podle něj asi největší vztah k psychosomatickým chorobám.

Kromě výše uvedeného dělení můžeme podle Matouška (2003, in Volná, 2006) ještě mluvit o stresu **anticipačním a posttraumatickém**. Anticipačním stresem rozumíme stresovou reakci, která vzniká v důsledku nějakého očekávání události, která by teprve měla nastat. Většinou například před nástupem do nového zaměstnání, či před nějakou náročnou léčbou či operací, a to většinou se zřetelem jak k léčbě samotné (strach z bolesti), tak také z obav z možných důsledků.

Emoční odpověď na stres

Pokud se člověk cítí ohrožen nějakým stresorem, reaguje buď aktivně (hněvem, útokem, útekem či ústupem), nebo pasivně (úzkostí, depresí, studem atd.) Jinou možností je ještě snaha se stresoru vyhnout (Paulík, 2010). J. Vymětal (2003) rozlišuje reakce člověka na stres na reakci hněvem (kdy se zvyšuje noradrenalin), na reakci úzkostí (kde dochází ke zvýšení produkce adrenalinu) a na reakci depresivní (kde dojde ke zvýšení produkce kortizolu). Všechny tyto reakce pak mají vliv na imunitní systém člověka. Podle V. Hoška

(1999) jsou v základu vši emoční odezvy na stres u člověka strach (úzkost) a vztek (hněv), které jsou ovšem „transformovány do pestré palety prožitků, a ještě bohatší je škála možné odezvy následným chováním“ (Hošek, 1999, s. 39). Je ale zřejmé, že se jedná jen o modelové rozdělení, neboť v reálném životě se tyto reakce často navzájem prolínají nebo střídají. S jistotou lze ale říci, že emoční odezva na stres je záležitostí nelibou, která se subjektivně projevuje jako pocit vnitřního napětí, impulzivity a neklidu (Hošek, 1999).

Úzkost a deprese

V souvislosti s léčbou neplodnosti pomocí IVF býval stres často zkoumán v projevech úzkosti a deprese. O úzkosti můžeme obecně říci, že ji řadíme mezi emoce a jejím původním účelem bylo a je chránit člověka před ohrožením. Podle Vymětala (2000, s. 20) se úzkost projevuje v rovině:

- psychické (pocitem sevřenosti a tísně, ohrožení, závratí, nabuzení, neklidem apod.)
- mimické (rozšířením žítnic, vyvalení očí, otevřením úst apod.),
- somatické (tachykardií, svalovým napětím, chvěním, nauzeou, zblednutím, pocitem sucha v ústech apod.),
- chování (nejčastěji strnutím, uhýbáním, obranným chováním či útekem),
- výkonu (nižší hladina úzkosti a strachu složitější výkon zvyšuje, vyšší hladina úzkosti a strachu jej naopak snižuje).

C. D. Spielberger (1980) představuje duální chápání úzkosti. Na jedné straně mluví o úzkostlivosti, kdy jde o trvalejší charakteristiku člověka, osobnostní rys, který má určitou stabilitu v čase. Vedle toho pak vymezuje úzkost jako přechodný stav, který je vyvolán vnější nebo vnitřní hrozbou a mění se v intenzitě i čase.

Úzkost bývá spojena zejména s obdobím léčby a vyvolávají ji nejen nepříjemné zákroky spojené s léčbou (aplikace injekcí, narkóza, bolesti spojené s hormonální stimulací), ale také obavy z výsledků – tedy zda léčba bude úspěšná či nikoli. Hladina prožívané úzkosti v průběhu léčby neplodnosti byla sledována řadou výzkumných projektů (Lintsen, Verhaak, Eijkemans, Smeenk & Braat, 2009; Lovely, Meyer, Ekstrom & Golden, 2003), a to zejména z důvodu předpokládaného vlivu na výsledky léčby. Samotnému prožívání úzkosti v průběhu léčby IVF/ICSI nevěnovali výzkumníci příliš pozornosti, ale například australský výzkum (Mahajan et al., 2010) se zaměřil na prožívání úzkosti při jednotlivých krocích léčby. Autoři tohoto projektu měřili hladinu úzkosti pacientek ve třech stadiích – před vstupem do léčby, před odběrem oocytů a nakonec před embryotransferem. Z jejich výzkumu vyplynulo, že úzkost pacientek je významně vyšší v těchto konkrétních etapách

léčby než úzkost, jakou prožívaly před vstupem do léčby. Mezi hladinou úzkosti před odběrem oocytů a před embryotransferem už ale signifikantní rozdíl nebyl. Léčba sama tedy vyvolává u pacientek celkově vyšší úzkost. Možný vliv úzkosti na léčbu jsme výzkumně zkoumali také my (HAMPL & ĎURAŠKOVÁ, 2014) a její vliv na léčbu se v naší studii nepotvrdil.

Vedle úzkosti je často zkoumána v souvislosti s léčbou IVF/ICSI také deprese. Deprese je řazena mezi poruchy nálady, kdy sledujeme především její hloubku a délku. Projevuje se zejména pocity beznaděje, špatnou koncentrací, únavou, zvýšenou nebo sníženou spavostí, pesimistickým výhledem do budoucna, sociálním stažením, ztrátou sebedůvěry nebo pocity neschopnosti (SMOLÍK, 1996). Deprese se u neplodných párů výzkumně zkoumá zejména v souvislosti s nepodařenými léčebnými pokusy (KLERK ET AL., 2007), byla však často zkoumána i v souvislosti s možným vlivem na výsledky léčby (LINTSEN ET AL., 2009; SMEENK ET AL., 2001).

2.2. Zátěžové aspekty neplodnosti

Neplodnost, přestože fyzicky nebolí a není „vidět“, ovlivňuje každodenní život člověka a znamená pro něj velkou psychickou zátěž. Zhruba jedna třetina párů, které se léčí po dobu tří let, zůstává stále bezdětná (SOBOTKOVÁ, 2012). Zajímavým momentem na této diagnóze je, že se její důsledek (bezdětnost) dotýká života celého páru, i pokud je neplodnost diagnostikována jen jednomu z partnerů. Z výzkumu L. SLEPIČKOVÉ (2009) se ukazuje, že ale i v případech, kdy je neplodný jen partner a žena zcela zdráva, je celá léčba orientována především na ženu a její tělo a ženy tak musí být při léčbě neplodnosti výrazně aktivnější. To někdy vedlo a vede muže (i společnost) vnímat neplodnost jako „ženský problém“. V prožívání mužů a žen jsou tak patrně jistá specifika, které zde zkusíme také nastínit (HANNA & GOUGH, 2015). V této kapitole tedy uvádíme přehled hlavních zátěžových aspektů, které neplodnost představuje;

Hluboký zásah do lidské identity

Oznámení diagnózy sterilita je spojeno s pocity viny, poklesem sebevědomí a hledání viníka (RATISLAVOVÁ & KAŠOVÁ, 2009). Přijetí diagnózy je o to těžší, že je s ní pár konfrontován v době, kdy se rozhodl (a většinou vše připravil) pro založení rodiny. Neplodnost je tak někdy označována za jakousi neuskutečněnou tranzici, kterou někteří odborníci nazývají „*non-event transition*“, kdy anticipovaný jev nenastává, přesto znamená velkou změnu pro každodenní život i sociální identitu (SLEPIČKOVÁ, 2009). V naší společnosti

je dospělá identita významně spjata s rodičovstvím, zejména pak identita ženy. Ženy také často spojují neplodnost s vlastním já (ve smyslu „já jsem“) a přijímají představu sebe sama jako neschopných, nenormálních, nedostatečných (Slepičková, 2006). Výzkumy však ukazují, že muži neplodnost prožívají jako ohrožení vlastní identity také. „*Muž by měl být schopen dát své ženě dítě, a když jsem to nedokázal, nejsem skutečný muž*“ (Webb & Daniluk, 1999, s. 15). Někteří muži proto mají pocit, že jejich identita jako muže byla podkopána, že být „neplodný“ rovná se být o něco méně mužem (Hanna & Gough, 2015). Je tedy zřejmé, že neplodnost vede ženy i muže ke znejistňující (a ohrožující) otázce: Jsem skutečný muž/ skutečná žena, když nemohu mít děti? (Ratislavová & Kašová, 2009).

Změna životního stylu

Bez ohledu na diagnózu se snaží páry v touze po otěhotnění omezit všechny aktivity, které by početí mohly bránit a podpořit všechno, co by mu mohlo naopak napomoc. Neustále vyhlížené početí brání cokoli zejména ženám dlouhodobě plánovat. Řada párů hledá pomoc (vedle CAR) u alternativní medicíny, provádějí speciální cviky, navštěvují reiky, jezdí do lázní apod. Ženy se vyhýbají potravinám a aktivitám, které by mohly ohrozit případné těhotenství a omezují své sportovní nebo cestovatelské aktivity (Slepičková, 2009). U mužů se zase setkáváme s omezováním saunování, cyklistiky, užíváním různých doplňků stravy (selen, zinek) apod.

Dopad na kariéru

Tento aspekt se týká především žen. V německém výzkumu z r. 2003 se ukázalo, že 41 % z 195 dotazovaných pacientek mělo problémy v zaměstnání v souvislosti s léčbou IVF (Wischmann, 2003 in Ratislavová & Kašová, 2009). Ženy totiž v průběhu léčby mívají častou absenci a někdy jim není příjemné vysvětlovat důvody svým kolegům nebo nadřízenému. Žena, která usiluje o početí dítěte, se také zdráhá zapojovat v práci do dlouhodobých projektů nebo měnit pracovní pozici, na které takto setrvává pak i několik let. Investování veškeré energie do otěhotnění může také snadno vést ke ztrátě pracovní motivace (Slepičková, 2009). Bezdětné ženy se také velmi často setkávají se zpochybněním svých profesních kompetencí, pracují-li například ve školství nebo ve zdravotnictví (Konečná, 2009), což souvisí s mýtem, že dětem může rozumět jen ten, kdo je má.

Muž jako „Ten silný“

Z analýzy předchozích výzkumů můžeme vidět, že se většina z nich orientuje především na prožívání neplodnosti u žen a častá neúčast mužů vede někdy výzkumníky

k přesvědčení, že neplodnost neprožívají tak hluboce (Lloyd, 1996 in Hanna & Gough, 2015). Zdá se však, že muži spíše odmítají mluvit o emoční zátěži obecně, obzvláště před výzkumníky a nechávají si své pocity pro sebe (Kowalcek, Wihstutz, Buhrow & Diedrich, 2001). Z některých výzkumů vidíme, že muž sám sebe chápe (i je obecně společností veden) tak, že má být silný a oporou pro svou partnerku. Muž proto často v léčbě neplodnosti přejímá roli „emoční skály“. Muži mají pocit, že by měli být v partnerství těmi „silnými“, nikoli těmi, kteří sdílejí společně bolest. V boji s neplodností tak pak někteří muži popisují pocity selhávání, pokud se jim takovou „silnou“ oporou pro partnerku být nedařilo (Malik & Coulson, 2008 in Hanna & Gough, 2015).

Vyloučení z řady sociálních situací

Hovory o dětech jsou běžnou a častou společenskou situací a neplodným nejen že bolestivě připomínají jejich stav, ale jsou z nich samozřejmě vyloučeni. Postupně neplodné páry přestávají mít s kým trávit dovolenou a večery, neboť jejich vrstevníci a přátelé jsou pohlceni starostmi o vlastní děti a žijí díky nim jiným životním stylem. Slepíčková (2006) uvádí, že to ani tak nejsou okolní páry, které by vylučovaly neplodné, ale že se postupně izolují neplodní sami, neboť je pro ně pohled na okolní rodiny často velmi bolestivý (Konečná, 2009).

Sociální stigma

Okolí příliš nerozlišuje mezi dobrovolnou a nedobrovolnou bezdětností, neplodní jsou tak někdy považováni za orientované na peníze, kariéru a vlastní pohodlí, je jim připomínáno, že mít děti je normální, nebo dáváno najevo, že bezdětný život je mnohem pohodlnější a jednodušší. O lidech, kteří nemají děti, se ve společnosti pak předpokládá, že jsou buď sobečtí a nezralí (v případě dobrovolně bezdětných), nebo zoufalí, nešťastní a posedlí touhou po dítěti (v případě nedobrovolné bezdětnosti). Obsah stigmatu je ale jiný u žen a u mužů; u žen se stigma týká většinou jejich psychické nevyrovnanosti, kdežto u mužů implikuje sexuální neschopnost (Slepíčková, 2006). Řada autorů se shoduje, že sociální stigma je patrně větší pro muže, neboť zatímco ženy bývají okolím litovány, z mužů si společnost spíše utahuje. Nejznámější výroky jsou patrně o „střílení slepých nábojů“ apod. (Hanna & Gough, 2015).

Dopad na partnerský vztah

Řešení neplodnosti představuje řadu rozhodnutí, na kterých se partneři musí společně domluvit (zda vůbec vstoupit do léčby a do jaké, kolik pokusů podstoupit, po kolika letech

se smířit s bezdětností a již se neléčit, zda adopce či nikoli, co oznamovat okolí a co již ne, kolik peněz do léčby investovat atd.). Tyto okolnosti kladou zvýšený nárok na partnerské vyjednávání a také mohou být potenciálním zdrojem konfliktů. Pokud je neplodnost diagnostikována jen jednomu z partnerů, může tento pociťovat vůči svému plodnému partnerovi pocity viny, selhání a také obavy z opuštění pro jiného – plodného partnera. Zajímavou skutečností je, že ženy často berou na sebe „vinu“ za neplodnost, přestože je příčina nalezena u muže (Hanna & Gough, 2015). I přes zvýšené nároky, které neplodnost na partnerství klade, se však výzkumy shodují v tom, že převážně vede nakonec k posílení vztahu (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005). Někteří však udávají neplodnost jako důvod rozpadu vztahu (Konečná, 2009).

Vedle nároků na vzájemnou domluvu má neplodnost také dopad na sexuální život v páru, dle Ratislavové & Kašové (2009) zde zákonitě ubývá spontaneity a uvolněnosti, neboť se styk redukuje k reprodukčním účelům a je jim různě uzpůsobován.

Nepříjemné vyptávání se a rady okolí

Významným stresorem pro neplodné je tlak ze strany vlastních rodičů, kteří obvykle touží po vnucích, obzvláště jsou-li již v důchodovém věku (Konečná, 2009). Dalším stresorem, který neplodní lidé často uvádějí, jsou tzv. „zaručené rady okolí“ pro jejich situaci. Tyto rady jsou velmi často inspirovány představou, že příčina neplodnosti je někde v psychice, nejčastěji ve stresu, v přílišném upnutí se na touhu po dítěti, nebo naopak v různých „blocích“. Nejčastěji pak zní: „*nesmíš na to myslet*“, „*to chce klid*“ nebo „*odjed'te na dlouhou dovolenou někam hodně daleko*“ (Konečná, 2009, s. 160–161). Nejjednodušším způsobem, jak se podobným zkušenostem vyhnout, je o své neplodnosti nemluvit, k čemuž se řada neplodných párů také uchyluje (Slepičková, 2006).

Nutnost hledání smyslu

Při dlouhodobé a neúspěšné snaze o dítě nastupuje všeobecná ztráta energie a motivace. Za všechny můžeme zde přepsat ukázkou: „*Všechno, co tě do té doby bavilo a mohlo by tě v takovém případě držet nad vodou, tak najednou ztratí veškeré kouzlo a nic tě nebaví. Třeba věci, o kterých sis vždycky myslela, že bude těžké se jich na nějakou dobu zříct (cestování, sport, kino, jít si číst někam do lesa), tak tě najednou nebaví, v hlavě jsi upnutá jenom na to mít dítě, práce tě přestane bavit (...)* Pak zjistíš, že nadále chodíš do práce, na volejbal, na aerobic, plánuješ dovolenou, ale veškerá radost z toho je pryč“ (Slepičková, 2009, s. 196).

Řada neplodných párů uvádí, že je neplodnost přivedla k otázkám po smyslu jejich života. Dítě pro ně představovalo záruku „biologického pokračování“, někoho, o koho se mohou starat, komu mohou věnovat smysluplně svůj čas a péči po zbytek svého života. V situaci, kdy dítě nepřichází, stojí před otázkou, jaký smysl má jejich život, pokud bude bez vlastního dítěte? „*Manžel občas doma řve: „Pro koho vlastně ten barák dělám? Zbudou po nás jen psi!“*“ (Konečná, 2009, s. 136).

Ke všem zmíněným zátěžovým aspektům neplodnosti je třeba dodat, že intenzita jejich prožívání se samozřejmě proměňuje s každým jednotlivým člověkem. Zajímavé by bylo také zkoumat, zda se od sebe liší prožívání párů, kterým se nikdy nepodařilo počít a těch, kteří dítě opakovaně potrácí.

Psychologové se dnes již odklonili od původních snah popisovat vyrovnávání se s neplodností například podle stadií Kübler-Rossové, či jiných lineárních modelů, které končí fází definitivního přijetí reality. Vyrovnávání se s neplodností totiž nemá určitý konečný bod (Sobotková, 2012).

2.3. Stres a neplodnost (výzkumy)

Cílem naší práce bylo zkoumat stres u žen i mužů podstupujících léčbu neplodnosti IVF. Pro tento cíl jsme zvolili kvantitativní metody a na základě zahraničních výzkumů jsme ke sběru dat použili dotazník *Fertility Problem Inventory* (FPI) (více viz kap. 9. 1.). Tento dotazník se snaží postihnout základní bolestivé okruhy života lidí, kteří se marně snaží o dítě. Sleduje pak intenzitu prožívané zátěže v souvislosti s těmito jednotlivými oblastmi, a pak i celkové prožívání stresu spojeného s neplodností obecně (suma sledovaných škál). Mezi tyto sledované oblasti autoři zařadili Stres v oblasti sociální (odcizení od lidí apod.), Stres v oblasti sexuální (ztrátu radosti ze sexuálních kontaktů), Stres v oblasti partnerství (vzájemné odcizení partnerů), Odmítání bezdětného života (negativní pohled na život bez dítěte) a Potřebu rodičovství (rodičovství jako hlavní smysl života).

V roce 2006 publikoval spolu s kolegy svůj výzkum americký psycholog Brennan Peterson, který zkoumal stres, coping a manželskou spokojenost párů podstupujících IVF ve Spojených Státech Amerických (Peterson, Newton, Rosen & Skaggs, 2006). Míru prožívaného stresu měřili pomocí FPI celkem u 520 žen a u 506 mužů. Ukázalo se, že největší stres prožívají muži i ženy v oblasti Potřeby rodičovství a v oblasti Odmítání bezdětného života. Nejnižší stres v porovnání s ostatními oblastmi pak muži i ženy prožívali

ve škále Stresu v oblasti partnerství a Stresu v oblasti sexuality. Ve výsledku se tedy ukázalo, že ženy i muži se neliší v oblastech prožívaného stresu co do jejich pořadí. V čem se ale od sebe muži a ženy lišili, byla míra prožívaného stresu. Ve všech pěti škálách totiž ženy prožívali stres signifikantně více než muži. Stejně tak celkový stres v souvislosti s infertilitou byl u žen signifikantně vyšší než u mužů.

Podobný výzkum vedli v roce 2009 autoři Bayley, Slade & Lashen ve Velké Británii. Zkoumali vztahy mezi attachmentem, copingem, životní spokojeností a stresem v souvislosti s infertilitou u 98 žen a 64 mužů podstupujících léčbu neplodnosti v centru asistované reprodukce. I v tomto výzkumu se mezi sebou muži a ženy nelišili v pořadí prožívaných obav v souvislosti s neplodností. Nejvíce stresu vykazovali v oblasti Odmítání bezdětného života a Potřeby rodičovství, nejméně pak ve Stresu ohledně vztahu a sexuality. I v tomto výzkumu měly ženy signifikantně vyšší hodnoty v prožívaném stresu, a to ve všech škálách kromě škály Stresu v oblasti partnerství.

Italský výzkum, publikovaný roku 2015 si za hlavní cíl kladl uvést dotazník FPI do Italského prostředí (Donarelli et al., 2015). V rámci tohoto výzkumu byly sebrány hodnoty FPI u 459 žen a stejného počtu mužů, kteří se léčili s neplodností na Klinice asistované reprodukce v Palermu. I zde měli nejvyšší hodnoty stresu muži i ženy v oblastech Potřeby rodičovství a Odmítání bezdětného života. Nejnižší míru stresu co do pořadí měli muži i ženy ve Stresu v oblasti sexuality, a pak Stresu v oblasti sociální (v tom se odlišují od dvou předešlých výzkumů). Ženy vykazovaly signifikantně vyšší hodnoty než muži v Celkovém stresu, a také v oblasti Potřeby rodičovství, Stresu v souvislosti se sexualitou a Stresu v sociální oblasti.

Jako poslední zde uvádíme výzkum z roku 2017, který byl proveden v Indii (Awtani, Kamayani, Shah & Banker, 2017). Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 120 párů. I zde byl nejvyšší stres prožíván v oblasti Potřeby rodičovství a Odmítání bezdětného života a nejnižší v porovnání s ostatními oblastmi byl Stres v oblasti sexuální a partnerské. Mezi muži a ženami nebyly rozdíly v pořadí jednotlivých oblastí. Nicméně v oblasti Stresu sociálního, sexuálního, Potřeby rodičovství a celkového stresu měly ženy hodnoty signifikantně vyšší.

3. COPINGOVÉ STRATEGIE

(se zvláštním zřetelem ke kognitivně-transakční teorii R. S. Lazaruse a jejím pokračovatelům)

„Coping“ je anglickým termínem, který se do češtiny překládá jako zvládání (něčeho) či vypořádávání se (s něčím) a používá se pro situace, kdy jde o zvládání nebo vypořádávání se se stresem. Většinou se však v odborné literatuře tento termín nepřekládá nebo se užívá alternativně s termínem zvládání. Stejně tak tomu je i v naší práci.

Způsoby zvládání stresu dlouhodobě zkoumali američtí badatelé Richard S. Lazarus a Susan Folkmanová, kteří jej definovali jako „*behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi vztahující se k úsilí osoby regulovat (ve významu omezovat, minimalizovat, překonávat nebo tolerovat) vnitřní nebo vnější tlaky, napětí vyplývající z transakcí osoby a prostředí*“ (1986, s. 572 in Baumgartner, 2001, s. 195).

Termín coping se obsahově liší od termínu adaptace. Adaptace znamená vyrovnání se se zátěží, která je ještě pro člověka poměrně zvládnutelná a relativně v normálních mezích (Křivohlavý, 1994). Dále se od copingu terminologicky odlišují obranné mechanismy. Zde je rozdíl především v chápání reality, kdy při obranných mechanismech si člověk skutečnost zkresluje a realita je iluzorní. Strategie zvládání (coping) pak nejsou zacíleny na to, aby odvedly problém z vědomí, ale snaží se ohrožující skutečnost zvládnout a skutečnost je zde vnímána realisticky (Křivohlavý 1989 in Baumgartner, 2001).

Ruiselová (2006) pak uvádí rozlišení ještě dalších pojmů:

Zvládací procesy: jde o transakce mezi individuem a prostředím v zátěžových situacích rozdílného časového trvání, které vznikají při vnímání ohrožení. Končí buď eliminováním stresorů nebo adaptací na ně.

Zvládací schopnosti: jde o všechny osobnostní předpoklady ve smyslu dispozic, které ovlivňují zvládání stresorů.

Zvládací strategie (vzorce, styly): Jde o transsituační relativně konzistentní vzorce zvládání na behaviorální, kognitivní nebo zážitkové úrovni, které jedinec používá při střetávání se s interními nebo externími stresory. Reprezentují určité zevšeobecněné způsoby chování v různých typech zátěžových situací.

Zvládací zdroje: představují důležité předpoklady pro účinné zvládací procesy. Můžeme rozlišit zdroje interní (zdraví, schopnosti řešit problém) a zdroje externí (sociální opora).

Protože ve výzkumné části používáme dotazník, který jeho autoři koncipovali v návaznosti na teorii zvládání stresu Richarda S. Lazaruse, budeme se v naší práci zabývat především touto teorií.

3.1. R. S. Lazarus

Richard S. Lazarus (1922–2002) byl americký psycholog, který vypracoval tzv. **kognitivně transakční** teorii zvládnání stresu, kterou dále rozvíjel spolu se svou kolegyní Susan Folkmanovou. Lazarus poukázal na skutečnost, že některé situace u někoho stres vyvolají a u někoho nikoli a vyvodil z toho závěr, že to není jen povaha situace, která vede člověka ke stresové reakci, ale také charakteristiky onoho člověka, který danou situaci jako stresovou buď vyhodnotí, nebo nevyhodnotí. Lazarus se proto začal zabývat těmito mechanismy na straně individua, které mohou stres produkovat nebo naopak redukovat a tvrdil, že stres „*musí být definován v termínech transakce mezi individuem a situací.*“ (Lazarus, 1966, s. 5, překlad autora). Každý člověk může jednu a tutéž situaci vyhodnotit zcela odlišně. Nejprve vyhodnocuje, zda situace, před kterou stojí, mu může způsobit újmu (*harm*), zda čelí výzvě (*challenge*) nebo zda situace může přinést nějaký zisk (*benefit*). Tento proces „vyhodnocování“ se nazývá **primárním zhodnocením** a odehrává se podle Lazaruse na kognitivní úrovni (odtud *kognitivně-transakční přístup*). Jsou pro něj určující především znalosti a přesvědčení (*beliefs*) individua. „*Vyhodnocení ohrožení tak není pouhou percepcí elementů situace, ale soudem, úsudkem, ve kterém jsou data přizpůsobena konstelaci myšlenek a očekávání*“ (Lazarus, 1966, s. 44, překlad autora). Při vyhodnocování situace se uplatňuje i minulé zkušenost člověka a vyhodnocení situace jako takové nemusí vždy probíhat na vědomé úrovni individua.

Vedle primárního zhodnocení je ještě **zhodnocení druhotné**, které zahrnuje uvažování o možném jednání člověka směrem k situaci a uvažování o tom, jaké důsledky by zvolené jednání mohlo přinést. Pokud vyhodnotil situaci jako ohrožující, konfrontuje ji se svými zvládacími zdroji – fyzickými (zdraví, energie, vitalita, síla, výdrž apod.), sociálními (individuální sociální síť vztahů a podpůrný systém), psychologickými (schopnosti, sebehodnocení, morální kvality) a materiálními (hmotné zabezpečení) (Baumgartner, 2001). Klíčovým pro druhotné zhodnocení je pak zvažování následků činnosti, kterou člověk může zvolit pro zvládnutí ohrožující situace (Lazarus, 1966).

Ačkoli jsou tyto dva procesy popsány jako po sobě následující, Lazarus zdůrazňoval, že se nevyskytují vždy pouze za sebou. Výsledek jednoho procesu může totiž znovu probudit proces předcházející. Například když člověk zjistí, že má okamžitě k dispozici adekvátní copingovou odpověď, může dojít k tomu, že situaci přehodnotí a bude ji vnímat již jako méně hroživou. Naopak, pokud je copingová odpověď méně efektivní, než jak člověk očekával, může přehodnotit stupeň ohrožení, nebo může přehodnotit, která

z copingových strategií je zde vhodná. Celý tento proces se tak může točit opakovaně dokola (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Výsledkem primárního a druhotného zhodnocení je potom výběr konkrétní strategie zvládnání. **Copingovými strategiemi** se tedy myslí různé způsoby chování, kterými je možné zvládnout nějakou stresovou situaci. Lazarus ve své starší práci (1966, s. 259 a dále) popsal čtyři obecné kategorie strategií zvládnání:

- útok (*attack*),
- různé druhy aktivit směřujících k posilování vlastní obranyschopnosti vůči poškození (*Action aimed at strengthening the individual's resources against harm*),
- vyhýbání se (*avoidance*),
- apatie (*inaction*).

Později, spolu s S. Folkmanovou, určil R. Lazarus dva základní obecné typy copingu, které se staly východiskem i pro další autory, a to :

- Coping zaměřený na problém (*problem-focused coping*) – jde o vyvinutí aktivity ke snaze konstruktivně řešit danou situaci, odstranit to, co působí obavy a strach.
- Coping zaměřený na emoce (*emotion-focused coping*) – jde o strategie, které se snaží vyrovnat s emocionálním stavem, který v situaci ohrožení vznikl.

Coping zaměřený na problém používají lidé především tam, kde mají pocit, že je možné problém řešit a učinit něco konstruktivního. Na emoce zaměřený coping používají zase lidé především tehdy, když mají pocit, že stresor se musí spíše přestát nebo vydržet (Folkman, Lazarus, 1980 in Carver et al., 1989). Nejčastěji se však tyto strategie vyskytují vedle sebe. Toto dvojí dělení copingových strategií převzali Lazarus s Folkmanovou i do svého dotazníku *Ways of coping*, který sestavili v roce 1980 a později jej různě upravovali.

S postupem času se ale ukázalo, že je toto dvojí rozlišení příliš zjednodušující (Carver et al., 1989) a řada badatelů ho proto začala doplňovat o další – například strategie zaměřené na únik, vigilační coping, anticipační coping či dysfunkční coping (viz Bamumgartner, 2001, s. 196-199 či Paulík, 2010, s. 80).

3.2. C. S. Carver

Autoři C. S. Carver, M. F. Scheier a J. K. Weintraub navázali na Lazarusovu teorii a podle jeho dotazníku *Ways of Coping* vytvořili svůj vlastní *COPE inventory* (1989) a jeho zkrácenou verzi *Brief COPE* (1997). Opírají se v něm kromě Lazaruse ještě o vlastní teorii

behaviorální seberegulace (představenou např. v Carver & Scheier, 1981) ve které předpokládají, že pokud lidé očekávají pozitivní výsledek svého snažení, tak toto očekávání vyvolá zvýšené úsilí o dosažení cíle. Naopak, pokud je toto očekávání negativní, potom dochází k oslabování snahy cíl dosáhnout, případně k jejímu přerušení (Baumgartner, 2001). Tito autoři pak popisují 15 různých strategií stresu, a kromě jejich zařazení pod Lazarusovy kategorie zvládání zaměřeného na problém a zvládání zaměřeného na emoce, přidávají ještě obecnou kategorii **strategií, které nazývají méně užitečnými** – „*Less useful coping*“ (Carver et al., 1989, s. 267) Vedle toho se snaží ještě rozčlenit jednotlivé strategie zvládání stresu na funkční (adaptivní) a dysfunkční (podrobněji viz kap. 3.2.3.).

C. S. Carver se svými kolegy předpokládá, že lidé nevstupují do zátěžové situace z nějakého nulového bodu, ale že do ní vstupují s určitými stabilními copingovými styly, že má každý člověk určitou preferovanou sadu postupů zvládání, která přetrvává nezávisle na čase a na měnících se podmínkách. Otázkou je však míra jejich konzistentnosti v toku různorodých stresových situací. Tím se tito autoři dotýkají **problematiky dispozičního versus situačního přístupu ke copingu**. Dispoziční přístup předpokládá, že existuje určitá intra-individuální stabilita v preferování strategií zvládání a zároveň, že jsou mezi lidmi inter-individuální rozdíly v používání copingových strategií. Situační přístup naopak zdůrazňuje vliv situace jako určující pro výběr nějaké copingové strategie. Představitelé situačního pojetí (např. A. A. Stone) tvrdí, že existují určité skupiny podobných stresových situací, kterým odpovídají určité typy postupů zvládání (Baumgartner, 2001). Svým příklonem k dispozičnímu pojetí se C. S. Carver od Lazaruse tak spíše odklání, neboť ten považoval coping za spíše kontextuální a proměnlivý v závislosti na situacích (Lazarus, 1993 in Doležal, 2009).

Jiní badatelé v oblasti zvládání stresu se zaměřovali ještě daleko více na spojení copingu s osobností a snažili se o popis obecnějších charakteristik osobnosti, které by mohly zvládání ovlivňovat. Do těchto koncepcí můžeme zařadit například chování typu A (Friedman a Rosenman), hardiness S. Kobasy, konstrukt locus of control J. B. Rottera i SOC od A. Antonovského (Ruiselová, 2006). Podle Z. Ruiselové (2006) se dnes výzkum problematiky copingu a osobnosti nejvíce sblíží v problematice Big Five a připouští se více vlivu minulých stresorů na různé složky osobnosti i na různé budoucí zvládací procesy.

3.3. Coping a neplodnost (výzkumy)

Výše jsme ukázali, že neplodnost je pro člověka a celý pár velmi náročnou situací. Míra prožívaného stresu se v průběhu let s touto nemocí různě proměňuje, je také jiná v době, kdy se hledají příčiny neplodnosti, jiná v době počátečních pokusů o léčbu a jiná v době, kdy se člověk začíná s neplodností smířovat, aniž by věděl, zda stav neplodnosti je nebo není definitivní. Aby člověk tyto těžkosti zvládal, musí v každém časovém období a rozdílných životních situacích hledat nějaké vhodné strategie.

Problematika zvládnání neplodnosti je proto nesmírně široká a nalezneme k ní řadu kvalitativních i kvantitativních studií. Rozhodli jsme se proto, že zde uvedeme pouze ty výzkumy, které nějakým způsobem souvisí s cílem naší práce. Konkrétně s cílem druhým, ve kterém chceme zjistit strukturu copingových strategií u žen a mužů podstupujících léčbu neplodnosti pomocí asistované reprodukce. Nesledujeme tedy coping u párů, které se pro léčbu formou IVF nerozhodli nebo u párů, které jsou po neúspěších v léčbě IVF (Boden, 2007) nebo u párů, kteří jsou v nějaké fázi postupného odstupování od léčby a přijímání neplodnosti jako trvalého stavu (Kraaij, Garnefski & Vlietstra, 2008).

Je také dobré si uvědomit, že míra prožívané zátěže v souvislosti s neplodností a její zvládnání je odlišná nejenom individuálně (každý jedinec ji prožívá a snaží se zvládat trochu jinak), je ale také podmíněna kulturně. S jinými reakcemi okolí se musí vyrovnávat bezdětná žena například v Iránu (Rashidi, Hosseini, Pooya, Ghazizadeh, & Farahani, 2011) či Indii (Awtani et al., 2017), a jiné reakce okolí lze očekávat pro bezdětné ženy například v severní Evropě či v USA, kde se asi častěji stává, že se pro bezdětnost rozhodují ženy i dobrovolně.

Podrobněji zde tedy uvádíme výsledky pouze těch výzkumů, o kterých se domníváme, že by mohly být nějak relevantní k našim cílům práce.

Kvantitativní výzkumy o zvládnání neplodnosti, které jsme našli, pracují převážně s dotazníkem *Ways of coping* od R. S. Lazaruse a S. Folkmannové (1980). Tento dotazník zachycuje osm různých copingových strategií, které nazývá: Konfrontační coping (*confrontative coping*, přímé postavení se stresoru), Sebekontrola (*Self-controlling*, ponechání si pocitů ohledně neplodnosti pro sebe a snaha udržet tyto pocity, aby nepřekážely denním aktivitám), Hledání sociální opory (mluvení s lidmi nebo profesionály o neplodnosti), Akceptování odpovědnosti (víra, že je jedinec zodpovědný za neplodnost), Únik/vyhýbání se (vyhýbání se lidem a připomínkám neplodnosti), Plánování řešení problému (*planful problem-solving*, převzetí aktivity pro hledání řešení neplodnosti),

Pozitivní přehodnocení (přehodnocení neplodnosti a nalézání nečekaných výhod či osobního růstu) a Distančování se (Folkman, Lazarus, 1988 in Peterson et al., 2006 b).

Podle meta-analýzy výzkumů o copingu neplodnosti (Jordan & Revenson, 1999) se ženy angažují daleko častěji v hledání sociální opory, úniku/vyhýbání a v pozitivním přehodnocování než muži. V ostatních škálách výše uvedeného dotazníku se ale muži s ženami shodují a proto jsou, dle těchto výzkumníků, rozdíly mezi pohlavími ve způsobech zvládání neplodnosti menší než jejich vzájemné podobnosti.

Z amerického výzkumu (Peterson et al., 2006 b), který zkoumal copingové strategie přes 500 žen a mužů jdoucích na své první IVF, vychází najevo, že ženy využívají všechny uvedené copingové strategie signifikantně častěji než muži, kromě strategie Distančování se, kterou naopak častěji využívají při zvládání neplodnosti muži. Podle výsledků tohoto výzkumu ženy preferují oproti mužům ke zvládání neplodnosti strategie Konfrontačního copingu, Akceptování odpovědnosti, Hledání sociální opory a Únik/vyhýbání se, muži preferují naopak strategie Distančování se, Sebekontrolu a Plánování řešení problému. Podle Petersona (2006 b) toto potvrzují i klinické zkušenosti s nedobrovolně bezdětnými muži, kdy často vidíme, jak se muži od neplodnosti distancují, drží si pro sebe své pocity díky sebekontrolujícím strategiím a zdůrazňují plány na řešení neplodnosti. Podle zmíněného výzkumu se ženy a muži shodují v tom, že nejčastěji využívají copingovou strategii nazvanou Hledání sociální opory a nejméně často využívají strategii Přijímání odpovědnosti.

Autor tohoto výzkumu také seřadil jednotlivé strategie zvládání stresu jak u mužů, tak u žen podle častosti jejich užívání ve srovnání s ostatními strategiemi. U žen se mu ukázalo, že nejčastěji užívají Hledání sociální opory, Plánování, Pozitivní přehodnocení, Sebekontrolu, a mezi posledními využívanými byly strategie Vyhýbání/únik, Distančování se, Konfrontační coping a Akceptování odpovědnosti. U mužů zase byla nejčastěji využívána strategie Vyhledávání sociální opory, Distančování se a Zaměření na plánování a řešení problému, Sebekontrola. Mezi nejméně užívané copingové strategie mužů patřily Pozitivní přehodnocení, Vyhýbání/únik, Konfrontační coping a Akceptování odpovědnosti.

Britský výzkum vedený T. M. Bayleyem (Bayley et al., 2009) použil na měření copingu u neplodných párů revidovanou verzi dotazníku *Ways of coping* (Felton et al., 1984), která sleduje jen tři faktory – SBA (sebeobviňování a vyhýbání se), IES (vyhledávání informační a emocionální opory), CR (kognitivní restrukturační). Tento dotazník byl dán k vyplnění párům, které se chystaly podstoupit léčbu IVF při první návštěvě kliniky AR. Vyplnilo jej nakonec 64 mužů a 98 žen. Z výzkumu vyplynulo, že ženy nejčastěji používaly

coping zaměřený na Vyhledávání emoční a informační opory, zatímco muži nejčastěji využívali coping zaměřený na Kognitivní přehodnocení.

Německý výzkum (Kowalcek et al., 2001) srovnával coping u mužů a žen podstupujících léčbu neplodnosti celkem u 104 párů. Užívání copingových strategií porovnával s kontrolní skupinou chronicky nemocných pacientů. K měření užíli dotazník s názvem *Freiburg Questionnaire of Coping with Illness*. Výsledky ukázaly, že ženy z neplodných párů se lišily v nižším užívání copingu zaměřeného na hledání smyslu a náboženském copingu. Toto autoři to vysvětlují tím, že neplodné ženy, které vstupují do léčby IVF, se nechtějí poddávat osudu a hledat porozumění pro těžkou situaci, ale chtějí s ní bojovat. Muži používali výrazně méně často všechny copingové strategie než referenční vzorek. Při srovnávání neplodných žen a mužů se sebou navzájem se ukázalo, že ženy užívají signifikantně častěji všechny copingové strategie oproti mužům, a to bez ohledu na příčinu neplodnosti v páru.

V českém prostředí jsme zkoumali copingové strategie u žen podstupujících léčbu neplodnosti ve vztahu k životní spokojenosti v roce 2016 (Ďurašková, Sobotková, Hampl & Viktorová, 2016). Coping byl zkoumán pomocí dotazníku *Cope Inventory* a vyplnilo jej postupně 83 žen, které šly na své první IVF. Výsledky ukázaly, že ženy se nejčastěji se svou situací vyrovnávaly pomocí copingové strategie Plánování, Pozitivní reinterpretace a růst, Aktivního copingu a Vyhledávání emocionální opory. Nejméně často naopak užívaly strategie Náboženského copingu, Neangažovanosti chování a zneužívání návykových látek.

Badatelé nejsou obvykle zaujati jen popisem copingových strategií pro zvládnání neplodnosti, ale snaží se najít ty strategie, které vedou k většímu stresu z neplodnosti nebo ty, které pomáhají neplodnost zvládat – tedy jsou spojeny s nižší hladinou stresu či vyšší životní spokojeností. Tyto strategie pak označují jako adaptivní nebo neadaptivní pro zvládnání neplodnosti. Výzkumům zaměřeným na hledání souvislostí copingu se stresem se budeme věnovat v kapitole č.7.

Stručně bychom zde ještě pojednali o výzkumech zaměřených na možný vliv copingu na výsledek léčby IVF. S dotazníkem, se kterým v našem výzkumu pracujeme (*Cope Inventory*), pracovali také Izraelští autoři (Rapoport-Hubschman, Gidron, Reicher-Atir, Sapir & Fisch, 2009), kteří chtěli zjistit, zda může coping ovlivnit úspěšnost léčby IVF/ICSI. Ve své studii se opřeli o předcházející výzkumy autorů Terry a Hynese (1998) a formulovali předpoklad, že strategiemi zvládnání stresu, které lze u neplodnosti označit za adaptivní, jsou strategie zaměřené na emoce. Autor použitého dotazníku – C. S. Carver (1989), se pokusil vymezit určité obecné adaptivní strategie zvládnání stresu (pomocí korelací

s jinými dotazníky) a zařadil mezi ně vybrané strategie zaměřené na řešení problému (*problem-focused coping*) i vybrané strategie zaměřené na emoce (*emotion-focused coping*) (srov. kap. 9). Ve zmíněném Izraelském výzkumu se ukázala jako signifikantně související s výsledkem léčby IVF copingová strategie Neangažovanost chování. Autoři tuto strategii označili jako „*letting go*“ (což snad můžeme přeložit jako „nechat být“, původní Carverovo označení je *behaviour disengagement*). Výběr testovaných strategií v tomto výzkumu se nám ovšem zdá problematický, protože Carver zrovna tuto copingovou strategii zařadil mezi strategie méně užitečné či dysfunkční, nikoli mezi strategie zaměřené na emoce. Carver (1989, s. 269) totiž tuto strategii zvládnání charakterizuje jako „*redukci snah o řešení stresoru*“, jako „*vzdání se snahy o dosažení cíle*“ a v dotazníku je vyjádřena položkami *Připouštím si, že se s tím nevyrovnám a vzdávám se všech snah, Prostě se přestávám snažit o dosažení cíle, Vzdávám se snahy získat to, co chci., Snižuji své úsilí o vyřešení problému*).

V předchozích letech jsme publikovali studii, která se zabývala možným vlivem copingu na výsledek léčby IVF (Ďurašková, Hampl, Štěpán & Kupka, 2014). Naší studie se zúčastnilo 82 žen mladších 35 let, které šly na svůj první pokus IVF. Ze sledovaných copingových strategií (měřených dotazníkem *Cope Inventory*) se jako související s výsledkem léčby ukázala strategie Vyhledávání emocionální sociální opory. Tento výsledek jsme interpretovali tak, že ženy, které ke zvládnání tíhy neplodnosti a její léčby využívají emoční podporu ve svém okolí, mají vyšší šanci na úspěch při svém prvním cyklu IVF/ICSI.

4. POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ

Zkušenost, že skrze utrpení se člověk stává silnějším, nacházíme popsanou již ve starověkých příbězích o hrdinech a hrdinkách, v mýtech i pohádkách. Je v nich zobrazena skutečnost, že často až teprve skrze boj a prožité strasti člověk něco nalézá – skutečnou lásku, důležité poznání a stává se moudřejším. Jde o vyjádření myšlenky, že skrze boj a utrpení může člověk nějak růst a nalezneme ji proto v umění i filosofii.

Určitým způsobem je problém lidského utrpení centrálním tématem světových náboženství. Zjednodušeně lze říci, že původ buddhismu leží v touze prince Siddhárty Gautamy vysvobodit člověka od utrpení a nevyhnutelnosti koloběhu lidského umírání. Křesťanství ve většině svých odvětví chápe utrpení Ježíše jako hlavní a důležitou událost, která vedla k záchraně lidských bytostí. Některé islámské tradice vidí utrpení jako prostředek pro lepší přípravu jedince na cestu směřující k nebi.

Lze tedy říci, že literatura na celém světě v různých formách usilovala o to se nějak utkat s myšlenkou, že utrpení, ztráta i tragédie mohou v sobě nést pro člověka i nějaký smysl. Není tedy nijak nová představa, že bojuje-li člověk s životním traumatem, může ho to vést k významnému růstu. Co je ale relativně nové, je systematický zájem humanitních vědců o tento fenomén, který se postupně začal označovat jako posttraumatický rozvoj – zkratkou PTG (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Počátky výzkumu v oblasti PTG

První náznaky zkoumání fenoménu posttraumatického rozvoje nalezneme v pracích A. Maslowa, V. E. Frankla a I. Yaloma.

Období druhé světové války přineslo mnoha lidem zkušenost utrpení a traumatu a znamenalo tím život celým generacím. Po skončení války se k těmto prožitým traumatům a jejich důsledkům na lidskou duši a společnost začala obracet pozornost vědců různých humanitních odvětví (psychologů, sociologů, psychiatrů atd.). Počátek systematictějšího vědeckého výzkumu, který se zaměřil cíleně i na pozitivní důsledky prožitých těžkých událostí, nalezneme u V. E. Frankla (1905–1997). Východiskem pro něho byly jeho osobní zkušenosti z koncentračních táborů, kterými prošel. Frankl došel k závěru, že *„člověk je v mezních situacích vyzýván, aby podal svědectví o tom, čeho je schopen.“* (Frankl, 2006, s. 167 in Mareš, 2012, s. 14). Ve svých knihách se proto snažil ukázat, že i

v utrpení je ukryt nějaký smysl a začal postupně rozvíjet terapeutický směr, který měl za cíl učít lidi hledat a nalézat smysl života – logoterapii.

Vedle V. E. Frankla pracoval se zkušeností lidí, kteří prošli koncentračními tábory, také A. Antonovsky (1923–1994). Všiml si, že ačkoli všichni bývalí vězni na tom byli fyzicky velmi špatně, část z nich si přes všechno uchovala dobrou psychickou kondici. Položil si proto otázku, jaká osobnostní charakteristika jim v tomto mohla pomoci a zda by se nedalo ji pak rozvíjet i u jiných lidí. Osobnostní charakteristiku, kterou u těchto bývalých vězňů našel, nazval *Sense of coherence* – SOC. Tvoří ji tyto tři složky:

1. srozumitelnost – tj. předvídatelnost a chápání situací i sebe sama v těchto situacích,
2. zvládnutelnost – představa člověka, že má dostatečné schopnosti reagovat na stresové události,
3. smysluplnost – míra, do jaké stojí jedinci investovat svou energii a čas do plnění různých požadavků, které život přináší.

Lidé, kteří mají vysokou míru tohoto *Sense of coherence*, chápou svět jako uspořádaný, předvídatelný a zvládnutelný. Antonovsky pak pokračoval ve svém výzkumu dál a popsal ještě tzv. salutogenetický pohled na zdraví člověka. Tento pohled hledal odpovědi na otázku, jak je možné, že člověk zůstane zdravý i přes velké stresy, kterými projde. Stál tak nově vedle bádání, které se zaměřovalo na hledání psychologických příčin nemocí, a hledal zdroje, které zdraví člověka spíše udržují (Mareš, 2012).

Některé výzkumné práce, které ukazovaly na možnost, že setkání s nepříznivou situací může přinést i pozitivní výsledky, nalézáme tedy již v druhé polovině 20. stol. Nicméně skutečně systematická práce zaměřená na pozitivní změny v souvislosti s prožitým traumatem se objevuje až v posledních 30 letech (Calhoun & Tedeschi, 2006).

4.1. Základní pojmy

Jak jsme ukázali v předešlé kapitole, bádání o pozitivních důsledcích negativních životních událostí se začalo rozvíjet od devadesátých let 20. stol. Pro pojmenování této změny k lepšímu se ale užívaly různé termíny. V literatuře nalézáme nejčastěji tyto (převzato z Mareš, 2012, s.20):

- pozitivní psychologické změny – *positive psychological changes* (Yalom & Lieberman, 1991),
- vnímaný přínos – *perceived benefit* (McMillen & Fisher, 1998),
- konstruovaný přínos – *construed benefit* (Tennen, Affleck & Urrows et al., 1992),

- nacházení přínosu a rozvoje – *benefit finding and growth* (Lechnerová & Weaverová, 2009),
- rozkvétání jedince – *flourishing* (Ryff & Singer, 1998),
- prospívání jedince, zdravý vývoj – *thriving* (O’Learyová & Ickovicsová, 1995),
- pozitivní iluze – *positive illusion* (Taylor & Brown, 1988),
- rozvoj iniciovaný negativními událostmi – *adversial growth* (Linley & Joseph, 2004),
- rozvoj navozený stresem – *stress-related growth* (Parková, Cohen & Murch, 1996),
- posttraumatický rozvoj – *posttraumatic growth* (Tedeschi & Calhoun, 1995, 1996, Calhoun & Tedeschi, 2006).

Termín, který se nakonec v literatuře aktuálně nejčastěji používá, je termín *posttraumatic growth* (PTG). Do češtiny jej můžeme překládat jako posttraumatický rozvoj nebo posttraumatický růst (Mareš, 2012).

Trauma

V Mezinárodní klasifikaci nemocí nacházíme tuto definici traumatu: „*stresová událost nebo situace, krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoli*“ (Smolík, 1996, s. 271). Za traumatické stresory jsou tedy považovány ty podněty, které přesahují běžnou lidskou zkušenost a vyvolaly by poznatelnou tíseň téměř v každém. Baštecká a Goldmann (2001) sem řadí například: znásilnění, zážitek mučení, držení jako rukojmí, přežití havárie nebo přírodní katastrofy.

Samotné slovo trauma pochází z řečtiny a původně nese význam „úraz“. Trauma je někdy definováno jako něco, co zasahuje člověka zvenčí a působí jeho „poškození“. Většinou nijak v životě neočekáváme, že se s traumatem setkáme, pokud se to ale stane, vyvolává trauma pocity tísně a pocit, že je silnější než schopnost člověka ho zpracovat. Trauma je většinou nepředvídatelné, vyznačuje se jakousi neovladatelností. Člověk, který trauma prožil, mívá dojem, že „*už nikdy nic nebude jako předtím*“ (Goldmann & Baštecká, 2001).

Podněty, které trauma působí, mohou zasáhnout jedince, skupinu nebo větší celky. Některé učebnice (Štětina a spol., 2000 in Baštecká & Goldmann, 2001) nabízejí pro skupiny toto třídění:

- Hromadné neštěstí omezené: mimořádná událost postihující nejvíce deset zraněných nebo zasažených, z nichž minimálně jeden je v kritickém stavu.
- Hromadné neštěstí rozsáhlé: mimořádná událost, která má za následek náhlý vznik většího počtu než deseti zraněných nebo zasažených. Počet zasažených však nepřekračuje číslo 50.
- Katastrofa: (slovo v řečtině znamená „převrat“) jde o náhle vzniklou mimořádnou událost (např. zemětřesení, požáry, povodně, laviny, větrné smrště, nadměrné teploty etc.), která má za následek více než 50 postižených bez rozdílu počtu mrtvých, těžce zraněných či lehce zraněných.

Krize

Krize se vymezuje jako reakce na situaci, která přesahuje běžný repertoár copingových strategií jedince (Baštecká & Goldmann, 2001). Krizi můžeme chápat jako situaci, kterou člověk vyhodnocuje jako ohrožující a podle toho na ni reaguje. Krize v sobě nese vždy velký náboj a potenciál změny – životního zranění (Vodáčková, 2002). Oproti traumatu je krize určitou nutnou částí kontinua lidského života a dá se říci, že jde o nevyhnutelný jev lidské civilizace.

Pro krizi platí, že má subjektivní charakter, tedy že znamená pro každého něco jiného a co je krize, je definováno především jedincem a jeho prožíváním. Krize není jenom negativní záležitostí, ale je důležitým činitelem změny a zranění pro každého jedince (Vodáčková, 2002).

Podobně jako traumatické události lze i krize třídit do určitých skupin. Můžeme mluvit o krizích situačních, tranzitorních, o krizích pramenících z náhlého traumatického stresoru. Dále mluvíme někdy o krizích vývojových nebo o krizích v kontextu psychopatologie.

Pojmy „trauma“ a „krize“ v kontextu posttraumatického rozvoje

Předešlé rozdělení krizí, katastrof a traumat pochází z obecných učebnic a má jistě svůj význam. V kontextu zkoumání pozitivních změn po prožití negativní události se ale tyto termíny chápou flexibilněji, záměnně. Calhoun a Tedeschi (2006, s. 2, překlad autora) uvádějí, že „*ačkoli klinické a učenci preferují přesně tyto termíny od sebe odlišovat*“, oni tak dělat nechtějí. Chtějí se zaměřovat na všechny události, které mají „seismický“ charakter a dopad na jedincovo vidění světa a emocionální fungování. Podobně jako zemětřesení může

vytvořit dramatické otřesy nebo chvění fyzikálního charakteru, tak události, na které se zaměřují (ať už nazývané trauma, krize nebo jinak), způsobují takovéto dramatické otřesy v člověku. Otřásají jeho viděním světa a způsobují mu značný emoční distress.

Některé události (jako např. holokaust) jsou takového charakteru, že otřesou porozuměním světa u všech lidí, kteří je prožijí, ale některé události otřesou jen některými lidmi. Proto kritériem toho, co je nebo není traumatická událost či krize, je podle těchto autorů vždy prožívání člověka, který událostí prochází. Chtějí se tedy zaměřit na všechny životní krize, traumatické události, stresory a tragédie, které mohou mít na člověka dostatečně silný dopad. Události, které člověka vedou k významnému hledání smyslu, a které jsou doprovázeny klinicky významným stupněm emočního distresu. Kritériem je, že jedincova schopnost vyrovnat se s událostí musí být vážně ohrožena a člověk se musí cítit zaplavený emocemi.

Je tedy zřejmé, že takto určitým způsobem široká definice traumatu, umožňuje se zaměřit na širší okruh událostí než jen ty, které jsou typicky pokládány za předchůdce posttraumatické poruchy (Calhoun & Tedeschi, 2006).

4.2. Obvyklé negativní následky traumatické události

U někoho se nerozvinou negativní příznaky takové závažnosti, abychom je mohli psychiatricky diagnostikovat, přesto je zcela obvyklé, že po traumatické události se vynoří řada negativních symptomů a důsledků.

Emoční distress

Nepříjemné emoce se objevují po prožité události velmi často. Například pro člověka, který byl vystaven životu ohrožujícím okolnostem, je nejobvyklejší následnou emoční odpovědí zvýšená úzkost a strach. Převažující emoce budou variovat podle okolností, vedle úzkosti je obvyklou odpovědí deprese, především u událostí, kde došlo k nějaké ztrátě. Smutek je nejrozšířenější emoční reakcí na smrt blízkého člověka.

Další obvyklou emoční odpovědí na velké životní krize je vina. Často ji nacházíme například u přeživších, zvláště pokud třeba při nějaké katastrofě jiní lidé zahynuli a oni ne. Tyto pocity jsou obvykle doprovázeny opakujícími se myšlenkami na to, co člověk měl nebo mohl udělat, a co měl nechat neuděláno před tím, než došlo k tragické události.

Hněv a podrážděnost jsou dalšími obvyklými odpověďmi na životní krizi. Může se zdát, že nejde o tak závažné emoce jako jsou deprese nebo úzkost, ale jde o velmi nepříjemné emoce. Možná, že častěji na krizi reagují hněvem spíše muži (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Nepříjemné myšlenky

Obvyklou reakcí na těžkou událost jsou opakující se, intrusivní myšlenky. Většinou se myšlenky vrací k události velmi často krátce po jejím skončení, ale obvykle trvají o dost déle. Jde o opakující se myšlenky, které se vlamují do vědomí člověka i ve chvílích, kdy například na danou věc myslet nechce – například u člověka, kterého čeká léčba rakoviny prostaty, jde o opakující se nezastavitelné myšlenky; „*Budu muset nosit pleny?*“, „*Zvládnou to?*“, „*Je možné, že už vlastně umírám?*“ (Calhoun & Tedeschi, 2006, s. 8.).

Problematické chování

Následky traumatu mohou člověka vést k tomu, že začne zneužívat návykové látky. Obvykle, pokud nastoupí deprese nebo šlo o trauma spojené se sexuální oblastí, mohou započít také nepříjemné potíže v sexuální oblasti.

Nepříjemné fyzické reakce

Je celkem obvyklé, že lidé, kteří procházejí těžkým a stresujícím obdobím, si stěžují na řadu nepříjemných fyzických bolestí, případně vůbec na fyzický diskomfort – například únavu, svalovou tenzi a bolesti, potíže s dechem (obvykle neschopnost se plně nadechnout), nadměrnou fyzickou nervozitu – úlekové reakce apod. Časté jsou potíže žaludeční a potíže s váhou (nárůst či úbytek).

Většina lidí tedy zažívá negativní následky traumatické události a tíha těchto nepříjemných symptomů se může individuálně lišit. V případě velmi hlubokých příznaků můžeme uvažovat o psychiatrické poruše nazývané posttraumatická stresová porucha.

Posttraumatická stresová porucha

Obraz posttraumatické stresové poruchy má své specifické znaky. Těmi jsou opakované dotírající vzpomínky na traumatickou událost, vyhýbání se činnostem a situacím, které trauma připomínají, pocity emočního otupění, stavy zvýšené vegetativní hyperaktivace, opakující se traumatické sny. Příznaky mohou nastoupit i ve vzdálenější době od traumatu,

většinou se objevují do šesti měsíců od události. Diagnostická kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu nalézáme v MKN 10 (Smolík, 1996) takto:

- A. Pacient musel být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoli.
- B. Musí se vyskytovat neodbytné vybavování nebo znovuprožívání stresoru v podobě rušivých flashbacků, živých vzpomínek nebo opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresorem.
- C. Pacient se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojené se stresorem, přičemž tohoto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.
- D. Musí být přítomno kterékoli z následujících kritérií:
 - 1. Neschopnost vybavovat, částečně nebo úplně, některé důležité momenty z období expozice stresoru.
 - 2. Jsou přítomny kterékoli dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:
 - a) obtíže s usínáním nebo udržením spánku,
 - b) podrážděnost nebo návaly hněvu,
 - c) obtíže s koncentrací,
 - d) hypervigilita,
 - e) nadměrná úleková reaktivita.
- E. Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než 6 měsíců, ale důvody by měly být zřetelně specifikovány.

4.3. Modely posttraumatického rozvoje

Souhrnný přehled současných významnějších modelů posttraumatického rozvoje nacházíme v knize Jiřího Mareše s názvem Posttraumatický rozvoj (2012). Ukazuje zde model Američanky R. Janoff-Bulmanové (2006), která tvrdí, že traumatický rozvoj vede ke třem velkým změnám: 1. jedinec získává vnitřní sílu, vnitřní odolnost skrze utrpení, naučí se být statečný, více si důvěřovat, 2. nastupuje existenciální přehodnocení života, 3. u

člověka se začne objevovat jistá psychologická připravenost na nepříznivé události. To, že si musel přebudovat dosavadní svět, vyústí v mnoha případech v jeho větší odolnost.

Dalším modelem posttraumatického rozvoje je tzv. dvousložkový model A. Maerckera a T. Zöllnerové (2006, in Mareš 2012). Podle nich má posttraumatický rozvoj dvě tváře – jednu konstruktivní, sebezpřesahující a druhou sebeobelhávající, která je podle nich dysfunkční a zkresluje pozitivně skutečnost.

Další teorie pochází od Američanů S. E. Hobfolla, B. J. Halla, D. Canetti-Nisima et al. (2007, in Mareš, 2012). Ti navazují na předchozí rozdělení dvou tváří a říkají, že hledání smyslu a nastolení rozvoje musí být doprovázeno činy, jinak jde o pouhou iluzi. Prospěšný posttraumatický rozvoj pro jedince je podle nich až tehdy, když přejde od pozitivního kognitivního zhodnocení události k nějaké aktivní činnosti. Upozorňují na zjištění, že se ke konkrétní akci daleko častěji odhodlají lidé, kteří prošli krizí zdravotní, méně často však lidé, kteří prožili trauma typu přepadení či znásilnění.

Zajímavým modelem posttraumatického rozvoje je teorie S. Josepha a P. A. Linleye (2008, in Mareš, 2012). Předpokládají, že člověk v životě prochází jistým cyklem: hodnotí těžké události, které zažívá, prožívá určité emoční stavy, snaží se události zvládnout, znovu hodnotí, jak se mu zvládnání podařilo. Tento model předpokládá, že zpracování těžkých událostí může vyústit ve tři možné důsledky:

- Člověk zahrne novou zkušenost do svého modelu světa a vrací se na úroveň před traumatem. Stává se celkově odolnějším vůči podobnému traumatu v budoucnosti.
- Člověk přebuduje svůj model světa v negativním směru. To vyústí většinou v psychopatologii (negativní změny osobnosti, deprese, naučená bezmocnost atd.)
- Člověk přebuduje svůj model světa v pozitivním směru. To vyústí v rozvoj osobnosti iniciovaný negativními událostmi.

Model TEDESCHI a CALHOUNA

Asi nejznámějším modelem posttraumatického rozvoje je model autorů R. G. Tedeschi a L. G. Calhouna (1999). Tito autoři použili kvalitativní data, aby rozlišili široké kategorie posttraumatického růstu a rozdělili je do třech obecných oblastí. Následně na to faktorovou analýzou rozlišili pět faktorů posttraumatického růstu. Jde podle nich o jakési jádro, které se ale může posouvat specifitěji podle různých stresorů, které sledujeme.

Tři základní oblasti posttraumatického rozvoje jsou tyto:

1. *změna vnímání sebe: síla a nové možnosti*

Podle autorů charakterizuje tuto doménu obvyklá věta lidí s PTG: Jsem více zranitelný, než jsem myslel, ale daleko silnější, než jsem si kdy představoval.

Další větou, kterou u lidí po traumatu můžeme obvykle zaslechnout, je, že nikdy nečekali, že se něco takového může stát i někomu, jako jsou oni. Tato změna ve vnímání sebe sama může být dobrá i špatná. Špatná proto, že svět se začne jevit nebezpečný a produkuje pocity strachu a úzkosti. Na druhou stranu jde ale o korekci nerealistického vnímání typu „*mně se to stát nemůže*“ (Calhoun & Tedeschi, 1999, s. 13).

Traumatické události mohou v některých případech být velmi přínosné v tom, že člověk o sobě zjistí nové věci, například že je schopnější, než čekal. To dosvědčuje například svědectví mnoha osob, které náhle ovdověly. Musely náhle čelit řadě výzev a zkušenost, že tyto výzvy zvládly, u nich zvýšila vědomí o vlastních schopnostech zvládat život, získaly pocit soběstačnosti.

Můžeme to snad shrnout, že se jedná o poznání, že se mi mohou stát špatné věci, ale jsem daleko schopnější se s nimi vypořádat, než jsem byl dříve.

2. změna ve vztahu k druhým lidem

Krise může vztahy posílit nebo zničit. Řada lidí hovoří o tom, že krize jejich vztahy posílila. Pozitivní změna ve vztazích je pak nejčastěji popisována jako schopnost větší intimity a blízkosti. Schopnost většího sebeodhalení, rozpoznání skutečných přátel. Jde také o jakýsi pocit kolektivního utrpení – vnímání, že utrpení ostatních lidí se mne nějak dotýká. Narůstá empatie a soucit pro ostatní lidi v krizi. Lidé, kteří prožili nějaké trauma či krizi, jsou také daleko častěji ochotní pomoci ostatním v tísní, jsou daleko citlivější pro utrpení druhých.

3. změna životní filosofie

Když člověk prožije extrémní stres, je většinou tváří tvář konfrontován realitě smrti. Tato konfrontace může vést k hlubšímu ocenění každodenních maličností. Velmi často lidé, kteří prošli krizí, mluví o zvýšené úctě a hlubším ohodnocení života. V řadě případů dochází ke změně priorit, promíchání životních hodnot, a to vede i ke změně chování – například si udělají větší čas na rodinu apod.

Co se týče víry v Boha, výpovědi se často rozcházejí. Jedni mluví o absolutní ztrátě, jiní zase naopak o hlubším příklonu k Bohu.

Zmínění autoři nakonec rozšířili uvedené aspekty posttraumatického rozvoje na pět domén (převzato dále z Slezáčková, 2009a):

1. pocit vnitřní síly (uvědomění si své zranitelnosti versus pocit vnitřního posílení),
2. uvědomění si nových možností (rozvoj nových zájmů, aktivit),
3. změna v interpersonálních vztazích (větší vstřícnost, blízkost, intimita),
4. úcta k životu (větší považování si života, změny v hodnotovém systému),
5. změna ve spiritualitě (příklon k víře, transcendence).

4.4. Způsoby získávání dat o PTG

Zkoumání posttraumatického rozvoje je v řadě ohledů problematické. Stejně jako jiné fenomény, lze jej zkoumat jak kvalitativními, tak kvantitativními metodami. Jedním z hlavních metodologických problémů ale je, v jaký čas vlastně posttraumatický rozvoj u člověka zkoumat. Někdy se totiž začne rozvíjet až několik let od traumatické události, někdy se rozvíjí jako paralelní proces.

Dalším metodologickým problémem je, že často zkoumáme rozvoj osobnosti u člověka po traumatu, ale nemáme informace, jaká byla jeho osobnost před traumatem. A poslední velkou obtíž je, že posttraumatický rozvoj je subjektivní prožitek, a tak se obtížně získávají nějaká objektivní data, například je problematické vyptávat se blízkých osob v okolí apod.

Mezi nejznámější kvantitativní metody patří (in Mareš, 2012, s. 63):

PTGI (*Posttraumatic Growth Inventory*, Tedeschi & Calhoun, 1996): 21 položkový inventář, který byl přeložen do řady světových jazyků.

SRGS – *Stress-Related Growth Scale*: škála, která obsahuje 50 položek (Parková et al. 1996).

BFS – *Benefit Finding Scale* (Tolmichová & Helgesonová, 2004): škála, která obsahuje podle různých verzí od 14 do 21 položek.

CiOQ – *Change in Outlook Questionnaire* (Joseph et al., 1993, 2006): dotazník, který má pouze 10 položek.

PBS – *Perceived Benefit Scale* (McMillen & Fisher, 1998): škála obsahující 38 položek.

Více než kvantitativní způsoby sběru dat jsou u posttraumatického rozvoje využívány ve výzkumech metody kvalitativní. Je to nejspíše charakterem zkoumaného fenoménu, pro který je kvalitativní přístup přirozenější. Lidé mohou vypovídat o svých prožitcích a dovolují

tak badatelé se dostat do větší hloubky i šířky, než by se stalo při užití dotazníků. Asi nejčastěji používanou metodou je interview, užívají se také diskuse v ohniskové skupině, v některých výzkumech nalézáme vyprávění písemnou formou.

Kvantitativní a kvalitativní metody lze samozřejmě kombinovat, a pak se jedná o tzv. smíšený přístup.

Posttraumatický rozvoj ve specifických oblastech

Oblasti výzkumu, kde se posttraumatický rozvoj často zkoumá:

4. u nemocných dětí a dospívajících,
5. u rodičů nemocných dětí a dospívajících,
6. u starých lidí, ovdovělých,
7. u závažných onemocnění (onkologická onemocnění, chronické nemoci jako diabetes, revma, roztroušená skleróza, úrazy, aj.),
8. u emigrantů,
9. u obětí přírodních katastrof,
10. u obětí válečných konfliktů.

Podrobnější přehled výzkumů a jejich výsledků v daných oblastech nalezneme v české literatuře u J. Mareše (2012). Obecně lze říci, že u všech sledovaných specifických oblastí, kde dochází k prožitku „otřesení“ původních představ o životě a k těžkým a náročným zkušenostem, se vedle negativních důsledků objevují i důsledky pozitivní, které lze označit za posttraumatický rozvoj.

Posttraumatický rozvoj neznamená absenci bolesti

Pro většinu lidí jsou traumatické události spojeny s nepříjemnými emocemi. Dalo by se říci, že negativní důsledky jsou tím, co po traumatu převažuje a před člověkem stojí úkol se vyrovnat s těžkými, silnými a zahlcujícími emocemi. Vedle těchto těžkých zkušeností se obvykle rozvíjí jako paralelní proces posttraumatický rozvoj a realita je většinou taková, že bolestné emoce a osobnostní rozvoj jsou u člověka přítomny zároveň.

Asi všichni lidé, kteří prožili traumatickou zkušenost, by ji raději neprožili – kdyby to bylo možné. To, že v rámci jejího zpracování se u nich rozvinuly i jiné pozitivní vlastnosti, nesmí být nikdy důvodem k popírání nebo zlehčování tragédií, kterými prošli.

Stejně tak zkoumání posttraumatického rozvoje by mělo vždy dbát na to, aby nevedlo ke zlehčování těžkých psychických (a někdy i fyzických) dopadů prožitých traumat a krizí u každého člověka (Calhoun & Tedeschi, 1999).

4.5. Posttraumatický rozvoj a neplodnost (výzkumy)

Výzkumů zaměřujících se přímo na sledování posttraumatického rozvoje u lidí, kteří jsou nebo byli nedobrovolně bezdětní, jsme našli jen malé množství. Většina výzkumů je zaměřena spíše na prožívání neplodnosti, a to na negativní prožitky, které tato zkušenost přináší, kde jako jeden z aspektů nacházíme i nějaké paralelně se rozvíjející pozitivní zhodnocení celé zkušenosti.

V roce 2009 publikovali čínští autoři (Lee, Choi, Chan, Chan & Ng, 2009) kvalitativní výzkum zaměřený na zisky, které přinesla lidem zkušenost s nepodařenou léčbou IVF. Soubor tvořilo však pouze 14 účastníků – 10 žen a 4 muži. Autoři s nimi vedli polostrukturované interview zaměřené na pozorované změny/zisky, které jim přinesla zkušenost s neplodností. Z výzkumu vyplynulo, že lidé po neúspěšném IVF popisují zisky na třech úrovních. A to na úrovni osobní, kam autoři řadí rozpoznání vlastní vnitřní síly, pocit pokory, pocit znovunalezené rovnováhy a normality. Dále na úrovni interpersonální, kde uvádějí tyto zisky: silnější partnerský vztah, lepší vztahy s rodinou, přáteli apod. Poslední úroveň zisků jsou tzv. transpersonální zisky, kam autoři zařadili vnímaný duchovní růst a pozitivní sebeidentitu. U všech účastníků rozhovoru se našli nějaké z těchto zisků, nestalo se, že by někdo na sobě nepozoroval žádnou pozitivní změnu. Snad proto, že se jedná o čínský výzkum, autoři nikde v článku neuvádějí termín „posttraumatický rozvoj“ ani se nijak k této psychologické teorii neodkazují. Odkazují se spíše na čínské konfuciánské mudrosloví a k popisu svého výzkumu používají terminologii jako „zisky skrze ztráty“, „hodnota protivenství a lidská schopnost tato protivenství překonávat“ apod. I přesto můžeme podle nás tento výzkum označit za studii zkoumající osobnostní růst/posttraumatický rozvoj u lidí, kteří prošli neúspěšnou léčbou IVF.

Podrobněji zde uvedeme také výsledky britského kvalitativního výzkumu z roku 2001 od Judith C. Daniluk. Ta vedla rozhovory s 60 páry, které se rozhodly ukončit neúspěšnou léčbu neplodnosti a v těchto rozhovorech je podle nás velmi dobře zachycen i paralelní proces pozitivního rozvoje. Řada ze sledovaných párů zde hovoří o tom, že je léta, kdy podstupovaly léčbu, hodně naučila. Mluví například o **posílení vztahu** a zlepšení partnerské komunikace; „*Donutilo nás to být daleko více otevření v tom, jak se cítíme, a*

mluvit spolu o věcech, projít skrz tohle všechno vlastně zlepšilo náš vztah..., takový druh společného utrpení..., jsme nyní velice silní jako pár...“ (Daniluk, 2001 s. 129).

Partneři v tomto výzkumu také uváděli, že si srovnali své vlastní **životní hodnoty** a cítí se **vnitřně silnější**; *„Cítím se o tolik moc posílena v tom, co vlastně chci v mém životě a jak se vyrovnávat s věcmi, které vyvstanou ..., a to by se nikdy nestalo, kdybychom neměli tuhle zkušenost. Vidím to jako velmi pozitivní výsledek něčeho, co bylo velmi bolavé.“ (Daniluk, 2001, s. 129).*

Dále zmiňují to, že díky této zkušenosti se naučili nést **odpovědnost za svou léčbu a zdraví**: *„Bylo pro mne velmi osvobozující, když jsem se naučil, jak jednat se zdravotníky. Naučil jsem se, že musím mluvit nahlas za moje medicínská práva a potřeby. A také jsem se naučil, že někteří lékaři to nemají rádi... a také snad, že je to moje volba, kdo bude mým lékařem. Tohle je část, která skutečně posiluje... že totiž nikdo nám nemůže vzít možnost volby, ať už se děje cokoli. A to je velmi dobrý pocit.“ (Daniluk, 2001, s. 129).*

Výzkumnice se dále ptala těchto párů, zda nelitují všech těch let, které o dítě marně usilovaly. Všechny páry se prý shodly na tom, že **nelitují**, udělaly by to znovu. *„Cítím se dobře, že jsme vyzkoušeli všechno, co bylo možné... a přestože to nefungovalo, stálo to za to... protože to mohlo vést k dítěti... nevedlo, ale mohlo vést. A tak je snazší dát to teď stranou, protože víme, že jsme tomu dali to nejlepší, co jsme mohli. Vždycky se budeme moci ohlédnout zpět bez lítosti. Udělali jsme, co jsme mohli...a nemůžete od sebe chtít opravdu více než právě toto“ (Daniluk, 2001, s. 130).*

Ve výpovědích párů dále nacházíme popisy jakého si pochopení nesamozřejmosti života, nemožnosti si vše plánovat, tedy rozvinutí vlastnosti, kterou bychom snad mohli obecně nazvat **pokorou**. *„Když jste mladší, tak předpokládáte, že se věci budou dít... že otěhotníte, budete mít děti, práci, důchod... předpokládáte to. Ale ne všechno ve vašem příběhu života jde takovou cestou. Občas jste vyhozeni z dráhy a musíte kroužit někde okolo a vrátit se pak znovu na dráhu..., anebo musíte najít jinou dráhu. A tak se naučíte nebrat další krok jako samozřejmost. Můžete si myslet, cokoli chcete, ale zítřek si přinese cokoli“ (Daniluk, 2001, 130).*

Z dalších výzkumů, kde je posttraumatický rozvoj nepřímo uveden, zmiňme ještě dánskou studii z roku 2005 (Schmidt et al.), kde bylo osloveno 2250 lidí bojujících s neplodností. Ukázalo se, že většina z nich souhlasila s tím, že tento boj posílil jejich partnerství a partnery přivedl blíž k sobě.

V roce 2010 publikovali američtí psychologové (Paul et al., 2010) kvantitativní výzkum, ve kterém oslovili 108 žen a 13 mužů léčících se s neplodností. Ti jim vyplnili

dotazníky *Posttraumatic Growth Inventory* (zkoumal tyto oblasti: Nové možnosti, Vztahy k druhým lidem, Osobní sílu, Ocenění života, Spirituální změny) a dotazník na pociťovanou sociální oporu (*Social Support Questionnaire*). V tomto výzkumu se potvrdilo, že dotázaní pacienti u sebe zažívají posttraumatický rozvoj. Nejvíce uváděli pozitivní změny ve škálách Vztahy k druhým lidem a Nové možnosti, nejméně pak uváděli pozitivní změny ve škále Spiritualita. K překvapení výzkumníků se dále ukázalo, že PTG není závislý ani na množství, ani na spokojenosti se sociální oporou. Souvislost se našla mezi spokojeností se sociální oporou a dvěma faktory měřeného PTG – Vztahy k druhým a Spiritualitou, jinak se ale zdá, že PTG se u lidí s infertilitou rozvinul nezávisle na sociální opoře.

V roce 2014 publikovali výzkum zaměřený na podobné téma v Číně (Yu et al., 2014). Celkem 182 ženám, které se léčily s neplodností, rozdaly dotazníky zaměřené na resilienci, posttraumatický rozvoj, pociťovanou sociální oporu a pozitivní coping. V tomto výzkumu se oproti výše uvedenému ukázalo, že resilience, sociální opora i pozitivní coping s posttraumatickým rozvojem souvisely. Ukázalo se, že pozitivní coping částečně zprostředkovává dopad resilience na PTG a zcela zprostředkovává vztah mezi sociální oporou a PTG. Autoři proto doporučují při sezeních s neplodnými páry posilovat zejména pozitivní copingové strategie, což jim může následně pomoci k dosažení PTG.

Poslední výzkum, který jsme k posttraumatickému rozvoji našli, byl také kvantitativní a od čínských autorů a byl publikován minulého roku (Kong et al., 2018). Podobně jako dva předešlé zkoumá vztah mezi PTG a resiliencí, pozitivní afektivitou a sociální podporou. Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 1733 neplodných žen. Výzkum ukázal, že pozitivní afektivita má zprostředkující roli ve vztahu resilience, sociální opory a PTG.

Z uvedených kvantitativních výzkumů se pro naši studii dovídáme důležitý fakt – totiž že posttraumatický rozvoj se v rámci neplodnost reálně vyskytuje a začíná se výzkumně zkoumat. To potvrzují všechny uvedené studie. Jak tento rozvoj ale hlouběji vypadá, se však z kvantitativních výzkumů příliš nedozvídáme. Budeme proto spíše odkázáni srovnávat naši studii s jinými kvalitativními výzkumy na téma posttraumatického rozvoje u jiných cílových skupin (např. Slezáčková, 2009b) nebo s výzkumy neplodnosti, kde se o PTG můžeme něco málo dozvědět, i když výzkum byl zaměřen primárně na jiná témata (Daniluk, 2001, Konečná, 2009).

Výzkumů zaměřených cíleně na posttraumatický rozvoj u neplodnosti jsme tedy mnoho nenalezli, jsou mladšího data a lze předpokládat, že jich bude postupem času přibývat.

5. SMYSL ŽIVOTA

Smyslem života se obvykle chápe jakýsi účel či záměr života, přesvědčení, že život má logickou soudržnost, která má nějaký význam. Obvykle se termín „mysl“ a „cíl“ volně zaměňují (Yalom, 2006). Někdy se tak smysl života zkoumá společně s „motivací“, záměrným jednáním a úsilím v životě (Křivohlavý, 2006). V hlubším významu se jím však rozumí jakési významové „podloží“, které dáváme událostem – ať už život zrovna aktivně utváříme nebo zrovna trpně snášíme.

Židovsko-křesťanská tradice předpokládá, že existuje jakýsi **mysl obecně**, nezávisle na tom, jak moc si ho konkrétní člověk v určité chvíli uvědomuje. Smysl světu i člověku dává Bůh. Yalom tento typ smyslu nazývá „*kosmickým smyslem*“ (2006, s. 428). V tomto úhlu pohledu spočívá úkol (a smysl) člověka v naplnění kosmického smyslu, člověk hledá především Boží vůli. Například C. G. Jung se domníval, že nikdo nemůže být uzdraven, pokud neobnoví své náboženské smýšlení a nedá tak životu přesahující smysl. „*Smysl dělá mnohé věci snesitelnými – možná všechny*“ (Jung in Yalom, s. 436).

Náboženský smysl přestal být v posledních dvou století pro část západní populace dostatečně přesvědčivý. Řada významných myslitelů (např. A. Camus a J. P. Sartre) náboženství a víru popřela a někteří rozvinuli myšlenky o tom, že vlastně žádný hlubší a přesahující smysl života pro člověka neexistuje. Existence člověka je ze své podstaty absurdní, stejně jako lidská snaha nějaký smysl v životě najít. Pro tyto autory pak nezbyvá člověku nic jiného než hrdinsky čelit této nesmyslnosti. Někdy se hovoří o jakémsi „*hrdinském nihilismu*“ (Yalom, 2006, s. 432). Tento přístup k životu je však prakticky velmi obtížně žitelný. Náhradou za náboženský smysl se tak pro někoho může stát „**osobní smysl**“. Podle Yaloma člověk není schopen žít bez občasného položení si otázky „jak máme žít?“, a proto si utváří osobní smysl, který zahrnuje nějaké jasné hodnoty, podle kterých se v životě může orientovat. Mezi takové hodnoty pak řadí např. altruismus, tvořivost, seberealizaci (uskutečnění svého vrozeného potenciálu), sebetranscendenci.

Smyslem života se tedy zabývaly od počátku lidstva především náboženské systémy a dále filosofie od antiky dále. Psychologie se tohoto fenoménu chopila až výrazně později a jako jeden z prvních jej pro psychologii a psychoterapii zviditelnil V. E. Frankl (1905–1997).

Frankl přežil koncentrační tábory a na základě této zkušenosti sepsal hned v roce 1945 knihu *A přesto říci životu ano*. Zde v jedné části popisuje své zkušenosti z koncentračního tábora a ve zbytku představuje počátky svého konceptu psychoterapie, ve

kterém je rozpoznání smyslu života klíčové. Frankl měl za to, že smysl existuje objektivně (leží mimo člověka), člověk si ho nemusí „vymýšlet“, ale naopak ho má spíše nalézat a rozpoznávat. Pokud se mu to nedaří, nastává u člověka tzv. noogenní neuróza, která se může projevovat pocity prázdnoty, nudy, otrávenosti apod. Psychoterapeutický směr, který vznikl v návaznosti na Franklovy myšlenky, se nazývá logoterapie nebo existenciální analýza.

Podle Frankla se v člověku „*kříží tři vrstvy bytí*“ (1994, s. 81): totiž tělesná, duševní a duchovní. Tyto tři vrstvy od sebe ale nelze zcela odlišit a také nijak společně člověka „neskládají“ – člověk je chápán jako nedělitelná jednota. Každá z těchto vrstev má ale svojí vlastní motivační dynamiku. Na tělesné rovině jde člověku o uchování zdraví těla, na psychické rovině se člověk snaží dosáhnout příjemných pocitů a na duchovní rovině jde člověku o smysl, hodnotové zakotvení (Balcar, 2001). Vzájemný vztah těchto tří vrstev je pak určen duchovní vrstvou, která má schopnost „*nějak se za všech podmínek a okolností odtáhnout od psychofyzického a postavit se k tomuto psychofyzickému do plodné distance*“ (Frankl, 1994, s. 81). Každý člověk tedy má možnost nebýt „ve vleku“ svých tělesných a duševních vlastností, ale může si k nim vytvořit odstup pomocí svých duchovních schopností. Člověk je podle Frankla schopen věnovat se věcem, které leží mimo něj, a tuto schopnost (duchovní vrstvy) nazývá Frankl sebespřesahem.

Významným pokračovatelem V. E. Frankla je vídeňský lékař Alfred Längle (nar. 1951), který je v současnosti předsedou Společnosti pro logoterapii a existenciální analýzu. Stejně jako Frankl je přesvědčen, že existuje „*v každém případě a v každé situaci možnost smyslu*“ (Längle, 2002, s. 39) a že člověku jde v jeho životě právě o nalezení a naplnění tohoto smyslu. Smysl chápe jako „*objektivní veličinu*“ (Drexler, 2007, s. 65), obsah smyslu však není obecně platný. Smysl se konkrétnímu člověku „vyjevuje“ jako možnost v konkrétních situacích a je proto vázán jak na danou situaci, tak na vlastnosti dané osoby a její vnímání a hodnocení této situace. Proto platí, že co se jeví smysluplné v jedné situaci jednomu člověku, nemusí být smysluplné pro druhého. Proto je také člověk při nacházení smyslu odkázán jen sám na sebe, a proto také nikomu „*mysl nelze dát*“ (Längle, 2002, s. 41).

Längle vypracoval tzv. metodu uchopování smyslu, která má sloužit k rozpoznání smyslu. Tato metoda obsahuje postupně čtyři kroky. První krok předpokládá co nejpresnější vnímání. Při hledání smyslu se člověk snaží získat co nejvíce informací a co nejlépe se zorientovat v situaci, ve které se zrovna nachází. Čím lépe situaci vnímá, tím lépe objevuje možnosti smyslu, které mu nabízí. Proto je důležité, aby člověk nespřesňoval svoje představy a přání s obsahem poznání, jde o to vnímat a vystihnout situaci „*co možná nepředpojatě*“

(Drexler, 2007, s. 66). Při tom se právě uplatňuje schopnost člověka odstoupit od sebe – schopnost sebedistance (Balcar, 2001). Druhým krokem této metody je schopnost vycítit v nalezených možnostech ty, které jsou pro člověka hodnotné (zde se uplatňuje schopnost sebezpřesahu). Pro ty nejhodnotnější se pak člověk může (svobodně) rozhodnout a tím přechází vnímané a vycítěné do oblasti jednání. Rozhodování je tak třetím krokem této metody a následuje po něm již jen vykonání. V tomto posledním kroku člověk nalézá způsoby a prostředky, jak uskutečnit to, pro co se rozhodl (Drexler, 2007; Balcar, 2001).

Mezi nejznámější metody logoterapie patří metoda postojové změny, dereflexe a paradoxní intence. Zdá se skutečností, že čím dál více lidí vyhledává psychoterapii z důvodu ztráty životního smyslu. Tato absence smyslu je nepochybně spjata u mnoha lidí s volným časem a jistou neangažovaností na životě (Yalom, 2006). Zvýšené přemýšlení a hledání smyslu se u člověka objevuje také v souvislosti s utrpením, které podstupuje buď on, nebo jeho blízcí. Léčba ztráty smyslu je proto v současnosti aktuální možná více než často myslíme.

Logoterapii rozpracovávala také Elisabeth Lukasová (nar. 1942), žačka Frankla, která pracovala v Rakousku a Německu a je autorkou Logo-testu měřícího smysl života, který jsme použili pro náš výzkum (viz. kap. 9).

5.1. Metody měření životního smyslu

Metody zkoumání životního smyslu rozlišujeme na kvalitativní a kvantitativní. Uvádíme výběr některých metod uvedených a podrobněji představených v knize J. Křivohlavého *Psychologie smysluplnosti existence, otázky na vrcholu života* (2006).

Mezi **kvalitativní metody** lze řadit:

11. Self-confrontation method (SCM). Jde o metodu zjišťující zážitky člověka a o zvažování těchto zážitků z hlediska celého souboru emocí, které tyto zážitky u člověka vyvolaly, případně ještě vyvolávají.
12. Psaní esejů o smyslu života: tento typ výzkumu používal a uvedl psycholog Ebersole, tyto eseje pak měli hodnotit dva hodnotitelé podle předem daných kritérií.
13. Metoda zjišťování zdrojů smysluplnosti – jde o konkrétní otázky, které se pokládají účastníkům výzkumu.
14. Metoda životních příběhů.

Mezi **kvantitativní metody** patří:

15. Test životních cílů PIL – skládá se ze tří částí, je vhodný pro první orientaci v problematice smysluplnosti života.
16. Logo test – autorkou je E. Lukasová a více o něm pojednáváme v kapitole 9.
17. Dotazník účelu života LPQ – obsahuje 20 tematických otázek.
18. Profil postojů k životu – obsahuje 46 položek, které se vztahují k 7 dimenzím.
19. Škála životní smysluplnosti ŠŽZ – autorem je slovenský psycholog P. Halama, škála obsahuje 18 výroků.
20. Profil osobního pojetí smysluplnosti PMP – obsahuje 57 různých výpovědí.
21. Profil zdrojů smysluplnosti života SML – dotazník s 41 položkami.
22. Existenciální škála – autorem této škály je A. Längle, dotazník má 46 otázek.
23. Integrovanost osobnosti SOC – autorem je A. Antonovsky, který zkoumal problematiku faktorů, které pomáhají člověku přežít v nejtěžších situacích.

Uvedené metody nepatří zdaleka mezi všechny existující, učinili jsme pouze výběr z možností, jak smysluplnost života zachytit.

5.2. Smysl života a neplodnost (výzkumy)

Jak jsme již ukázali v předchozích kapitolách, neplodnost se dotýká mnoha aspektů života. Výzkumy neplodných žen i mužů se proto často soustředí na zjišťování životní spokojenosti (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard & Verres, 2001) nebo kvality života (Luk & Loke, 2015) těch, kteří této situaci musí čelit.

Někteří badatelé si také pokládají otázku, co vlastně zakládá u člověka (možná snad více u žen?) tak silnou touhu po dítěti, že potom neplodnost – jako neustálé maření této touhy – může zasahovat tak hluboko do všech oblastí života. Jednu ze zajímavých polemik (přestože staršího data) o vrozenosti touhy po dítěti (a to především u žen) nalezneme například v článku R. Veenhovena s názvem *Is there an innate need for children?* (1974). U nás se problematikou motivů pro rodičovství zabývaly výzkumně například autorky Konečná, Bubleová a Janků (2010).

Výzkumů zaměřených přímo na smysluplnost života u neplodných jedinců jsme našli jen velmi málo, občas nacházíme tázání se po smyslu života rozvedeno v kvalitativních výzkumech, které se zaměřují na obtížné prožívání neplodnosti obecně (Konečná, 2009, Hanna & Gough, 2015). V těchto výzkumech můžeme často vidět, jak

(nedobrovolný) život bez dítěte klade otázku po životním smyslu „(po tom všem) *bychom mohli asi zaplnit celou tuto místnost knihami o tom, jak se stát a jak být rodičem, ale myslím, že bychom nenašli jedinou knihu v knihovně, která by nám řekla, jak být bezdětný a být šťastný*“ (Daniluk, 2001, s. 442).

Z kvantitativních studií jsme našli tři výzkumy blízké našemu tématu. V roce 2007 sledovali vztah mezi spokojeností v životním fungování a spokojeností mezi prožívanou smysluplností života a prožívanou vírou/spiritualitou v USA (Ventura et al., 2007). Výzkumu se zúčastnilo 137 žen, které trpěly předčasným přechodem a s tím související neplodností. Z výsledků vyplynulo, že spokojenost v životním fungování velmi silně koreluje s prožívaným životním smyslem, o něco méně, přesto však signifikantně, koreluje i se spokojeností v náboženské oblasti. Autoři tak uzavírají, že prožívaná smysluplnost (která nemusí být spojena s náboženstvím) silně predikuje spokojenost v životním fungování neplodných žen. Podle autorů je proto nalézání smyslu nebo významu v těžkostech souvisejících s neplodností užitečným mechanismem, jak zvládat tuto diagnózu.

Dalším výzkumem, který jsme našli o významu životní smysluplnosti v souvislosti s infertilitou, byl Iránský výzkum z roku 2013 (Mosalanejad & Koolee, 2013). Autoři provedli experimentální studii, ve které sledovali vliv logoterapeutické intervence na prožívaný stres. V této studii vedli paralelně kontrolní a experimentální skupinu, kdy experimentální skupina podstoupila 12týdenní skupinovou terapii zaměřenou na intervence ohledně životní smysluplnosti. Experiment ukázal, že logoterapeutické intervence měly signifikantní vliv na snížení stresu a obav v souvislosti s infertilitou.

V Íránu byla také provedena studie (Abdorrahiimi & Vafa, 2016) zkoumající vztah mezi depresí a smyslem života u neplodných žen. Soubor tvořilo 220 neplodných žen. Výsledky ukázaly, že vyšší smysl života souvisí s nižší depresivitou u zkoumaných žen.

6. PSYCHOSOMATICKÁ PROBLEMATIKA U NEPLODNOSTI

Pojem *psychosomatika* je složen z řeckého *psyché* (duše) a *sóma* (tělo), ze kterých je podle západní filosofie utvořen člověk a „*označuje tak souhru tělesných a duševních procesů*“ (Morschitsky & Sator, 2007, s. 12), které u člověka probíhají. Uvedená definice vystihuje nejširší pojetí tématu. V užším pojetí hovoříme o psychosomatice u chorob, u kterých se výrazněji uplatňují psychické faktory, a to v jejich etiopatogenezi i průběhu. V tomto smyslu může každá somatická choroba být u jednoho člověka psychosomatická a u druhého pouze somatická (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993).

Historicky stojí základy psychosomatické medicíny na půdě psychoanalýzy, po druhé světové válce se díky emigraci analytiků začíná psychosomatika rozvíjet v zámoří, a to dvojím směrem; dále se vyvíjí psychoanalytické koncepce (tzv. specifické), a vedle nich se rozvíjí koncepce tzv. nespecifických psychosomatických teorií, která stojí především na pracích H. Selyeho.

Psychoanalytické koncepce předpokládají, že za vznikem psychosomatických nemocí stojí určité specifické psychologické proměnné. V rámci těchto koncepcí byly formulovány teorie nevědomých specifických konfliktů, teorie specifických změn emocí, teorie specifických osobnostních profilů, teorie specifických postojů vůči konfliktům, můžeme sem zařadit také koncept alexithymie a teorie operativního myšlení etc. (Baštecký et al., 1993). Asi nejvýznamnějším představitelem byl F. Alexander, který řadil k psychosomatickým chorobám sedm onemocnění: hypertenzi, migrény, anginu pectoris, revmatoidní artritidy, žaludeční vředy, kolitidy a bronchiální astma.

Nespecifické teorie psychosomatických onemocnění předpokládají, že za psychosomatickým onemocněním můžeme nalézt vliv působení zátěžových situací, především tzv. psychosociální zátěže. Mezi tyto teorie řadíme Selyeho teorii stresu, koncepci životních událostí (Holmes-Rahe), koncepce různých protektivních faktorů, teorie všeobecného emočního vzrušení, teorie konstituční zranitelnosti, teorie učení orgánové odpovědi, teorie vegetativního učení, hypotézu o chování typu A a někteří sem řadí i koncepci kortikoviscerální (Baštecký et al., 1993).

Současná psychosomatika se odvolává především na tzv. bio-psycho-sociální model člověka (termín zavedl G. L. Engel), který chce upozornit na to, že člověka je třeba vidět tzv. celostně (tedy ve všech jeho komponentách, které někdo rozšiřuje ještě o komponentu spirituální a také ekologickou). U nemocí se opustila představa, že by každá nemoc měla

svou příčinu, spíše se uvažuje, že ke konkrétní nemoci mohou přispět různé rizikové faktory, tedy že ke stejné chorobě mohou různí nemocní dospět odlišným způsobem. Tato představa se nazývá **multifaktorová teorie** a je dále různě rozvíjena (Baštecký et al., 1993). Kromě příčinných faktorů nemocí se také počítá s uplatněním faktorů ochranných. Význam multifaktorového modelu spočívá v tom, že pomohl pochopit význam psychosociálních faktorů při vzniku a v průběhu choroby a zároveň umožnil porozumět, proč se nedaří přinést důkaz existence nějakého psychosociálního jevu jako jediné příčiny určité nemoci.

Vedle multifaktorové teorie se v psychosomaticke uplatňuje tzv. **systémový přístup**, který poukazuje na to, že žádný rizikový jev (vedoucí potenciálně k nemoci) nelze vnímat a studovat izolovaně, neboť je vždy v systému nějakých vztahů. Stejně tak člověk je otevřeným aktivním systémem, který reaguje neustále komplexně ve všech svých složkách (Baštecký et al., 1993). Podle tohoto přístupu probíhají u pacienta v každém okamžiku simultánní a vzájemně složitě propojené změny na úrovni biologické, psychické i sociální. Tato teorie tak významně poukázala na to, že *„psychická a sociální stránka nemoci je vždy důležitou a často rozhodující úrovní, které se lékař musí věnovat“* (Baštecký et al., 1993, s. 65).

Neplodnost nepatří mezi tradiční psychosomatické nemoci (jak je vyjmenovává např. F. Alexander), a také se jí někteří soudobí autoři knih o psychosomaticke nezabývají, či jen velmi okrajově (Danzer, 2001; Faleide, Lian & Faleide 2004; Morschitzky & Sator, 2007). Zařazení neplodnosti mezi psychosomatické nemoci je patrně odvislé od toho, jakým způsobem psychosomatické onemocnění definujeme. P. Weiss (in Baštecký et al., 1993) navrhl čtyři podmínky, kdy po splnění alespoň jedné z nich můžeme mluvit o psychosomatickém onemocnění. Minimálně druhou z těchto níže citovaných podmínek neplodnost splňuje zcela jistě, neboť je zdrojem stresu, který situaci neplodnosti může sekundárně zhoršovat (Čepický, 1993). Tyto podmínky jsou:

- a) etiologie nemoci může být přímo vztažena k předchozí psychologické události nebo k osobnostní charakteristice,
- b) průběh nemoci (nezávisle na její etiologii) je významně ovlivňován psychologickými faktory,
- c) primární příznak má přímý vztah k jedinému psychologickému faktoru,
- d) příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo nepřiměřeně protrahované a manifestují se v kontextu somatického onemocnění.

6.1. Psychické příčiny nebo důsledky neplodnosti?

Odhalit psychologickou příčinu neplodnosti u ženy se pokoušeli jako první **psychoanalytičtí autoři**. Podle S. Freuda si žena přeje otěhotnět, aby si přivlastnila otce a zároveň zvítězila nad svou matkou (Mitchell, Blacková in Matějů, Weiss & Urbánek, 2005a). Melanie Kleinová naopak vidí v touze po reprodukci vyjádření životaschopnosti, kdy její nenaplnění vyvolává v člověku obavy z vnitřní mrtvolnosti (ibidem). Podle H. Deutschové umožňuje ženám mateřství vytvořit znovu vztah, který měly kdysi ke svým matkám. Mezi možné příčiny neplodnosti tak řadí Deutschová závislost na matce nebo na manželovi. Podobně i současná psychoanalýza vidí vztah matka-dcera jako potenciálního původce neplodnosti (Matějů et al., 2005a). V návaznosti na tyto teorie nalezneme i výzkumy, které se snažily dokázat, že konfliktní vztah dcery s matkou (či jiné rodinné konflikty) je původcem neplodnosti (Kipper & Zadik, 1996, in Matějů et al., 2005a). U nás vyjádřil podobný názor ve svém článku V. Chvála et al. (1991), když tvrdil, že za příčinou neplodnosti nejasného původu může stát u ženy její nezralost. Neplodnost je z tohoto pohledu pak „zdravým“ způsobem, jak nechat ženu dozrát, aby se dostatečně separovala od své matky.

Současnou výraznou kritiku pokusů hledat psychologické příčiny neplodnosti (většinou se jedná o různá „vysvětlení“ tzv. nevysvětlitelné sterility) nalezneme v článku německého autora T. H. Wischsmanna (2011), *Psychogenní neplodnost – mýty a fakta*. Ten kritizuje psychoanalytické pokusy o vysvětlení neplodnosti mimo jiné citací autorů Apfla a Keylora (2002, s. 86 in Wischmann, 2011) *„Témata, která se považují za kauzální, vyplývající z psychoanalytické léčby neplodných žen, zahrnovala: nevědomé obavy a problémy v sexu a těhotenství, odmítnutí ženské/mateřské identifikace a reprodukčního osudu (...). Avšak je třeba podotknout, že tato témata jsou také velmi známá a prezentovaná v analýzách žen, které nemají potíž otěhotnět, ať už náhodně nebo plánovaně. Nicméně jiné ženy s velmi vážnými psychickými problémy otěhotní snadno.“*

Vedle psychoanalytických pokusů o vysvětlení příčin neplodnosti je ještě skupina teorií, která **hledá příčinu neplodnosti ve stresu**. U zvířat ji zpozoroval již H. Selye (1966), u člověka vliv stresu na vznik neplodnosti není zcela jasný. Přehled výzkumů vztahující se k této tematice nalezneme v literárně přehledové studii I. Matějů et al. (2005a). Ta svou studii uzavírá s tím, že účast stresu *„na etiologii sterility je možná, nikoli však ve smyslu mechanicky kauzálním“* (Matějů et al., 2005a, s. 137).

Při pohledu na práce zabývající se příčinami neplodnosti nás nemůže nezarazit, že jsou všechny orientovány na neplodnost ženy. Z posledních let ale víme, že příčina neplodnosti je na straně muže stejně často, ne-li častěji, než na straně ženy (Řežábek, 2008).

Problém hledání příčin neplodnosti je v tom, že výzkumy sledují pacienty, kterým už byla neplodnost diagnostikována a není proto nikdy možné přesně určit, zda stres či jiné sledované proměnné jsou příčinou neplodnosti, nebo jejím následkem. Hledání psychologických příčin neplodnosti se ukazuje tedy jako velmi problematické, a to zejména metodologicky. Pozornost se proto obrací k jiným tématům, která bychom mohli shrnout do několika následujících okruhů;

- a) **Výzkumy zkoumající dopad neplodnosti na psychické charakteristiky žen/mužů či párů.** Cílem těchto studií je většinou analyzovat situaci lidí s diagnostikovanou neplodností a umožnit tak efektivně zaměřenou psychologickou intervenci. Z výzkumů zabývajících se charakteristikami pacientů vstupujících do AR vyplynulo, že tyto páry nevybočují obecně z normy, co se týče psychopatologie, nepotvrdila se zvýšená incidence psychiatrických diagnóz ani psychosexuálních potíží (Mazurová, Greenfeldová 1989 in Matějů et al., 2005b; Weiss, Matějů & Urbánek, 2004). Zkoumá se také **dopad na spokojenost v manželství a sexuální život páru** (Koryntová 1999; Tao, Coates & Maycock, 2011). Výzkumy na toto téma nejsou ve výsledcích zcela jednotné, převážně se však v nich nepotvrzuje předpoklad, že by u těchto párů byl výrazněji narušen sexuální život či jejich spokojenost.
- b) **Výzkumy zkoumající rozdíly v prožívání neplodnosti a její léčby u mužů a u žen.** Z těchto výzkumů ve většině vyplývá (Rozée & Mazuy, 2012; Slepíčková 2009), že ženy jsou neplodností a její léčbou zasaženy více (a jinak) než muži, což se obecně vysvětluje tlakem společnosti, kde bezdětná žena má „těžší“ postavení než bezdětný muž.
- c) **Výzkumy, které se zaměřují na důsledky léčby neplodnosti (především po IVF).** Tyto se samozřejmě velmi liší podle toho, zda léčba byla nebo nebyla úspěšná. U úspěšných pacientek, které porodily dítě z IVF, se nezjistily výrazné rozdíly ve vztahu matka-dítě, v míře úzkostnosti a manželské spokojenosti, netrpěly ani většími obavami o dítě (Hahn & DiPietro, 2001; Koryntová 1999). Po neúspěšné léčbě naopak trvají u řady párů depresivní stavy (Bryson & Traub, 2002; Koryntová, 1999), snižuje se spokojenost s vlastním životem.

d) Výzkumy hledající psychologické proměnné, které by mohly léčbu neplodnosti ovlivnit a tím zvýšit její úspěšnost. Takovou studii provedl například Domar et al. (2000), který zkoumal možnost zlepšit výsledky léčby neplodnosti pomocí behaviorální terapie a relaxačních technik a skutečně se mu podařilo prokázat, že pacientky, kterým se dostalo psychoterapeutické podpory v průběhu léčby, měly vyšší úspěšnost ve výsledku léčby (otěhotnění). Vedle toho se řada výzkumů zabývá možným vlivem stresu nebo psychické odolnosti na výsledky léčby (Lintsen et al., 2009; Rapoport-Hubschman et al., 2009).

7. VÝZKUMY

O některých předcházejících výzkumech, které souvisejí s cíli naší práce, jsme pojednali již v předchozích kapitolách. Uvedli jsme výzkumy, které zkoumaly strukturu užívání copingových strategií (viz kap. 3.3), jednotlivé dimenze prožívání stresu (viz kap. 2.3), životní smysluplnost (viz kap. 5.2) a výzkumy zkoumající posttraumatický rozvoj (viz kap. 4.5.).

V této kapitole proto představíme již jen ty výzkumné studie, které dosud nebyly uvedeny a souvisejí s jinými/dalšími cíli naší práce. Jedná se zejména o výzkumy, které jsou zaměřené na zkoumání souvislostí mezi uvedenými psychologickými fenomény a výzkumy zaměřené na možný vliv psychiky na léčbu IVF. Pro větší přehlednost jsme tyto výzkumné studie rozdělili do tematických okruhů.

7.1. Vztah copingu a stresu v souvislosti s infertilitou

Vyhodnocení vlastní nedobrovolné bezdětnosti a následné strategie, které si člověk zvolí pro zvládnutí této situace, mohou být důležité pro způsob, jak jedinec svou situaci neplodnosti nakonec prožívá (Bayley et al., 2009). Výzkumná činnost v této oblasti zkoumá především otázku, jaké strategie zvládnutí stresu souvisí s nižším stresem při léčbě nebo naopak které způsoby zvládnutí neplodnosti souvisí s vyšší životní spokojeností (*well-being*).

Souvislostem copingu s životní spokojeností a prožívaným stresem se věnoval anglický výzkum, kterého zúčastnilo celkem 64 mužů a 98 žen podstupujících léčbu IVF (Bayley et al., 2009). K měření copingových strategií zde byl využit dotazník *Ways of coping* (Folkman et al., 1988) a stres byl měřen pomocí dotazníku *Fertility Problem Inventory* – FPI (Newton, Sherrard, & Glavac, 1999). Výsledky ukázaly negativní souvislost mezi strategií Sebeobviňování a Vyhýbání se a celkovou životní spokojeností (*well-being*) u mužů i u žen. Čím častěji tedy neplodné páry tuto strategii využívaly, tím více klesala jejich životní spokojenost. U žen navíc životní spokojenost negativně souvisela i s copingovou strategií Vyhledávání informační a emoční podpory. Celkový prožívaný stres koreloval u mužů pozitivně s copingovou strategií Sebeobviňování a vyhýbání se. Podobně signifikantně koreloval i u žen, kde navíc ještě pozitivně souvisel se strategií Vyhledávání emoční a informační opory. Z výzkumu tak vyplynulo, že ženy prožívají vyšší stres v souvislosti s neplodností, čím častěji užívají copingové strategie Sebeobviňování, Vyhýbání se a

Vyhledávání emoční opory. Stres u mužů se zvyšuje, čím častěji užívají strategii Sebeobviňování a Vyhýbání se.

Dotazník *Ways of coping* použil také B. Peterson (2006 a, 2006 b), který zkoumal vztah copingových strategií se spokojeností v partnerském životě a stresem z neplodnosti (pomocí dotazníku FPI) u celkem 520 žen a 506 mužů. V této studii se ukázal silný vztah mezi copingovou strategií Vyhýbání se a stresem i partnerskou spokojeností u mužů i žen. Autorům se ukázala tato strategie jako silně přispívající ke stresu z neplodnosti a zároveň snižující partnerskou spokojenost. Podobná souvislost byla nalezena u strategie Přijetí odpovědnosti (podobně Stanton, Tennen, Affleck & Mendola, 1992). Podle autorů tak tyto dvě strategie nejsou adaptivní pro zvládnání neplodnosti, a to ani pro ženy ani pro muže.

Copingová strategie Distancování se se autorům ukázala jako strategie, která snižuje stres u žen i u mužů, zároveň ale snižuje u mužů i partnerskou spokojenost. Autoři tento výsledek v diskuzi komentují tak, že distancováním se od problému je možné sice efektivně redukovat stres, ale vedle toho to může vést k pocitu menšího propojení s partnerem. Vyslovují tak předpoklad, že užívání některých copingových strategií může být prospěšné sice pro jednotlivce v páru, ale může mít zároveň negativní dopad na partnerský vztah.

Hledání sociální opory se v tomto výzkumu ukázalo jako prominentní copingová strategie žen, nicméně muži ji užívali též. Autorům se ukázalo, že ženy, které dávají velký důraz na tuto strategii, vykazují méně stresu z neplodnosti (podobně i ve výzkumu Gibson & Myers, 2002). U mužů se tato souvislost neukázala, měli však signifikantně nižší hodnoty celkového stresu, čím častěji užívali strategii Plánování řešení problému.

Ve výzkumu, který proběhl v Izraeli (BenYamini et al. 2008), korelovali autoři copingové strategie s životní spokojeností a stresem u 652 léčících se žen. K měření copingu použili dotazník *The Coping with Infertility Questionnaire* a k měření stresu a životní spokojenosti využili dotazník *Infertility Specific Well-being and Distress Scales* (Stanton, 1991). Z jejich výsledků vyplynulo, že nižší stres prožívají ženy, které signifikantně častěji využívají copingové strategie Pozitivní reinterpretace, Zveřejnění, Spirituální coping a Péči o sebe. Naopak strategie dovnitř odvráceného hněvu a snahy o řešení problému souvisí s vyšší stresem pozitivně – čím častější je jejich užití, tím vyšší je míra prožívaného stresu.

Z poslední doby zde uvedeme ještě výzkum z roku 2013 zabývající se souvislostí mezi stresem a copingem u žen léčících se s infertilitou v Iránu (Aflakseir & Zarei, 2013). Stres byl měřen pomocí dotazníku *Fertility Problem Stress Scale* a coping pomocí dotazníku *Ways of coping*. Výsledky ukázaly, že copingové strategie zaměřené na aktivní vyhýbání se (např. vyhýbání se pobytu s těhotnými ženami) signifikantně predikovaly vyšší stres,

zatímco coping zaměřený na hledání smyslu byl signifikantním prediktorem stresu nižšího. Podobně tedy jako u předešlých výzkumů, ukazuje se i zde strategie Vyhýbání se jako neadaptivní pro situaci neplodnosti. Souvislost na smysl zaměřeného copingu s redukcí stresu vysvětlují autoři studii, které ukazují, že prožívání smyslu má vysoký dopad na životní spokojenost obzvláště v situacích, kdy jedinec trpí či čelí výzvám závažných životních událostí. Vysoké skóre Iránských žen v této strategii vysvětlují také vysokou zbožností těchto žen.

Z těchto výzkumů se tedy ukazuje, že strategie Vyhýbání se je konzistentně spojena s vyšším stresem a nižší spokojeností. Jelikož v našem výzkumu jsme použili jiný dotazník než předchozí uvedené studie, z možných neadaptivních strategií jsme vybrali strategii Popření (podobně jsme učinili v našem předcházejícím výzkumu, kde jsme nesledovali stres, ale životní spokojenost – viz Ďurašková et al. 2016).

7.2. Vztah copingu a smyslu života

Výzkum, který by sledoval copingové strategie a smysl života u neplodných párů jsme bohužel nenalezli žádný. Cíli a metodice naší práce se asi nejvíce podobá výzkumná americká studie z roku 2006, jejíž autoři zkoumali coping a smysl života u 167 žen, které přežily rakovinu prsu (Jim, Richardson, Golden-Kreutz, & Andersen, 2006). K měření strategií zvládání stresu použili autoři dotazník *Cope Inventory* a k měření smyslu života použili vlastní dotazník *Meaning in Life*, který měl několik subškál. Výsledky výzkumu ukázaly, že zvýšené užívání strategie Aktivního copingu, Hledání sociální opory a Náboženského copingu souvisí s vyššími hodnotami v dotazníku životní smysluplnosti. Strategie Pozitivní reinterpretace korelovala signifikantně s jednou ze subškál dotazníku (se subškálou životního smyslu a účelu, životní perspektivou). Naopak zvýšené užívání strategie Vyhýbání se a Popření souviselo signifikantně s nižšími hodnotami celkového prožívaného životního smyslu.

Podobnou studii, zaměřenou ale na pacienty se srdečním selháním (191 mužů a 11 žen), vytvořili američtí autoři v roce 2008 (Park, Malone, Suresh & Rosen, 2008). I oni použili stejný dotazník pro copingové strategie jako my, tj. *Cope Inventory*, a pro měření životní smysluplnosti použili dotazník *Perceived Personal Meaning Scale*. Výsledky ukázaly, že s vyšším prožíváním životního smyslu souvisí strategie Akceptace a Pozitivní reinterpretace a dále Náboženský coping. Ukázalo se, že užívání těchto strategií dokonce

zvyšuje prožívanou životní smysluplnost i do budoucnosti (opakované měření po několika měsících) u těchto pacientů.

7.3. Odras psychologických faktorů v léčbě IVF

O prozkoumání vlivu psychiky na výsledky léčby in vitro fertilizace se snažila již řada autorů snad po celém světě. Většina výzkumů se zaměřovala na vliv stresu (měřen nejčastěji jako úzkost a deprese) na výsledky léčby IVF/ICSI, kde se z výsledků léčby sledovala především (a většinou pouze) implantace embrya, tedy otěhotnění. Některé výzkumy se zaměřily kromě implantace ještě na *fertilization rate*, případně na počet folikulů (Smeenk et al. 2001).

Asi největší „tradici“ má sledování vlivu úzkosti na výsledky léčby. Úzkost v těchto výzkumech byla měřena nejčastěji dotazníkem STAI X-1. Výsledky studií, které všechny použily tento stejný dotazník na měření úzkosti, nejsou jednotné. O významném vlivu úzkosti na výsledky léčby metodou IVF/ICSI referuje například švédský výzkum z roku 2000 (Csemiczky, Landgren & Collins, 2000) nebo výzkum provedený v Holandsku v roce 2001 (Smeenk et al., 2001). Naopak vliv úzkosti se neprojevil jako signifikantní například v americké studii (Lovely et al., 2003), nebo v holandských studiích v roce 2004 (Eugster, Vingerhoets, Van Heck, & Merkus, 2004), ani v roce 2009, kde bylo podchyceno dokonce 421 žen ze sedmi různých klinik AR při prvním pokusu IVF/ICSI (Lintsen et al., 2009). Podstatné možná pro odlišnost výsledků bude i to, kdy přesně dotazník STAI X-1 v průběhu léčby autoři použili a jakým způsobem kontrolovali ostatní závažné intervenující proměnné (věk ženy, délka neplodnosti, kolikátý pokus léčby etc.).

Vliv úzkosti (STAI X-1) na výsledek léčby jsme zkoumali také my v jednom z našich předešlých výzkumů (Hampl & Ďurašková, 2014). Dotazník vyplnilo celkem 91 žen v době svého prvního embyotransferu. Nepotvrdilo se, že by ženy, které následně v léčbě otěhotněly, prožívaly signifikantně nižší úzkost.

Většina výše uvedených výzkumů zkoumala také vliv úzkostnosti (STAI X-2) na léčbu (Lintsen et al., 2009), nicméně její vliv se u nich neprokázal. O vlivu úzkostnosti na léčbu svědčí pouze český výzkum Dany Koryntové (Koryntová et al., 2001). Ta ve své studii zkoumala vliv úzkosti, úzkostlivosti, deprese, frustrace a interpersonálního vztahování na implantaci embrya, k čemuž použila dotazníky STAI (variantu X-1(aktuální úzkost) i X-2 (úzkostlivost)), Dusiň, BDI a ICL, které vyplnilo před zahájením léčby IVF celkem 66 párů. Signifikantní vztah k výsledkům léčby IVF měl pak pouze STAI X-2, tedy dotazník na

měření úzkostnosti. Ženy, které neotěhotněly, byly více úzkostlivé než ženy, které otěhotněly. Vedle toho se ukázalo, že ženy, které v dotazníku ICL posuzovaly sebe i své partnery jako více hostilní, poté signifikantně častěji otěhotněly. Ostatní sledované psychologické proměnné nebyly ve vztahu k výsledkům léčby statisticky významné.

V roce 2014 jsme publikovali článek z výzkumu, kde jsme zkoumali vliv úzkostnosti na výsledek léčby prvního IVF u 65 žen. V tomto našem výzkumu se neukázala žádná signifikantní souvislost mezi úzkostností pacientek a výsledkem jejich léčby (Hampl & Ďurašková, 2014)

V roce 2005 (Boivin & Schmidt, 2005) byla provedena v Dánsku studie na 818 neplodných párech, jejíž autoři (kromě jiného) zjišťovali pomocí vlastních dotazníků, jaký vliv na výsledky léčby metodou IVF/ICSI mají problémy v manželství, osobní problémy s vyrovnáváním se s neplodností a problémy v sociálním okolí. Ukázalo se, že na výsledky léčby má negativní vliv především vyšší stres v manželství a osobní vyrovnávání se s neplodností.

Pro náš aktuální výzkum jsme hledali studii, kde by byl sledován vliv stresu spojeného s prožíváním neplodnosti na IVF měřený stejným dotazníkem, jaký jsme v našem výzkumu použili my. Takový výzkum jsme našli pouze jeden z roku 2007 publikovaný americkými autory (Cooper, Gerber, McGettrick & Johnson, 2007). Ti měřili pomocí dotazníku *Fertility Problem Inventory* stres u 129 párů, kteří podstupovali první IVF. Autoři dospěli k zajímavým výsledkům, ukázalo se totiž, že páry, které otěhotněly, měly vyšší hodnoty stresu v tomto dotazníku než ty páry, které neotěhotněly. Kromě celkového stresu měly signifikantně vyšší skóre ve škále Odmítání bezdětného života a Potřeby rodičovství. Když byly analyzovány pouze hodnoty žen (a nikoli celých párů), ženy, které otěhotněly, měly signifikantně vyšší skóre ve škále Odmítání bezdětného života a Potřeby rodičovství, v ostatních škálách rozdíl nebyl. Pokud byli muži analyzováni samostatně, měli ti, u kterých léčba byla úspěšná, signifikantně vyšší hodnoty ve škále Potřeba rodičovství.

Výzkumy, které by zkoumaly souvislost mezi prožívanou životní smysluplností a výsledkem léčby IVF jsme nenalezli žádné. Můžeme se snad částečně opřít o některé výzkumy, které zkoumaly životní spokojenost a kvalitu života (které s prožívanou smysluplností většinou pozitivně korelují), a proto zde alespoň dva uvádíme.

Souvislost mezi kvalitou života (měřeno WHOQOL) a výsledkem léčby IVF/ICSI sledovali němečtí autoři (Hermann et al., 2011) u 199 neplodných párů. Těmto autorům vyšlo, že ženy, které byly spokojeny se svým zdravím (oblast fyzična v dotazníku), uspěly v léčbě signifikantně častěji. K diskusi proto nabídli myšlenku, že spokojenost s vlastním

fyzickým zdravím může mít pozitivní vliv na vznik těhotenství nehledě na fakt, zda člověk zdravý skutečně je.

Vliv celkové životní spokojenosti na výsledky léčby zkoumal švédský výzkum (Anderheim, Holter, Bergh & Moller, 2005). Autoři oslovili celkem 166 žen podstupujících svůj první cyklus léčby IVF a následně sledovali výsledek jejich léčby. Ve výsledcích nenalezli autoři žádný vztah mezi životní spokojeností a úspěšností léčby IVF.

Možný odraz životní spokojenosti a copingových strategií ve výsledku léčby žen, které podstupovaly své první IVF, jsme v předcházejících letech zkoumali také my (Ďurašková et al., 2014). Našeho výzkumu se zúčastnilo tehdy celkem 103 žen, které vyplnily *Dotazník životní spokojenosti*, když šly na své první IVF a 82 z těchto žen vyplnilo ještě dotazník *COPE Inventory*. Hledali jsme pak, zda životní spokojenost a některé z copingových strategií se mohou odrazit ve výsledku léčby těchto žen. Výsledky naší studie neukázaly, že by prožívaná spokojenost či nespokojenost žen s různými oblastmi jejich života před a při léčbě neplodnosti metodami IVF/ICSI měla vliv na výsledek jejich léčby. Ukázalo se nám ale, že ženy, které ke zvládnutí tíhy neplodnosti a její léčby využívaly emoční podporu ve svém okolí (copingovou strategií Vyhledávání emocionální sociální opory), měly vyšší šanci na úspěch při svém prvním cyklu IVF/ICSI.

V teoretické části jsme se snažili představit téma neplodnosti a zorientovat se v dosavadních výzkumech a bádání v této oblasti jak v zahraničí, tak v České republice. Témata jsme se snažili vybírat vždy s ohledem k našemu výzkumnému záměru, který představíme podrobně dále v části výzkumné.

VÝZKUMNÁ ČÁST

8. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

(Část tohoto textu jsme publikovali v odborném elektronickém časopisu E-psychologie, viz Ďurašková et al., 2016.)

Od nepaměti existovaly páry, které toužily po dítěti, ale jejich touhu se jim nedařilo naplnit. O jejich bolesti se nám dochovala řada literárních zmínek (Genesis 16; Genesis 30). V současnosti se uvádí, že problémy s plodností trpí až 20 % párů v České republice (Řežábek, 2008) a většina z nich se dnes obrací s prosbou o pomoc do center asistované reprodukce (CAR). Zde je za nejúspěšnější léčebnou metodu vedoucí k početí dítěte považována metoda tzv. umělého oplodnění (IVF) a její využití každým rokem narůstá.

Z kvalitativních studií vyplývá, že neplodnost s sebou přináší řadu těžkých životních otázek a zkušeností (Konečná, 2009; Hanna & Gough, 2015). Bývá spojena s hlubokým zásahem do osobní identity a často se pojí s nižším sebehodnocením (Daniluk & Tench, 2007). Byť je neplodnost třeba diagnostikována jen jednomu z partnerů, týká se nakonec vždy celého páru. Bezdětné páry musí řešit řadu neočekávaných dilemat ve svém vztahu, což může znesnadňovat spokojené soužití (Slepičková 2009). Partnerská sexualita se často musí přizpůsobovat lékařským pokynům, vytrácí se z ní spontaneita (Ratislavová & Kašová, 2009) a neustálá marná snaha o početí představuje pak (především u žen) často i celkovou změnu životního stylu (Slepičková, 2009). Nedobrovolně bezdětné páry bývají často vyloučeny (nebo se sami vylučují) z řady sociálních situací, přicházejí o své původní přátele (již často ponořené do péče o vlastní děti), přechází na ně sociální stigma (Sternke & Abrahamson, 2015).

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že neplodnost zásadním způsobem vstupuje do řady oblastí každodenního života člověka a představuje tak velkou psychickou zátěž. Navíc sama léčba pomocí IVF je emočně i fyzicky náročná, a to jak svým průběhem, tak také nejistotou svého výsledku.

Prozkoumat **míru prožívaného stresu a míru ohrožení životní smysluplnosti** žen i mužů, kteří podstupují léčbu neplodnosti, a zjistit, jakými způsoby se ženy a muži s neplodností a její léčbou vyrovnávají (*coping*), je tak jedním z cílů této práce. Vedle toho jsme se rozhodli zkoumat, **zda a jaké jsou zde mezi muži a ženami rozdíly**.

Řada autorů před námi (Bayley et al. 2009; Peterson et al. 2006b) se dále snažila vytipovat ty způsoby zvládání neplodnosti, které souvisí s nižším stresem nebo vyšší životní spokojeností žen podstupujících léčbu neplodnosti. S jistou opatrností lze pak tyto copingové strategie označit za adaptivní pro zvládání neplodnosti a její léčby. Prozkoumat

souvislosti mezi copingovými strategiemi, prožívaným stresem a životní smysluplností žen a mužů tak bylo dalším z cílů naší práce.

V léčbě neplodnosti pomocí metod IVF/ICSI je také často kladena otázka, zda by výsledky léčby nemohly být ovlivněny také některými psychickými faktory. Nejčastěji bývá zkoumán vliv stresu, životní spokojenosti a copingu (Donarelli et al., 2015; Ďurašková et al., 2014; Hermann et al., 2011). I naším cílem bylo prozkoumat, zda se námi měřené **psychologické faktory mohou odrážet ve výsledcích léčby**.

Pro všechny výše uvedené cíle práce jsme se rozhodli užít kvantitativní metody výzkumu.

Při studiu výzkumů o dopadu neplodnosti na prožívání člověka jsme si všimli, že jak kvantitativní, tak i kvalitativní výzkumy se zaměřují na popis zejména negativních dopadů, které s touto těžkou situací přicházejí. Pozitivní rozvoj, ke kterému v rámci této zkušenosti může paralelně docházet, je ve výzkumech popisován málokdy (Lee et al., 2009) a spíše jen okrajově (Daniluk, 2001; Konečná 2009) nebo vůbec. Rozhodli jsme se proto, že v rámci naší doktorské práce budeme sledovat také aspekty **posttraumatického rozvoje**. Pro tuto část výzkumu jsme použili kvalitativní metody, neboť, podle nás, nám mohou umožnit do této problematiky hlubší vhled. Původně jsme si chtěli položit nejprve otázku, zda vůbec se posttraumatický rozvoj v souvislosti s neplodností vyskytuje. Ale díky studiu předcházejících výzkumů (Kong et al., 2018; Paul et al., 2010; Yu et al., 2014) i teoretických východisek tohoto fenoménu (viz kapitola 4), nám bylo zřejmé, že tato otázka je předem kladně zodpovězena a nemá tak význam ji pokládat. Proto naším cílem bylo se hlouběji zaměřit na podobu tohoto fenoménu, a to konkrétně u žen, které mají zkušenost s neplodností dlouhodobou. Chtěli jsme zjistit a popsat, jaké aspekty posttraumatického rozvoje u sebe tyto ženy pozorují.

8.1. Jednotlivé cíle práce

V naší práci jsme si stanovili celkem osm výzkumných cílů. Jeden cíl jsme zkoumali pomocí kvalitativních metod, pro ostatních sedm cílů (1–7) jsme použili kvantitativní metody.

Cíle kvantitativní části:

- 1) Zjistit celkové prožívání stresu souvisejícího s neplodností u souboru žen a mužů, kteří podstupují léčbu formou asistované reprodukce (IVF/ICSI) a strukturu jednotlivých dimenzí prožívaného stresu pomocí dotazníku *FPI*.
- 2) Zjistit strukturu copingových strategií sledovaného souboru žen a mužů podstupujících léčbu formou asistované reprodukce (IVF/ICSI) pomocí dotazníku *COPE Inventory*.
- 3) Zjistit míru prožívané smysluplnosti života u žen a mužů, kteří podstupují léčbu formou asistované reprodukce (IVF/ICSI) pomocí dotazníku Logo-test.
- 4) Zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly v prožívání stresu, životní smysluplnosti a v užívání copingových strategií mezi ženami a muži, kteří podstupují léčbu pomocí asistované reprodukce (IVF/ICSI).
- 5) Zjistit, zda existují statisticky významné souvislosti mezi celkovým prožívaným stresem a jednotlivými copingovými strategiemi.
- 6) Zjistit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi prožívanou životní smysluplností a jednotlivými copingovými strategiemi.
- 7) Zjistit, zda se prožívaný stres a smysluplnost života u žen podstupujících léčbu pomocí asistované reprodukce mohou odrazit ve výsledku léčby.

Cíl kvalitativní části:

- 8) Zjistit a popsat, jaké aspekty posttraumatického rozvoje se objevují u žen, které mají několikaletou zkušenost s nedobrovolnou bezdětností.

8.2. Hypotézy a výzkumná otázka

Pro kvantitativní část jsme stanovili na základě dosavadních poznatků celkem osm hypotéz;

První dvě hypotézy předpokládají vliv prožívaného stresu a životní smysluplnosti u ženy na výsledky léčby neplodnosti pomocí metod IVF/ICSI. Podobný vliv se zkoumal např. ve studiích Cooper et al., 2007 a Cesta et al., 2018.

Hypotézy H₃ až H₆ předpokládají signifikantní souvislost mezi vybranými copingovými strategiemi a celkovým prožívaným stresem souvisejícím s neplodností. U copingové strategie Popření jsme předpokládali signifikantní pozitivní korelaci s celkovým stresem jak u žen, tak i mužů (podobně Peterson et al., 2006, Bayley et al., 2009). U copingové strategie Pozitivní reinterpretace jsme předpokládali negativní korelaci s celkovým prožívaným stresem jak u žen, tak i u mužů podstupujících léčbu IVF/ICSI (podobně Peterson et al., 2006 a Ďurašková et al. 2016).

Hypotézy sedm a osm se vztahují k předpokládanému rozdílu v prožívání mezi muži a ženami. Hypotézy předpokládají, že ženy, které podstupují léčbu IVF/ICSI, prožívají stres i ohrožení životního smyslu signifikantně více než muži, kteří podstupují stejnou léčbu (podobně Donarelli et al., 2015; Peterson et al., 2006,).

Jednotlivé hypotézy:

H₁: *Ženy úspěšné po léčbě IVF/ICSI mají signifikantně nižší hodnoty v celkovém prožívání stresu (měřeno FPI), než ženy, u kterých nebyla léčba pomocí IVF/ICSI úspěšná.*

H₂: *Ženy úspěšné po léčbě IVF/ICSI mají signifikantně nižší hodnoty v dotazníku Logo-test než ženy, u kterých nebyla léčba pomocí IVF/ICSI úspěšná.*

H₃: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi strategií **Popření** (měřeno COPE Inventory) a celkovým prožívaným stresem souvisejícím s neplodností (měřeno FPI) u žen podstupujících léčbu pomocí asistované reprodukce.*

H₄: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi strategií **Popření** (měřeno COPE Inventory) a celkovým prožívaným stresem souvisejícím s neplodností (měřeno FPI) u mužů podstupujících léčbu pomocí asistované reprodukce.*

H₅: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi strategií **Pozitivní reinterpretace** (měřeno COPE Inventory) a celkovým prožívaným stresem souvisejícím s neplodností (měřeno FPI) u žen podstupujících léčbu pomocí asistované reprodukce.*

H₆: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi strategií **Pozitivní reinterpretace** (měřeno COPE Inventory) a celkovým prožívaným stresem souvisejícím s neplodností (měřeno FPI) u mužů podstupujících léčbu pomocí asistované reprodukce.*

H₇: *Ženy, které podstupují léčbu IVF/ICSI mají signifikantně vyšší hodnoty v celkovém prožívání stresu (měřeno FPI) než muži, kteří podstupují léčbu neplodnosti pomocí IVF/ICSI.*

H₈: *Ženy, které podstupují léčbu pomocí IVF/ICSI mají signifikantně vyšší hodnoty v dotazníku Logo-test než muži, kteří podstupují léčbu pomocí IVF/ICSI.*

V kvalitativní části jsme položili výzkumnou otázku, která zněla:

„Jaké aspekty posttraumatického rozvoje nacházíme u žen, které mají několikaletou zkušenost s nedobrovolnou bezdětností?“

9. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU – kvantitativní část

Jelikož chceme naši práci navázat na výzkumy, které se snažily řešit obdobné téma jako my, zvolili jsme podle jejich vzoru kvantitativní metodologický přístup, konkrétně pak typ prospektivní studie pro hledání vlivu psychologických faktorů na léčbu (data byla sebrána v počátku léčby a následně se sledoval výsledek léčby – klinická gravidita) a vedle toho typ korelační studie pro zkoumání možných souvislostí mezi prožívaným stresem, životní smysluplností a copingovými strategiemi. Metodou získávání dat byly zvolené psychologické dotazníky, které jsme administrovali ženám a mužům v počátku léčby IVF/ICSI formou tužka-papír.

9.1. Metody získávání dat

V rámci našeho výzkumu jsme se rozhodli sledovat u mužů a žen míru jejich prožívaného stresu, životní smysluplnosti a copingové strategie. Pro sledování stresu jsme užili dotazník FPI (*Fertility Problem Inventory*).

9.1.1. Fertility Problem Inventory (FPI)

Dotazník FPI jsme se rozhodli použít z toho důvodu, že je upraven pro měření stresu souvisejícího právě se situací neplodnosti a je běžně užívaný ve většině zahraničních výzkumů (Awtani et al., 2017; Donarelli et al., 2015; Peterson et al., 2006). Kromě jeho celosvětového rozšíření je jeho výhodou také přijatelná délka pro vyplňování. Nevýhodou pro nás bylo, že tento dotazník nebyl doposud přeložen do českého jazyka a také mu chybí normy pro českou populaci. Vzhledem k tomu, že ale v našem prostředí neexistuje žádný jiný měrný nástroj pro zjišťování míry stresu souvisejícího výhradně s neplodností, rozhodli jsme se přeložit si tento dotazník sami. Překlad do češtiny dělaly dvě překladatelky z anglického jazyka nezávisle na sobě, konečnou úpravu překladu jsme si pak na základě srovnání jejich překladů dělaly sami (viz příloha č. 3).

Inventář FPI byl vytvořen autory C. R. Newtonem, W. Sherrardem a I. Glavacem v roce 1999. Skládá se celkem ze 46 položek rozdělených do pěti subškál. Každá ze subškál se týká specifického obsahu stresu, který je obvykle spojován se situací neplodnosti. Součtem všech subškál se pak počítá celkový (globální) stres.

Jednotlivé škály jsou:

Stres v oblasti sociální (*social concern*): vysoké skóre v této škále svědčí o citlivosti na připomínky, komentáře a otázky kolem neplodnosti. Dále ukazuje na pocity odcizení nebo izolace od vrstevníků a rodiny a obecné těžkosti nacházet sociální aktivity. Škála obsahuje deset položek, např. „*Je pro mne těžké trávit čas s přáteli, kteří mají děti.*“ apod.

Stres v oblasti sexuální (*sexual concern*): vysoké skóre v této škále ukazuje na ztrátu radosti ze sexuálních kontaktů, pocity tlaku na tzv. kalendářní sex a ztrátu sexuálního sebevědomí. Tato škála obsahuje celkem 8 položek, např. „*Při sexu dokážu myslet jen na to, že chci dítě.*“

Stres v oblasti partnerství (*relationship concern*): vysoké skóre ukazuje na problémy otevřeně a konstruktivně mluvit o neplodnosti s partnerem, na obtížnost akceptovat rozdíly v prožívání u partnera, ukazuje na obavy o budoucnost vztahu. Tato škála má celkem 10 položek, např. „*Můj partner (moje partnerka) nechápe, jaký vliv na mě mají problémy s plodností.*“

Odmítání bezdětného života (*rejection of childfree lifestyle*): vysoké skóre v této škále ukazuje na potíže přijmout bezdětný život, negativní pohled na život bez dítěte. Jde o představu, že budoucí štěstí je odvislé od toho mít dítě a ukazuje na odmítání přijmout jiné role jako také uspokojující. Tato škála má 8 položek typu „*Dokázal(a) bych si představit šťastný společný život bez dítěte (nebo dalšího dítěte)*“.

Potřeba rodičovství (*need for parenthood*): vysoké skóre v této škále ukazuje na silnou identifikaci s rolí rodiče, na zakoušení rodičovství jako primárního a esenciálního cíle v životě. Tato škála obsahuje deset položek, např. „*Být rodičem je pro mne mnohem důležitější než dobrá kariéra*“ nebo „*kvůli našim problémům s plodností si připadám prázdný/á.*“

Celkový stres (*global stress*): jde o celkové skóre, součet všech subškál dohromady. Měří tak celkový stres týkající se neplodnosti.

Instrukce dotazníku zní; „*Přečtěte si, prosím, následující výroky. Zamyslete se nad tím, nakolik tyto výroky odpovídají tomu, co prožíváte. Vaši odpověď pak označte křížkem.*“ A následují jednotlivé výroky, kdy respondent zaškrťává na šestibodové stupnici, od „*rozhodně nesouhlasím (1 bod)*“ po „*rozhodně souhlasím (6 bodů)*“, některé položky je potřeba počítat reverzně.

Maximální počet bodů, které může participant dosáhnout je tak 276 bodů a minimální hodnota je 46 bodů. Čím vyšší je hodnota, tím vyšší je míra prožívaného stresu. Vzhledem k tomu, že jsme dotazník překládali do českého jazyka, rozhodli jsme se prověřit jeho vnitřní konzistenci Crombachovou alfou. Ta nám vyšla $\alpha=0,89$ a dotazník tedy vykazuje dobrou

reliabilitu, podrobněji viz tab. č. 1. Podrobné výsledky položkové analýzy uvádíme v příloze č. 3.

Tab. 1: Výpočet Cronbachovy alfy u českého překladu dotazníku FPI (n=158)

FPI	Cronbachova Alfa	Počet položek
Suma FPI	0,89	46
Sociální stres	0,78	10
Sexuální stres	0,82	8
Stres v partnerství	0,80	10
Odmítání bezdět. života	0,84	8
Potřeba rodičovství	0,79	10

9.1.2. Logo-test

Logo test jsme zvolili pro zjišťování, jak moc jsou ohroženi lidé trpící neplodností ztrátou životního smyslu. Z nástrojů na měření životního smyslu se nám zdál nejvhodnější – jak co do srozumitelnosti otázek, tak i své délky (nezabere déle než 20 minut).

Dotazník vytvořila E. S. Lukasová na základě teoretických konceptů vypracovaných V. E. Franklem (viz kap. 5) o prožívané smysluplnosti a existenciální frustraci. Do českého prostředí tento dotazník uvedl Karel Balcar v roce 1992 a ponechal v něm původní rakouské normy. Test umožňuje posoudit, v jakém stupni a v kterých ohledech člověk prožívá svůj život jako naplněný smyslem, anebo naopak strádá prožíváním nesmyslnosti života (Balcar, 1992).

Dotazník má mírně upravené znění pro ženy a muže a lze jej použít od 16 let výše pro všechny věkové kategorie. Je rozdělen na tři části.

V první části odpovídá proband na 9 otázek a má posoudit, zda se daná otázka/výrok k němu hodí. Vybírá k tomu z odpovědí Ano/Ne/neodpovídá – nechává okénko prázdné. Jsou zde uvedeny výroky typu např. „*V povolání, které nyní vykonávám nebo pro které se připravuji, vidím své pravé uplatnění.*“ nebo „*Věřím, že mám v životě nějaký úkol (ať v oblasti mravní, společenské, ve službě pokroku apod.) a snažím se jej plnit.*“

Druhá část dotazníku se skládá ze sedmi tvrzení, které popisují nějaké prožitky a proband má určit, jak často tyto prožitky v poslední době zažíval. Zaškrťává ze tří možných variant: velmi často, občas, nikdy. Jde o popisy např.: „*Poznání, že se snažím před sebou samým(ou) nebo před jinými lidmi ukazovat svůj život lepší či plnější, než doopravdy je.*“ nebo „*Takový neklid, který mne zbavuje rozumného pohledu na věci a trápi mě tak, že ztrácím zájem o to, co se děje.*“

Třetí část dotazníku obsahuje i kvalitativní část, kdy je respondent vyzván, aby se písemně vyjádřil, jak sám sebe hodnotí, když si porovná, co v životě chtěl, o co se snažil a čeho z toho vlastně docílil. Této části předchází ukázka tří krátkých příběhů popisujících tři různé osudy člověka. Respondent má pak z těchto příběhů vybrat, který popisuje člověka nejméně šťastného a který člověka, který nejvíce trpí.

Nakonec se sečte bodové skóre všech tří částí testu. Čím vyšší je skóre, tím více lze usuzovat na potíže v otázkách prožívaného smyslu života. Při vysokém počtu bodů lze tvrdit, že člověk je ohrožen „existenciální prázdnotou“ (Balcar, 1992).

9.1.3. Coping Orientation to Problems Experienced (COPE Inventory)

Pro měření copingových strategií jsme se rozhodli použít dotazník *COPE Inventory*, jehož autory jsou C. S. Carver, M. F. Scheier a J. K. Weintraub (1989). Tito autoři dávají svůj dotazník k dispozici veřejnosti na svých univerzitních webových stránkách. Pro COPE jsme se rozhodli především ze dvou důvodů – není příliš dlouhý a byl použit před námi v řadě zahraničních výzkumů týkajících se neplodnosti. V českém prostředí se nejedená o dotazník neznámý, je používán (především ve své zkrácené verzi *Brief COPE* (1997)) převážně brněnskými studenty psychologie, dále byl použit ve výzkumných počínech např. B. Vašíny (2002) či F. Baumgartnera (2010) etc.

Autoři dotazníku jej vytvořili na základě teoretického přístupu a definovali nakonec patnáct konceptuálně různých copingových strategií. Dotazník celkem obsahuje 60 položek, čtyři položky pro každou z patnácti škál. Jednotlivé položky obsahují vždy nějaké tvrzení, například „vzdávám se snahy získat to, co chci“ a proband zaškrťává na čtyřbodové stupnici od „toto nedělám nikdy“ až po „toto dělám skoro vždy“. COPE má dvě varianty, dispoziční a situační, které se v anglickém originále liší jen použitím jiného slovesného času v položkách. U dispoziční varianty jde o užití předpřítomného času a u situační varianty o užití času prostého minulého. Situační dotazník je určen k administraci tam, kde se zpětně ptáme na konkrétní událost (viz příloha č. 3).

Pro naše účely jsme použili dispoziční verzi COPE, a to v překladu Michala Tichého (2011), který nám jej ochotně propůjčil. Dotazník jsme ale pro naše účely převedli do feminina, neboť jsme jej administrovali pouze ženám.

Sledované copingové strategie lze podle autorů podřazovat pod coping zaměřený na problém, coping zaměřený na emoce a méně užitečné (spíše maladaptivní) copingové strategie. Dvě strategie, které byly do dotazníku přidány později, zůstaly nezařazeny. Autoři

se dále pokusili strategie hypoteticky rozdělit na adaptivní a dysfunkční. Stručně zde uvádíme charakteristiku jednotlivých strategií a dále jejich možné rozdělení (srov. tab. č. 2 a tab. č. 3.).

Aktivní coping (COPE1): jde o proces, kdy člověk aktivně volí kroky k tomu, aby odstranil či obešel stresor, nebo aby zlepšil jeho dopady. Zahrnuje iniciativní přímou akci, zvýšení snah a pokusy zvládnout stresor postupnými kroky.

Plánování (COPE2): Jde o uvažování, jak naložit se stresorem, je spojeno s přemýšlením o tom, jakou zvolit strategii a jaké učinit kroky.

Potlačení interferujících aktivit (COPE3): vedlejší aktivity se dávají stranou, jde o snahu vyhnout se tomu být vyrušován jinými událostmi. Některé věci i člověk zanedbává, pokud je to nutné k tomu, aby se člověk mohl vyrovnat se stresorem.

Odložení řešení na vhodnou dobu (Zdrženlivost) (COPE4): Jde o čekání na vhodnou příležitost k činu, držení se zpátky.

Hledání instrumentální sociální opory (COPE5): Jde o hledání rady, pomoci či vyhledávání informací.

Hledání emocionální soc. opory (COPE6): Jde o hledání morální opory, soucitu nebo porozumění.

Pozitivní reinterpretace a růst (COPE7): jde o přerámování, snahu převést stresující události do pozitivních termínů.

Akceptace (COPE8): jde o přijetí reality stresové situace.

Náboženský coping (COPE9): jde o obrácení se k náboženství v době ohrožení stresovou událostí.

Soustředění se na emoce a jejich ventilaci (COPE10): jde o tendenci se soustředit na distres či smutek, který člověk prožívá a ventilování těchto pocitů.

Popření (COPE11): Jde o odmítání přijetí, že stresor existuje, snahu jednat tak, jako by stresor nebyl reálný.

Behaviorální vzdání se (COPE12): jde o redukci snah o řešení stresoru, vzdání se úsilí dosáhnout cílů. Jde o fenomén spojovaný často s bezmocí.

Mentální vzdání se (COPE13): vyskytuje se tam, kde podmínky nedovolují Behaviorální vzdání se. Jde o konání takových aktivit, které odklání mysl od problému – denní snění, sledování TV a podobně.

Užívání návykových látek (COPE14): tendence zvládat stres pomocí návykových látek – alkohol, léky a podobně.

Humor (COPE15): jde vyrovnávání se se stresem pomocí humoru, o schopnost postavit stresující situaci do jiné perspektivy a odlehčit si tak.

Autoři se pokusili rozdělit jednotlivé strategie na ty, které jsou zaměřené na emoce, a ty, které jsou zaměřeny na problém, dále se pokusili ještě rozdělit strategie, které jsou spíše adaptivní, a ty, které jsou spíše neadaptivní pro zvládnání stresu.

Tab. 2: Rozdělení copingových strategií na PFC (na problém orientovaný coping), EFC (na emoce orientovaný coping a MA (spíše maladaptivní coping)

Označení strategie	Název strategie	PFC/ EFC/ MA
COPE1	Aktivní coping	PFC
COPE2	Plánování	PFC
COPE3	Potlačení interferujících aktivit	PFC
COPE4	Odložení řešení na vhodnou dobu/Zdržlivost	PFC
COPE5	Hledání instrumentální sociální opory	PFC
COPE6	Hledání emocionální sociální opory	EFC
COPE7	Pozitivní reinterpretace a růst	EFC
COPE8	Akceptace	EFC
COPE9	Náboženský coping	EFC
COPE11	Popření	EFC
COPE10	Soustředění se na emoce a jejich ventilaci	MA
COPE12	Behaviorální vzdání se/neangažovanost chování	MA
COPE13	Mentální vzdání se	MA

(Nezařazeno autory zůstalo COPE14 Užívání návykových látek a COPE15 Humor.)

Tab. 3: Hypotetické rozdělení copingových strategií na adaptivní (A) a maladaptivní (MA)

Označení strategie	Název strategie	A/MA
COPE1	Aktivní coping	A
COPE2	Plánování	A
COPE3	Potlačení interferujících aktivit	A
COPE4	Odložení řešení na vhodnou dobu/Zdržlivost	A
COPE7	Pozitivní reinterpretace a růst	A
COPE8	Akceptace	A
COPE5	Hledání instrumentální sociální opory	A/MA
COPE6	Hledání emocionální sociální opory	A/MA
COPE10	Soustředění se na emoce a jejich ventilaci	MA
COPE11	Popření	MA
COPE12	Behaviorální vzdání se/Neangažovanost chování	MA
COPE13	Mentální vzdání se	MA
COPE14	Užívání návykových látek	MA

(Nezařazen původními autory zůstal humor a náboženský coping, které se obvykle pak přiřazují k adaptivním strategiím.)

Instrukce dotazníku je autory formulována obecně „*jak se obvykle vyrovnáváte se stresovými situacemi*“. Autoři však uvádějí (Carver et al., 1989), že znění instrukce může být libovolně upravováno. Pro naše potřeby jsme tedy znění instrukce pro pacientky upravili tak, aby se zvládání stresu vztahovalo na stresové situace týkající se neplodnosti a její léčby. Námi použitá instrukce pak zněla: „*U každé položky označte křížkem, co obvykle děláte, když se vyrovnáváte s nějakou ze stresujících událostí, které vás potkávají v poslední době a týkají se nemožnosti přirozeně počít miminko. (Např. zjištění, že se nedaří počít normální cestou, podstoupení lékařských vyšetření a čekání na výsledky, a různé jiné stresové události ve Vašem životě od doby, kdy se o miminko snažíte.) Neexistují „správné“ ani „nesprávné“ odpovědi. Odpovídejte uvážlivě a co nejpravdivěji.*“

Carver et al. (1989) uvádějí, že koeficienty reliability (Cronbachova α) se u jednotlivých škál pohybují v rozmezí od 0,93 (COPE14) do 0,45 (COPE13). Hodnotu nižší než 0,6 vykazuje pouze škála COPE13.

9.2. Průběh a organizace výzkumu

Kvantitativní část výzkumu probíhala v Centru asistované reprodukce v Pardubicích, a to mezi lety 2014–2018. Výzkumem jsme navazovali na jiné výzkumné projekty, které jsme v Centru realizovali v předcházejících letech (Ďurašková, 2014 a, 2014 b, 2016). Sběr dat pro výzkum měl na starosti vedoucí embryologické laboratoře tohoto centra. Všechny pacientky i pacienti dostali k vyplnění tři dotazníky: FPI, COPE a Logo-test a zároveň s tím i informovaný souhlas. V něm byli informováni o smyslu a průběhu výzkumu a zároveň o možnosti se ho nezúčastnit nebo z něj kdykoli odstoupit bez udání důvodu. Výzkum byl schválen Etickou komisí při Prvním privátním chirurgickém centru Sanatoria Hradec Králové.

Pacienti dostávali dotazníky k vyplnění většinou několik dní před odběrem oocytů nebo několik dní před embryotranferem, tedy vždy v průběhu léčby IVF/ICSI a před tím, než mohli vědět, zda léčba dopadla úspěšně či ne. Dotazníky dostávali páry domů s tím, že je mají přinést vyplněné (pokud chtějí) při další návštěvě (obvykle v horizontu několika dní). Dotazníky dostávali k vyplnění celé páry – tedy muži i ženy, ale často se stávalo, že je přinesly vyplněné pouze ženy – muži se účastnit výzkumu nechtěli.

9.3. Metody zpracování dat

Pro ověření použitelnosti námi přeložených dotazníků Cope a FPI jsme užili metodu položkovou analýzu.

Pro popis profilů souborů u jednotlivých dotazníků jsme užili deskriptivní statistiku. Pro zmapování souvislostí jsme zvolili Pearsonův korelační koeficient, který je využíván pro zjišťování vzájemného vztahu naměřených hodnot dvou proměnných, značí se písmenem r a nabývá hodnot od -1 do 1. Čím více se hodnota blíží 1, tím je těsnější vztah mezi proměnnými. Pearsonův korelační koeficient je metodou, která pro menší soubory vyžaduje ověření normálního rozložení. Náš soubor byl ale vždy větší než 30 probandů, mohli jsme proto zvolit tuto metodu rovnou a normalitu jsme neověřovali (Hendl, 2009).

Pro ověření vztahu copingových strategií k prožívanému stresu a životní smysluplnosti jsme použili metodu Krokové regresní analýzy. Pro ověření vlivu předcházejících pokusů IVF jsme použili neparametrickou metodu Mann-Whitney U testu a pro ověření možného vlivu příčiny neplodnosti na prožívaný stres a smysluplnost jsme užili Kruskal-Wallisův test.

Pro ověření hypotéz o možném odrazu ve výsledku léčby jsme zvolili parametrickou metodu t-test, který se nejčastěji používá pro testování rozdílu dvou středních hodnot. V našem případě šlo o dvouvýběrový t-test pro dva nezávislé soubory (tzv. nepárový t-test). Ani zde jsme netestovali normalitu rozložení dat, neboť všechny soubory byly větší než 30 probandů (Hendl, 2009).

Za hladinu statistické významnosti byla určena míra 5 %, všechna data byla zpracována pomocí statistického programu SPSS 17.0 (IBM 2008, USA).

9.4. Etické problémy výzkumu

V naší práci jsme se potýkali především se dvěma problémy. Předně jsme museli dbát na to, aby pacienti, kteří podstupují náročnou léčbu, nebyli ještě dále příliš zatíženi výzkumem. Z tohoto důvodu jsme se snažili volit kratší dotazníky. Dotazníky navržené k získávání dat schvalovalo vždy vedení CAR, které se soustředilo především na jejich délku (některé námi navržené dotazníky z těchto důvodů také odmítlo).

Druhým závažným etickým problémem byl fakt, že náš výzkum nemohl být anonymní, neboť dotazníky bylo třeba párovat s dosaženými výsledky léčby a bylo tedy

nutné vědět, které pacientce a kterému pacientovi každý dotazník patřil. Všechny dotazníky jsme proto museli mít podepsané, případně očíslované.

Pacienti při vstupu do výzkumu podepisovali informovaný souhlas (viz příloha č. 3), kde byli seznámeni se smyslem výzkumu, jeho průběhem a s možností se ho neúčastnit nebo z účasti kdykoli odstoupit bez udání důvodu.

Celý výzkum jsme nechali schválit příslušnou etickou komisí při Prvním privátním chirurgickém centru Sanatoria Hradec Králové. Pacientům byla poskytnuta možnost na sebe připsat e-mailovou adresu, pokud by měli zájem být seznámeni s výsledky výzkumu. Překvapilo nás, že řada účastníků a účastnic této nabídky využilo a e-mailovou adresu na sebe připsali.

9.5. Výzkumný soubor

Soubor tvořily páry, které podstupovaly léčbu neplodnosti formou umělého oplodnění (IVF/ICSI) v centru asistované reprodukce v Pardubicích mezi lety 2014–2018. Účast ve výzkumu byla nabídnuta všem z těchto párů, pozváni nebyli pouze ti, kteří podstupovali umělé oplodnění s darovanými oocyty nebo darovanými spermiemi nebo ti, kteří dostatečně nerozumí českému jazyku a měli by tak potíže s vyplněním dotazníků. Soubor byl tvořen páry s různou příčinou neplodnosti a osloveny byly i páry, které šly již na nějaký svůj další pokus v léčbě.

9.5.1. Charakteristiky souboru

Mezi lety 2014–2018 bylo pozváno do výzkumu celkem 133 párů. Účast na výzkumu odmítlo 34 z oslovených žen a 70 z oslovených mužů – viz tab. č. 4. Často se stávalo, že z páru přinesla vyplněné dotazníky pouze žena a muž nikoli. Nestalo se, že by z páru odevzdal dotazníky pouze muž a žena nikoli. Celkový soubor proto nakonec tvořilo 99 žen (74 %) a 63 mužů (47 %) (celkem 162 účastníků), kteří vždy vyplnili všechny tři obdržené dotazníky – viz tab. č. 5. Dá se snad říci, že jde o 99 párů, kde u 63 párů vyplnili dotazníky oba partneři, ze zbývajících 36 párů jej odevzdala pouze žena. Celkem jsme tedy vybrali 486 vyplněných dotazníků.

Příčina neplodnosti v celkovém souboru byla v 35 % na straně ženy, na straně muže byla u 31 % párů, u 29 % párů byla příčina neplodnosti jak na straně ženy, tak na straně muže a u 5 % nebyla příčina známa – viz tab. č. 6.

Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u mužů nejčastěji středoškolské (31 %), následně vysokoškolské (17 %) a 15 mužů bylo vyučených (24 %). U žen oproti tomu bylo nejčastější dokončené vzdělání vysokoškolské (49 %), následně středoškolské (36 %) a 14 žen ze souboru bylo vyučených (15 %) – viz tab. č. 7.

Většina z párů, které se účastnily našeho výzkumu, šla na svůj první pokus IVF, 2 páry a jedna žena podstoupovaly v době výzkumu 3. pokus o umělé oplodnění. 15 žen a 9 mužů šli na svůj druhý pokus léčby. V tabulce č. 8 uvádíme přesné počty mužů a žen, kteří vyplnili dotazníky, rozdělené podle pořadí pokusu léčby, který v době výzkumu podstoupovali.

Průměrná délka neplodnosti byla u párů 2,6 let. Průměrný věk byl u žen 31,8 let a u mužů 34,2 let - viz tab. č. 4.

Tab. 4: Celková účast pacientů na výzkumu a jejich charakteristiky

Soubor	Ženy	Muži	Celkem
osloveno	133	133	266
odmítlo účast	34	70	104
výzkumu se zúčastnilo	99 (74 %)	63 (47 %)	162
průměrný věk	31,85	34,2	
průměrná délka neplodnosti	2,6	2,6	

Tab. 5: Počty získaných vyplněných dotazníků

Dotazník	Ženy	Muži	Celkem
<i>Fertility Problem Inventory</i>	98	63	161
<i>Logo test</i>	99	63	162
<i>COPE Inventory</i>	99	63	162

Tab. 6: Rozdělení souboru podle příčin neplodnosti

Příčina neplodnosti	Počet	Procenta
pouze u ženy	35	35 %
pouze u muže	31	31 %
u muže i ženy	29	29 %
idiopatická	4	5 %
Σ	99	100 %

Tab. 7: Rozdělení souboru podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Ženy	Muži
vyučený	14 (15 %)	15 (24 %)
středoškolské	36 (36 %)	31 (49 %)
vysokoškolské	49 (49 %)	17 (27 %)
Σ	99	63

Tab. 8: Rozdělení souboru žen a mužů podle pořadí pokusu IVF, který páry podstupovaly

Pokus IVF/ICSI	Počet žen	Počet mužů
1. IVF/ICSI	80	52
2. IVF/ICSI	15	9
3. IVF/ICSI	4	2

10. VÝSLEDKY – kvantitativní část

Výsledky prezentujeme postupně v sedmi oddílech. Nejprve uvádíme výsledky deskriptivní statistiky u všech třech sledovaných dotazníků, ve druhém oddíle pak prezentujeme výsledky srovnání prožívání mužů a žen. Ve třetím a čtvrtém oddíle jsou uvedeny výsledky jednotlivých korelací a regresní analýzy sledující vztah mezi copingem a prožívaným stresem a životní smyslem. V pátém oddíle sledujeme možný vliv věku, délky neplodnosti a počtu předcházejících pokusů na prožívaný stres a životní smysluplnost. V šestém oddíle jsou postupně ověřovány jednotlivé hypotézy. V sedmém oddíle jsou výsledky shrnuty a nejdůležitější výsledky budou následně rozebrány v Diskuzi.

10.1. Profil souborů žen a mužů (FPI, Cope Inventory, Logo-test)

V tabulce č. 9 jsou seřazeny výsledky hodnot u mužů (n=63) v dotazníku *Fertility Problem Inventory* podle průměrných hodnot jednotlivých škál. Průměry jsou seřazeny podle pořadí od nejvyšších hodnot k nejmenším, tedy od nejvíce prožívaného stresu k nejméně. V tabulce č. 10 jsou pak podobně seřazeny průměrné hodnoty FPI u žen (n=98). U škály Potřeba rodičovství tři ženy dotazník nevyplnily, proto v této škále počítáme pouze s hodnotami u 95 žen.

Tab. 9: Průměrné hodnoty škál FPI u mužů, kteří podstupují léčbu pomocí IVF (n=63)

Škála FPI	Počet	Pořadí	Průměr	St.odchylka	Min.	Max.
Potřeba rodičovství	63	1.	35,37	7,60	18	54
Odmítání bezdětnosti	63	2.	31,06	7,10	16	46
Stres v partnerství	63	3.	22,13	7,55	10	45
Sociální stres	63	4.	22,13	8,18	10	51
Sexuální stres	63	5.	16,29	6,79	8	35

Nejvyšší míra stresu u mužů, kteří podstupují léčbu neplodnosti pomocí metod IVF/ICSI, je ve škále Potřeba rodičovství ($\bar{x} = 35,37$), která ukazuje na hodnotu rodičovství jako hlavního smyslu či cíle života. Následuje škála Odmítání bezdětnosti ($\bar{x} = 31,06$), ve které je vyjádřena představa, že budoucí štěstí páru je odvislé od toho, že partneři budou mít dítě.

Škály Stres v partnerství ($\bar{x} = 22,13$) a Sociální stres ($\bar{x} = 22,13$) jsou na 3. a 4. místě v pořadí a je mezi jejich hodnotami jen malý rozdíl. Tyto škály měří míru prožívaného stresu souvisejícího s problémy v partnerství a míru prožívaného stresu ve vztazích s lidmi v okolí.

Nejméně stresu v porovnání s ostatními škálami prožívají muži v oblasti sexuální ($\bar{x} = 16,29$), kde jsou vyjádřeny položky související s vnímaným poklesem osobní přitažlivosti a radosti ze sexuálního styku.

Tab. 10: Průměrné hodnoty škál FPI u žen, které podstupují léčbu pomocí IVF (n=98)

Škála FPI	Počet	Pořadí	Průměr	St.odchylka	Min.	Max.
Potřeba rodičovství	95	1.	37,27	7,83	14	54
Odmítání bezdětnosti	98	2.	30,92	7,73	11	47
Stres v partnerství	98	3.	22,74	7,31	10	40
Sociální stres	98	4.	21,83	6,94	10	40
Sexuální stres	98	5.	16,60	6,18	8	34

Nejvyšší míra prožívaného stresu u žen, které podstupují umělé oplodnění, se ukazuje v položce Potřeba rodičovství ($\bar{x} = 37,27$), tato škála se dotýká jejich potřeby být rodičem jako hlavního smyslu či cíle života. Druhá nejvyšší hodnota je naměřena ve škále Odmítání bezdětnosti ($\bar{x} = 30,92$), která vyjadřuje prožívaný stres v souvislosti s představou života, který by byl bez dítěte. Následuje škála Stres v partnerství ($\bar{x} = 22,74$), která je zaměřena na prožívání neshod mezi partnery v souvislosti s neplodností. Velmi blízko se nachází v pořadí čtvrtá škála Sociální stres ($\bar{x} = 21,83$), která odráží vnímaný stres v sociálních situacích. Poslední v pořadí se nachází škála Sexuální stres ($\bar{x} = 16,60$). Tato škála odráží míru prožívaného stresu v sexuálním životě.

Profil souboru žen a mužů z hlediska COPE Inventory

V tabulce č. 11 jsou uvedeny průměrné hodnoty jednotlivých copingových strategií v dotazníku *COPE Inventory*, jak jsme je naměřili u mužů, kteří podstupovali léčbu neplodnosti. Jednotlivé hodnoty jsme seřadili podle pořadí podle velikosti. Platí, že vyšší hodnoty naměřené v copingových strategiích ukazují na častější užívání dané strategie. Instrukce dotazníku byla sepsána tak, aby vedla muže i ženy k uvedení způsobů, které

obvykle užívají pro zvládání stresu kolem neplodnosti a její léčby. V tabulce č. 12 jsou podobně uvedeny hodnoty naměřené v COPE Inventory u žen.

Tab. 11: Průměrné hodnoty copingových strategií u mužů podstupujících IVF/ICSI (n=63)

Coping strategie	Pořadí	Počet	Min.	Max.	Průměr	St. odchylka
Plánování	1.	63	5	16	11,59	2,47
Pozitivní reinterpretace a růst	2.	63	5	15	11,14	2,21
Akceptace	3.	63	4	16	10,60	2,52
Aktivní coping	4.	63	6	16	10,40	2,09
Zdrženlivost	5.	63	6	13	9,41	2,04
Potlačení konkurenčních aktivit	6.	63	4	14	9,00	2,21
Využívání instrumentální soc. opory	7.	63	4	13	8,82	2,09
Mentální neangažovanost,	8.	63	4	13	8,35	2,03
Ventilace emocí	9.	63	4	13	8,32	2,10
Využívání emoc. soc. opory	10.	63	4	12	8,10	2,07
Humor	11.	63	4	16	8,05	3,68
Popření	12.	63	4	10	6,35	1,64
Neangažovanost chování	13.	63	4	9	5,56	1,69
Náboženský coping	14.	63	4	16	5,29	2,59
Zneužívání alkoholu a jiných drog	15.	63	4	12	5,13	2,13

Z uvedené tabulky lze vyčíst, že se muži s neplodností a její léčbou nejčastěji vyrovnávají pomocí strategie Plánování ($\bar{x} = 11,59$), Pozitivní reinterpretace ($\bar{x} = 11,14$), Akceptace ($\bar{x} = 10,60$) a Aktivního copingu ($\bar{x} = 10,40$). Všechny tyto kategorie jsou považovány autorem dotazníku (Carver et al., 1989) za obecně adaptivní strategie zvládání stresu.

Další strategie, které muži užívají pro zvládání stresu v souvislosti s neplodností, jsou Zdrženlivost ($\bar{x} = 9,41$) a Potlačení konkurenčních aktivit ($\bar{x} = 9,00$). I tyto dvě strategie se řadí mezi obecně adaptivní způsoby pro zvládání stresu.

Na sedmém místě v porovnání s ostatními strategiemi je copingová strategie nazvaná Využívání instrumentální opory ($\bar{x} = 8,82$), která bývá řazena spíše situačně, někdy mezi adaptivní strategie, jindy mezi spíše neadaptivní. Na osmém a devátém místě, jen s malým rozdílem mezi sebou, jsou strategie Mentální neangažovanost ($\bar{x} = 8,35$) a Ventilace emocí

($\bar{x} = 8,32$). Tyto strategie bývají řazeny Carverem et al. (1989) mezi obecně neadaptivní způsoby, jak se vyrovnávat se stresem. Desátou strategií v užívání, v porovnání s ostatními strategiemi, je strategie Využívání emocionální opory ($\bar{x} = 8,10$), která se občas řadí mezi adaptivní a občas mezi spíše maladaptivní strategie pro zvládnání stresu.

Ke zvládnání stresu v souvislosti s neplodností muži nejméně často užívají strategie Humor ($\bar{x} = 8,05$), Popření ($\bar{x} = 6,35$), Neangažovanost chování ($\bar{x} = 5,56$), Náboženský coping ($\bar{x} = 5,29$), a Zneužívání drog ($\bar{x} = 5,13$). Z těchto strategií se mezi obecně adaptivní ještě někdy řadí Humor a Náboženský coping, ostatní z těchto strategií jsou považovány za maladaptivní.

Můžeme shrnout, že muži se s neplodností vyrovnávají nejčastěji pomocí adaptivních strategií.

Tab. 12: Průměrné hodnoty jednotlivých copingových strategií žen, které podstupují léčbu IVF/ICSI (n=99)

Coping strategie	Pořadí	Počet	Min.	Max.	Průměr	St. odchylka
Pozitivní reinterpretace a růst	1.	99	5	16	11,86	2,19
Plánování	2.	99	5	16	11,75	2,01
Akceptace	3.	99	6	16	11,29	1,95
Aktivní coping	4.	99	4	15	11,14	1,89
Využívání emocionální a sociální opory	5.	99	4	16	10,99	2,55
Využívání instrumentální soc. opory	6.	99	4	16	10,56	2,33
Mentální neangažovanost	7.	99	4	13	9,80	1,77
Ventilace emocí	8.	99	4	16	9,72	2,08
Zdrženlivost	9.	99	4	13	8,87	1,82
Potlačování konkurenčních aktivit	10.	99	4	14	8,61	2,04
Humor	11.	99	4	16	8,00	3,16
Popření	12.	99	4	13	7,24	1,98
Náboženský coping	13.	99	4	16	6,88	3,29
Neangažovanost chování	14.	99	4	10	6,27	1,73
Zneužívání alkoholu a jiných drog	15.	99	4	12	4,71	1,63

Ženy se s neplodností a její léčbou vyrovnávají nejčastěji pomocí strategií Pozitivní reinterpretace ($\bar{x} = 11,86$), Plánování ($\bar{x} = 11,75$), Akceptace ($\bar{x} = 11,29$), a Aktivního copingu ($\bar{x} = 11,14$). Všechny tyto strategie jsou řazeny autory dotazníku Carverem et al.

(1989) mezi obecně adaptivní strategie. Podobně dvě další nejčastěji užívané strategie Využívání emocionální sociální opory ($\bar{x} = 10,99$), a Využívání instrumentální opory ($\bar{x} = 10,56$), jsou obecně považovány za adaptivní strategie ke zvládnání stresu. Můžeme tedy říci, že ženy užívají nejčastěji ke zvládnání neplodnosti a její léčby obecně adaptivní strategie.

Sedmou a osmou nejčastěji užívanou strategií v porovnání s ostatními je strategie Mentální neangažovanost ($\bar{x} = 9,80$) a strategie Ventilace emocí ($\bar{x} = 9,72$), které Carver et al. (1989) označuje za obecně maladaptivní. Další v pořadí je Zdrženlivost ($\bar{x} = 8,87$) a strategie Potlačování konkurenčních aktivit ($\bar{x} = 8,61$), které jsou považovány autorem dotazníku za obecně adaptivní strategie zvládnání stresu.

Nejméně často ženy využívají strategií Humor ($\bar{x} = 8,00$), Popření ($\bar{x} = 7,24$), Náboženský coping ($\bar{x} = 6,88$), Neangažovanost chování ($\bar{x} = 6,27$) a Zneužívání drog ($\bar{x} = 4,71$). Z těchto strategií je za adaptivní ještě považován Humor a Náboženský coping, ostatní strategie jsou popisovány (Carver et al., 1989) jako obecně neadaptivní.

Výsledky žen a mužů v LOGO testu

Dotazník *Logo test* (Balcar, 1992) neobsahuje žádné podškály, jako jsme měli v předcházejících metodách. Měří pouze celkovou hodnotu ohrožení ztrátou smysluplnosti. Platí v něm, že čím vyšší číslo v dotazníku proband má, tím méně smysluplnosti v životě zažívá a je více ohrožen existenciální frustrací. Dotazník obsahuje také třetí kvalitativní část, kdy se má proband vyjádřit k hodnocení úspěšnosti vlastního života. Tuto třetí část jsme nechali pro pacienty v léčbě neplodnosti dobrovolnou a skutečně ji vyplnila jen malá část z oslovených (asi 15 pacientů). Proto jsme se nakonec rozhodli tento díl třetí části hodnotit plošně 2 body – jak je doporučeno v instrukcích testu pro případy, že část zůstane nevyplněna. Ostatní části byly všemi účastníky již vyplněny řádně a kompletně.

V tabulce č. 13 uvádíme průměrné hodnoty naměřené u žen a u mužů. Průměrná hodnota naměřená v dotazníku u žen je $\bar{x} = 8,98$ a o něco více u mužů, kde činí $\bar{x} = 9,49$.

Tab. 13: Průměrné hodnoty v LOGO testu u mužů a žen podstupujících léčbu pomocí umělého oplodnění

LOGO - test	Počet	Průměr	Min.	Max.	St. odchylka
muži	63	9,49	4	22	3,61
ženy	99	8,98	4	16	2,69

Ve srovnání s rakouskými normami pro věk 30–39 let, které jsou publikovány v příručce k české verzi testu (Balcar, 1992), spadají námi naměřené průměry do části 25 % populace, která vykazuje dobrý stupeň životního smyslu. V souboru 63 mužů byl pouze jeden muž, který měl vyšší hodnotu než 18 bodů, a to 22 bodů (viz tab. č. 13), která by spadala do 25 % aktuálně ohrožené populace. Z žen do této ohrožené kategorie nespádala ani jedna z účastnic (zde naměřená nejvyšší hodnota 16 bodů spadá do 50 % populace s průměrnou úrovní prožívané životní smysluplnosti).

10.2. Rozdíly mezi muži a ženami (FPI, Cope Inventory, Logo - test)

Sledovali jsme, zda existují rozdíly mezi muži a ženami v prožívání situace neplodnosti a její léčby. V tabulce č. 14 nacházíme hodnoty t-testu pro dotazník FPI. V tabulce čteme, že mezi průměry ve všech škálách dotazníku ani v celkové sumě prožívaného stresu neexistují statisticky významné rozdíly mezi ženami a muži ($p > 0,05$).

Tab. 14: Výsledné hodnoty t-testu u jednotlivých položek dotazníku FPI

FPI	Pohlaví	Počet	Průměr	St. odchylka	T	p
Potřeba rodičovství	Žena	95	37,28	7,83	-1,52	0,13
	Muž	63	35,37	7,60		
Odmítání bezdětnosti	Žena	98	30,61	8,30	0,36	0,72
	Muž	63	31,06	7,10		
Stres v partnerství	Žena	98	22,51	7,63	-0,31	0,76
	Muž	63	22,13	7,56		
Sexuální stres	Žena	98	16,43	6,37	-0,14	0,89
	Muž	63	16,27	6,79		
Sociální stres	Žena	98	21,61	7,24	0,42	0,67
	Muž	63	22,12	8,18		
Celková suma	Žena	95	128,95	24,97	-0,49	0,62
	Muž	63	126,97	23,78		

Stejně tak jsme hledali rozdíly v prožívání životního smyslu u žen a mužů, V tabulce č. 15 vidíme, že muži vykazují vyšší průměrnou hodnotu v dotazníku Logo - test než ženy (muži $\bar{x} = 9,49$; ženy $\bar{x} = 8,98$). Mezi naměřenými hodnotami ale nenacházíme statisticky významný rozdíl ($t = 1,03$, $p > 0,05$).

Tab. 15: Výsledné hodnoty t-testu v Logo-testu

Logo – test	Pohlaví	Počet	Průměr	St. odchylka	t	P
Celková suma	Muž	63	9,49	3,61	1,03	0,30
	Žena	99	8,98	2,70		

Jako poslední jsme srovnávali rozdíly v užívání jednotlivých copingových strategií žen a mužů podstupujících léčbu IVF/ICSI. V tabulce č. 16 vidíme, že u devíti strategií je signifikantní rozdíl mezi jejich užíváním u mužů a u žen (na 5% hladině významnosti). Ostatních 6 strategií (Humor, Odložení řešení na pozdější dobu, Zneužívání drog, Akceptace, Potlačování konkurenčních aktivit a Plánování) je bez statistického rozdílu.

Copingové strategie Pozitivní Reinterpretace ($t = -2,02$, $p < 0,05$), Ventilace emocí ($t = -4,15$, $p < 0,05$), Využívání instrumentální opory ($t = -4,79$, $p < 0,05$), Aktivní coping ($t = -2,35$, $p < 0,05$), Popření ($t = -2,99$, $p < 0,05$), Náboženský Coping ($t = -3,26$, $p < 0,05$), Neangažovanost chování ($t = -2,56$, $p < 0,05$), Využívání emocionální sociální opory ($t = -7,55$, $p < 0,05$)

a Mentální neangažovanost ($t = -4,8$, $p < 0,05$) jsou všechny užívány signifikantně více (častěji) ženami než muži.

Tab. 16: Výsledky t-testu u jednotlivých copingových strategií v Cope Inventory

COPE Inventory	Pohlaví	Počet	Průměr	St. odchylka	t	p
Pozitivní reinter.	muž	63	11,14	2,21	-2,02	0,04
	žena	99	11,86	2,19		
Ventilace emocí	muž	63	8,32	2,11	-4,15	0,001
	žena	99	9,72	2,08		
Využívání instr. soc. opory	muž	63	8,83	2,09	-4,79	0,001
	žena	99	10,56	2,33		
Aktivní coping	muž	63	10,39	2,09	-2,35	0,02
	žena	99	11,14	1,89		
Popření	muž	63	6,35	1,64	-2,99	0,01
	žena	99	7,24	1,97		
Náb. coping	muž	63	5,29	2,58	-3,26	0,01
	žena	99	6,88	3,29		
Humor	muž	63	8,05	3,68	0,09	0,93
	žena	99	8,000	3,16		
Neangažovanost chování	muž	63	5,56	1,68	-2,56	0,01
	žena	99	6,26	1,73		
Odložení řešení na pozdější dobu	muž	63	9,41	2,04	1,77	0,08
	žena	99	8,87	1,82		
Využívání em. soc. opory	muž	63	8,09	2,08	-7,55	0,001
	žena	99	10,99	2,55		
Zneužívání alkoh. a jiných drog	muž	63	5,13	2,13	1,42	0,16
	žena	99	4,71	1,63		
Akceptace	muž	63	10,60	2,52	-1,926	0,06
	žena	99	11,28	1,95		
Potlač. konkurenč. Aktivit	muž	63	9,00	2,21	1,16	0,25
	žena	99	8,61	2,04		
Plánování	muž	63	11,59	2,47	-0,45	0,65
	žena	99	11,75	2,00		
Mentální neangažovanost	muž	63	8,35	2,03	-4,80	0,001
	žena	99	9,79	1,77		

Závěrem lze shrnout, že nenacházíme signifikantní rozdíly v prožívání žen a mužů v dotazníku FPI ani v Logo - testu, tedy prožívání stresu a ohroženost ztrátou smyslu prožívají muži a ženy podobně. Statistické rozdíly nacházíme v používání jednotlivých copingových strategií. Ženy používají signifikantně častěji než muži strategie Pozitivní Reinterpretace, Ventilace emocí, Využívání instrumentální opory, Aktivní coping, Popření, Náboženský coping, Neangažovanost chování, Využívání emocionální sociální opory a Mentální neangažovanost.

10.3. Korelace copingových strategií s celkovým stresem a prožívanou smysluplností.

Dále jsme se rozhodli zkoumat souvislosti mezi celkovým prožívaným stresem a jednotlivými copingovými strategiemi u mužů i žen, které podstupují léčbu pomocí IVF. Podobně jsme hledali souvislosti mezi jednotlivými copingovými strategiemi a mírou prožívané smysluplnosti (Logo - test). Souvislosti jsme hledali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Výzkumný soubor tvořilo 63 mužů a 99 žen (celková suma se počítala jen u 95 žen, protože 4 ženy nevyplnily dotazník kompletně). Výsledky a jejich statistickou významnost uvádíme v tabulce č. 17 pro ženy a v tabulce č. 18 pro muže.

Tab. 17: Korelace mezi jednotlivými copingovými strategiemi (COPE Inventory), celkovým stresem (FPI) a ohrožením ztrátou smyslu (Logo - test) u žen, které podstupují léčbu pomocí IVF (n=99)

Coping strategie		Suma prožívaného stresu	Logo - test
Pozitivní reinterpretace a růst	r	-0,42	-0,51
	p	0,001	0,001
Mentální neangažovanost	r	0,14	-0,08
	p	0,18	0,43
Zaměření na emoce a jejich ventilaci	r	0,09	0,13
	p	0,36	0,19
Využívání instrumentální sociální opory	r	0,01	-0,16
	p	0,89	0,12
Aktivní coping	r	-0,08	-0,27
	p	0,47	0,01
Popření	r	0,31	0,16
	p	0,01	0,13
Náboženský coping	r	0,04	-0,15
	p	0,70	0,14
Humor	r	-0,26	-0,47
	p	0,01	0,001
Neangažovanost chování	r	0,19	0,30
	p	0,07	0,002
Zdrženlivost	r	-0,01	-0,04
	p	0,92	0,71
Využívání emocionální soc. opory	r	-0,11	-0,21
	p	0,30	0,04
Zneužívání alkoholu a drog	r	0,19	-0,08
	p	0,22	0,44
Potlačení konkurenčních aktivit	r	0,18	0,02
	p	0,09	0,82
Plánování	r	-0,05	-0,29
	p	0,61	0,002
Akceptace	r	-0,38	-0,20
	p	0,001	0,04

Statisticky významná souvislost s celkovým prožívaným stresem u žen byla nalezena u těchto strategií: Pozitivní reinterpretace, Popření, Humor a Akceptace. U strategie Popření

se jednalo o pozitivní korelaci, síla závislosti je střední ($r=0,31$) a hladina významnosti $p<0,05$. Platí, že čím více je tato strategie ženami užívána, tím vyšší jsou hodnoty naměřeného celkového stresu.

Strategie Pozitivní reinterpretace, Humor a Akceptace korelovaly naopak s celkovým stresem negativně – tedy čím více jsou tyto strategie ženami užívány, tím naopak jsou hodnoty celkového stresu nižší. Závislost mezi strategií Humor a sumou stresu je slabá ($r=-0,26$), významnost je na hladině $p<0,05$. Síla negativní závislosti mezi strategií Pozitivní reinterpretace ($r=-0,42$), Akceptací ($r=-0,38$) a celkovým prožívaným stresem je střední a na hladině významnosti $p<0,001$. Ostatní korelace copingových strategií s celkovým stresem jsou bez statistické významnosti.

Strategie, které u žen signifikantně korelovaly s celkovou hodnotou dotazníku Logo test, která měří míru ohrožení ztrátou smysluplnosti, jsou: Pozitivní reinterpretace, Aktivní coping, Humor, Neangažovanost chování, Využívání emocionální sociální opory, Plánování a Akceptace. Strategie Neangažovanost chování korelovala s ohrožením ztrátou smysluplnosti (suma Logo testu) středně ($r=0,30$) na statistické hladině významnosti $p<0,01$, jednalo se o korelaci pozitivní – tedy čím více je tato strategie ženami užívána, tím vyšší jsou hodnoty ohrožení ztrátou smyslu.

Ostatní strategie byly v opačném vztahu, tedy jejich užívání souviselo s nižšími hodnotami se sumou v Logo testu. Strategie Pozitivní reinterpretace a suma v logu testu korelovala středně silně ($r=0,51$) a statistická významnost závislosti byla $p<0,001$. Strategie Akceptace, Plánování, Využívání emocionální opory a aktivního copingu korelovaly s celkovou hodnotou Logo testu slabě, statistická významnost byla u Plánování $p<0,01$, u ostatních na 5% hladině významnosti.

Tab. 18: Korelace mezi copingovými strategiemi (Cope Inventory) a Sumou prožívaného stresu (FPI) a Ohrožením smysluplnosti (Logo - test) u mužů, kteří podstupují léčbu IVF (n=63).

Copingová strategie		Prožívaný stres	Logo test
Pozitivní reinterpretace	r	-0,07	-0,20
	P	0,58	0,11
Ventilace emocí	r	0,35	0,15
	P	0,01	0,26
Využívání instr. soc. opory	r	0,15	0,07
	P	0,23	0,61
Aktivní coping	r	0,01	-0,13
	P	0,99	0,31
Popření	r	0,33	0,18
	P	0,01	0,16
Náb. Coping	r	0,26	-0,03
	P	0,04	0,84
Humor	r	-0,03	0,04
	P	0,84	0,77
Neangažovanost chování	r	0,16	0,35
	P	0,21	0,01
Zdrženlivost	r	0,06	-0,01
	P	0,66	0,92
Využívání em. a soc. opory	r	-0,02	-0,13
	P	0,88	0,32
Zneužívání alkoholu	r	0,36	0,25
	P	0,01	0,04
Akceptace	r	-0,09	0,13
	P	0,51	0,32
Potlač. konkurenčních aktivit	r	0,32	0,01
	P	0,01	0,94
Plánování	r	0,02	-0,08
	P	0,87	0,51
Mentální neangažovanost	r	0,18	0,17
	P	0,14	0,19

Pozitivní signifikantní souvislost s celkovým prožívaným stresem u mužů (n=63) byla nalezena u strategií Ventilace emocí (r=0,35), Popření (r=0,33), Náboženský coping (0,26), Zneužívání alkoholu a jiných drog (r=0,36), Potlačování konkurenčních aktivit (r=0,32). Všechny tyto korelace mají 5% hladinu statistické významnosti. Negativní signifikantně významnou korelaci s celkovým stresem jsme u mužů nenašli žádnou.

Strategie, které statisticky významně korelují s celkovou hodnotou Logo testu, jsou Zneužívání alkoholu a jiných drog (r=0,25) a Neangažovanost chování (r=0,35). Obě

korelují pozitivně na 5% hladině statistické významnosti. Čím více jsou využívány tyto dvě strategie, tím vyšší jsou hodnoty ohrožení ztrátou životního smyslu. Žádné jiné copingové strategie u mužů nekorelovaly s celkovou hodnotou Logo testu se signifikantní významností.

10.4. Regresní analýza copingových strategií, FPI a Logo testu.

Postupně jsme zkoumali čtyři modely, ve kterých jsme použili metodu regresní krokové analýzy. V krokové analýze model vždy postupně zkouší jednotlivé proměnné a přidává vždy ty nejvýznamnější. V případě, že další dodatečná proměnná nemá už přidanou hodnotu pro zvýšení predikční síly, model přestává proměnné přidávat. Závislou proměnnou byla nejprve suma stresu (FPI) a poté prožívaná smysluplnost (Logo - test). Nezávislými proměnnými bylo vždy všech 15 copingových strategií. Modely jsme provedli zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. Postupně je zde ukazujeme.

Kroková regresní analýza – copingové strategie a celková suma stresu u mužů

V případě mužů (n=63) vznikl postupně model se dvěma proměnnými: Zneužívání alkoholu a Ventilace emocí. Tento model vysvětloval 23 % variability v závislé proměnné (suma FPI). Výsledné koeficienty uvádíme v následující tabulce č. 19.

Tabulka 19: Výsledky krokové regrese pro sumu prožívaného stresu u mužů

Model	Proměnné	B	St. chyba	Beta	t	p	Tolerance	VIF
1	(konstanta)	106,53	7,41		14,38			
	Zneužívání alkoholu	3,99	1,34	0,36	2,98	0,004	1,00	1,00
2	(konstanta)	78,82	12,26					
	Zneužívání alkoholu	3,60	1,28	0,32	2,82	0,006	0,99	1,01
	Ventilace emocí	3,57	1,29	0,32	2,77	0,007	0,99	1,01

Jak z tabulky č. 19 vyplývá, zvýšení skóru v copingové strategii Zneužívání alkoholu znamená zvýšení celkového stresu přibližně o 3,6 bodů HS, a zvýšení skóru u strategie Ventilace emocí vede ke zvýšení celkového stresu přibližně o 3,5 bodu. Jak ukazuje p-hodnota t testu, jsou odhadnuté koeficienty statisticky významné na 5% hladině významnosti.

Vidíme, že copingová strategie Zneužívání alkoholu má nejvyšší koeficient Beta. To znamená, že nejvíce vysvětluje závislou proměnnou (sumu FPI). Obě proměnné, Zneužívání alkoholu i Ventilace emocí, mají na závislou proměnnou – sumu prožívaného stresu kladný vliv – tedy zvýší-li se jejich užívání, zvýší se množství prožívaného stresu a platí i naopak, klesne-li užívání těchto copingových strategií, klesne i hodnota prožívaného stresu. Hodnoty

VIF jsou malinko nad 1, to znamená, že u proměnných nenacházíme potíže s multikolinearitou.

Dále jsme pomocí analýzy rozptylu (ANOVA) sledovali, zda model jako celek je statisticky významný, tedy zda jsme vysvětlili dostatek variability v závislé proměnné pomocí našich nezávislých proměnných. Výsledky Anova ukázaly ($F= 8,78$, $p=0,00$), že model je statisticky významný, $p<0,05$.

Kroková regresní analýza – copingové strategie a celkové prožívání stresu u žen

Další model jsme utvořili pro ženy ($n=98$), nezávislými proměnnými bylo opět všech 15 copingových strategií, závislou proměnnou byla celková suma FPI. Do modelu se nakonec dostaly tři copingové strategie; Pozitivní reinterpretace, Popření a Akceptace. Na základě koeficientu determinace (R square) můžeme prohlásit, že modelem o třech prediktorech jsme vysvětlili 29 % variability v závislé proměnné (o něco více tedy, než u mužů). Výsledné koeficienty regresní analýzy uvádíme v tabulce č. 20.

Tab. 20: Výsledky Krokové regresní analýzy pro celkový stres u žen

Model	Proměnné	B	St. chyba	Beta	t	p	Tolerance	VIF
1	(konstanta)	184,27	12,74		14,46	0,00		
	Pozitivní reinterpretace	-4,66	1,06	-0,42	-4,42	0,00	1,00	1,00
2	(konstanta)	156,04	15,92					
	Pozitivní reinterpretace	-4,24	1,03	-0,38	-4,11	0,00	0,98	1,02
	Popření	3,20	1,15	0,26	2,79	0,01	0,98	1,02
3	(konstanta)	180,90	18,37		9,85	0,00		
	Pozitivní reinterpretace	-3,31	1,07	-0,29	-3,10	0,00	0,86	1,16
	Popření	2,92	1,12	0,25	2,61	0,01	0,97	1,03
	Akceptace	-3,00	1,20	-0,24	-2,51	0,01	0,86	1,16

Z tabulky čteme, že v konečném třetím modelu jsou copingové strategie Pozitivní reinterpretace a Akceptace v negativním vztahu se sumou stresu. Tedy zvýší-li se užívání těchto strategií, sníží se hladina stresu, u Pozitivní reinterpretace se sníží o 3,3 body a u Akceptace o 3 body Hrubého skóre. Oproti tomu u copingové strategie Popření nacházíme vztah pozitivní – tedy čím větší užívání této strategie, tím více stresu, konkrétně zvýšení této strategie o jeden bod znamená zvýšení stresu o 2,9 bodů hrubého skóre.

Hodnoty VIF jsou nízké, riziko multikolinearity není závažné. Model je statisticky významný na 5% hladině významnosti (ANOVA, $F=14,37$, $p < 0,05$).

Regresní analýza – ohrožení prožívané smysluplnosti (Logo-test) u mužů

V modelu krokové regresní analýzy u mužů (n=63), kde bylo 15 nezávislých proměnných – copingových strategií, byla jen jedna proměnná – Neangažovanost chování. Ta vysvětluje 12% variability závislé proměnné (Logo-test). V následující tabulce č. 21 uvádíme výsledky analýzy.

Tab. 21: Výsledky regresní analýzy pro Logo - test u mužů

Model	Proměnné	B	St. chyba	Beta	T	p	Tolerance	VIF
1	(konstanta)	5,39	1,5		3,61	0,001		
	Neangažovanost chování	0,74	0,26	0,35	2,87	0,006	1,00	1,00

Podle odhadnutého koeficientu B můžeme prohlásit, že vliv Neangažovanosti chování na závislou proměnnou je kladný, tedy když vzroste její užívání o jeden bod, zvýší se ohrožení ztrátou smyslu o necelý jeden bod. Model je statisticky významný na 5% hladině významnosti (ANOVA, $F=8,25$, $p < 0,05$).

Kroková regresní analýza – copingové strategie a Logo - test u žen

Krokovou regresní analýzu jsme použili i při hledání predikujících proměnných pro ohrožení ztrátou smyslu u žen (n=99), které podstupují léčbu IVF. Do výsledného modelu (čtvrtého) se dostaly čtyři proměnné (Pozitivní reinterpretace, Humor, Zneužívání alkoholu a Neangažovanost chování), které vysvětlovaly celkem 42,7 % závislé proměnné. Model byl statisticky významný na 5% hladině významnosti (Anova; $F=17,54$, $p < 0,05$). Výsledné koeficienty uvádíme v tabulce č. 22.

Tab. 22: Výsledky regresní analýzy pro Logo - test u žen

Model	Proměnné	B	St. chyba	Beta	T	p	Tolerance	VIF
1	(konstanta)	16,46	1,29		12,74	0,00		
	Pozitivní reinterpretace	-0,63	0,11	-0,51	-5,88	0,00	1,00	1,00
2	(konstanta)	17,25	1,21		14,16	0,00		
	Pozitivní reinterpretace	-0,50	0,11	-0,41	-4,78	0,00	0,91	1,11
	Humor	-0,30	0,07	-0,34	-4,00	0,00	0,91	1,11
3	(konstanta)	18,97	1,48		12,82	0,00		
	Pozitivní reinterpretace	-0,55	0,11	-0,45	-5,18	0,00	0,86	1,16
	Humor	-0,28	0,07	-0,33	-3,86	0,00	0,90	1,11
	Zneužívání alkoholu	-0,27	0,14	-0,16	-1,99	0,05	0,95	1,05
4	(konstanta)	16,29	1,84		8,86	0,00		
	Pozitivní reinterpretace	-0,46	0,11	-0,37	-4,14	0,00	0,75	1,33
	Humor	-0,29	0,07	-0,34	-4,16	0,00	0,89	1,12
	Zneužívání alkoholu	-0,32	0,13	-0,20	-2,40	0,02	0,92	1,08
	Neangažovanost chování	0,32	0,13	0,20	2,36	0,02	0,83	1,21

V tabulce vidíme, že zvýší-li se užívání copingové strategie Pozitivní reinterpretace u žen o jeden bod, sníží se tím o 0,46 bodu celkové skóre v Logo testu. Podobně zvýší-li se užívání strategie Humor, sníží se ohroženost ztrátou životního smyslu o 0,29 bodu a u strategie Zneužívání alkoholu se sníží hodnoty logo testu o 0,27 bodu. Vztah těchto strategií k ohrožení ztrátou smyslu je tedy negativní – zvýší-li se jejich užívání, sníží se tím ohroženost ztrátou smysluplnosti života u žen. Naopak pozitivní vztah nacházíme u strategie Neangažovanost chování, zde platí, že zvýší-li se užívání této strategie o jeden bod, zvýší se ohroženost ztrátou životního smyslu o 0,32 bodu. Hodnoty VIF se těsně blíží hodnotě 1, tak zde není riziko multikolinearity.

10.5. Vliv věku, počtu let, předešlých IVF a příčiny neplodnosti na prožívání stresu a životní smysluplnosti

Vliv příčiny neplodnosti na prožívání stresu a životní smysluplnosti u žen

U příčiny neplodnosti jsme rozdělili soubor žen do čtyř skupin; 1. příčina na straně ženy (n=35), 2. příčina na straně muže (n=31), 3. příčina neplodnosti nalezena u obou partnerů (n=29) a 4. příčina neplodnosti nenalezena (n=4). Protože zastoupené počty žen v některých skupinách jsou velmi nízké, použili jsme pro srovnání jednotlivých skupin neparametrickou metodu Kruskal-Wallisův test (Q). Výsledky uvádíme v tabulce č.23.

Tab. 23: Srovnání skupin rozdělených podle příčin neplodnosti a srovnání hodnot prožívaného stresu a životní smysluplnosti

Testy	Skupina 1 (mean rank)	Skupina 2 (mean rank)	Skupina 3 (mean rank)	Skupina 4 (Mean rank)	Q	p
Suma FPI	42,70	56,28	46,39	45,25	2,74	0,43
Stres v partnerství	42,59	53,95	53,95	55,63	3,63	0,30
Sexuální stres	44,31	55,29	51,36	48,9	2,50	0,48
Sociální stres	45,19	58,52	46,79	49,38	4,08	0,25
Potřeba rodičovství	46,71	56,00	42,91	35,63	4,26	0,24
Celkem Logo-test	48,43	54,82	49,33	31,25	2,74	0,43

Z výsledků vidíme, že v žádné ze sledovaných škál stresu ani v celkové hodnotě logo testu neexistuje statisticky významný rozdíl (p vždy $> 0,05$) mezi skupinou 1 (příčina u ženy), skupinou 2 (příčina u muže), skupinou 3 (příčina u obou) a 4 (příčina nenalezena). Výsledky proto neukazují, že by příčina neplodnosti v páru souvisela s vybranými škálami a lze tak tvrdit, že bez ohledu na nalezenou příčinu neplodnosti mají ženy hodnoty ve škálách stresu a životní smysluplnosti přibližně stejné.

Vliv počtu let neplodnosti a věku na prožívaný stres a životní smysluplnost u žen

Věk žen a počet let, které se snaží o dítě, jsme korelovali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu s celkovým prožívaným stresem (FPI) a jednotlivými podškálami a celkovým ohrožením ztrátou životního smyslu (Logo-test). Výsledné hodnoty uvádíme v tabulce č. 24.

Tab. 24: Korelace věku a počtu let neplodnosti s prožívaným stresem a ohrožením životního smyslu u žen, které postupují IVF

Dotazník		Věk ženy	počet let neplodnosti
Celkem Logo-test	r	-0,14	-0,28
	p	0,18	0,005
Suma FPI	r	-0,15	-0,18
	p	0,15	0,07
Sociální stres	r	-0,11	-0,01
	p	0,29	0,94
Sexuální stres	r	0,05	-0,01
	p	0,63	0,99
Stres v partnerství	r	0,04	-0,16
	p	0,74	0,11
Odmítání bezdětnosti	r	-0,24	-0,18
	p	0,016	0,08
Potřeba rodičovství	r	-0,23	-0,25
	p	0,028	0,016

Z tabulky čteme, že věk ženy ani počet let neplodnosti statisticky významně nekorelují s celkovým stresem (FPI) ($r=-0,15$, $p > 0,05$; $r=-0,18$, $p > 0,05$). Vidíme, že věk ženy signifikantně negativně koreluje se škálou Odmítání bezdětnosti ($r = -0,24$, $p < 0,05$) a Potřebou rodičovství ($r=-0,23$, $p < 0,05$). Korelace je negativní, tedy čím vyšší věk ženy, tím nižší hodnoty byly naměřené v těchto škálách. Se škálou Potřeba rodičovství signifikantně koreluje i počet let neplodnosti ($r=-0,25$, $p < 0,05$). Opět jde o korelaci zápornou, tedy čím vyšší počet let neplodnosti, tím nižší nalézáme hodnoty stresu v této škále.

Dále jsme nenalezli signifikantní korelaci mezi ohrožením ztrátou životního smyslu a věkem žen, které podstupovaly IVF ($r=-0,14$, $p > 0,05$), ale ukázala se signifikantní korelace mezi životní smysluplností a počtem let, které se tyto ženy snažily o dítě ($r= -0,28$, $p < 0,05$). Korelace byla zde záporná, tedy čím vyšší počet let neplodnosti, tím nižší hodnoty v Logo testu (tj. menší míra ohrožení ztrátou životního smyslu).

Vliv počtu předcházejících pokusů na prožívaný stres a životní smysluplnost u žen

Z našeho výzkumného souboru šlo 80 žen na své 1 IVF. 15 žen podstupovalo již druhý pokus. 3 ženy šly na pokus třetí. Vzhledem k tak nízkému počtu žen ve 3. IVF jsme se rozhodli podívat, zda existují signifikantní rozdíly mezi skupinou žen, které podstupují

první IVF a skupinou žen, které podstupují své 2. IVF. Pro nízký počet žen ve skupině s 2. IVF jsme zvolili neparametrickou metodu Mann-Whitney U testu pro srovnání průměrů dvou skupin. Výsledné hodnoty můžeme číst v následující tabulce č. 25.

Tab. 25: Srovnání prožívání stresu a životního smyslu u žen, které podstupovaly své 1. IVF, s ženami, které podstupovaly své 2. IVF

Dotazník	Pokus IVF	N	Mean Rank	Sum of Ranks	U (Mann-Whitney)	P
Sexuální stres	1	80	45,48	3638,00	398,00	0,03
	2	15	61,47	922,00		
Sociální stres	1	80	46,71	3737,00	497,00	0,29
	2	15	54,87	823,00		
Stres v partnerství	1	80	45,64	3651,00	411,00	0,05
	2	15	60,60	909,00		
Odmitání bezdětnosti	1	80	46,90	3752,00	512,00	0,37
	2	15	53,87	808,00		
Potřeba rodičovství	1	77	46,86	3608,00	550,00	0,77
	2	15	44,67	670,00		
Suma FPI	1	77	44,22	3405,00	402,00	0,06
	2	15	58,20	873,00		
Logo - test	1	80	47,53	3802,00	562,00	0,69
	2	15	50,53	758,00		

Z tabulky čteme, že mezi ženami, které podstupovaly svůj první pokus o umělé oplodnění, a ženami, které podstupovaly svůj druhý pokus, nebyl statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách celkového stresu ($U=402,00$, $p>0,05$). Signifikantní rozdíl se objevil pouze ve škále Sexuálního stresu, kde měly ženy, které šly na druhý pokus IVF, signifikantně vyšší hodnoty než ženy, které šly na pokus první ($U=398,00$, $p<0,05$). V ostatních škálách žádné signifikantní rozdíly nalezeny nebyly.

Podobně nebyl statisticky významný rozdíl v prožívání životní smysluplnosti mezi ženami, které šly na první pokus, a těmi, které šly na druhý ($U=562,00$, $p>0,05$).

Vliv věku a délky neplodnosti na prožívání stresu a životního smyslu u mužů

Podobně jako u žen, korelovali jsme i u mužů jejich věk a udávanou délku neplodnosti s celkovým prožívaným stresem (FPI) a jeho podškálami a také s celkovým ohrožením životního smyslu (Logo - test). Výsledky jednotlivých korelací nacházíme v tabulce níže č. 26.

Tab. 26: Korelace věku a délky neplodnosti u mužů s prožívaným stresem a životní smysluplností

Dotazník		Počet let neplodnosti	Věk
Sociální stres	r	0,17	0,09
	P	0,19	0,48
Sexuální stres	r	0,23	-0,01
	P	0,07	0,96
Stres v partnerství	r	0,08	0,16
	P	0,54	0,20
Odmítání bezdětnosti	r	-0,07	-0,10
	P	0,60	0,43
Potřeba rodičovství	r	0,07	-0,17
	P	0,58	0,19
Suma FPI	r	0,15	-0,01
	P	0,24	0,99
Logo - test	r	0,03	0,04
	P	0,79	0,75

V tabulce č. 26 čteme, že ani věk, ani počet let neplodnosti signifikantně nekoreluje s celkovým stresem ($r=0,15$, $p>0,05$), ani jeho jednotlivými podškálami. Stejně tak nenacházíme statisticky významnou korelaci mezi věkem, ani počtem let neplodnosti u naměřené hodnoty v Logo - testu ($r=0,03$, $p>0,05$) – nenacházíme zde tedy signifikantní souvislost mezi ohrožením ztrátou životního smyslu a věkem či počtem let neplodnosti u mužů.

Vliv příčiny neplodnosti na prožívaný stres a životní smysluplnost u mužů

Podobně jako u žen zkoumali jsme i u mužů, zda na prožívání stresu a životní smysluplnosti nemůže mít vliv příčina neplodnosti, jak je určena v páru. Rozdělili jsme proto soubor ($n=63$) do čtyř skupin podle příčiny neplodnosti. Skupina 1 (příčina na straně ženy, $n=24$) Skupina 2 (příčina na straně muže, $n=23$), skupina 3 (příčina u obou v páru, $n=14$), skupina 4 (příčina neznámá, $n=2$). Pro srovnání těchto souborů mezi sebou jsme použili neparametrickou metodu Kruskal-Wallisova testu Q. Výsledné hodnoty uvádíme v tabulce níže.

Tab. 27: Srovnání skupin podle příčiny neplodnosti v prožívání stresu a životní smysluplnosti

Dotazník	Skupina 1 (mean rank)	Skupina 2 (mean rank)	Skupina 3 (mean rank)	Skupina 4 (Mean rank)	Q	P
Suma FPI	28,54	35,46	31,57	36,75	1,82	0,61
Stres v partnerství	32,42	32,52	31,18	26,75	0,22	0,97
Sexuální stres	31,73	32,15	32,71	28,50	0,10	0,99
Sociální stres	30,96	29,74	38,11	27,75	2,10	0,55
Potřeba rodičovství	27,48	37,09	29,21	47,25	4,96	0,18
Celkem Logo-test	33,94	31,41	32,29	13,50	2,37	0,50

V tabulce vidíme, že mezi jednotlivými skupinami – tj. skupinou 1 (příčina u ženy), skupinou 2 (příčina u muže), skupinou 3 (příčina u obou) a 4 (příčina nenalezena) – nejsou signifikantní rozdíly v prožívání celkového stresu ($Q=1,82$, $p>0,05$) ani v prožívání životního smyslu ($Q=2,37$, $p>0,05$). Výsledky proto neukazují, že by příčina neplodnosti v páru souvisela s vybranými škálami a lze tak tvrdit, že bez ohledu na nalezenou příčinu neplodnosti mají muži hodnoty ve škálách stresu a životní smysluplnosti přibližně stejné.

Vliv počtu předcházejících IVF na stres a smysluplnost u mužů

Z našeho souboru šlo na svůj první pokus IVF celkem 52 mužů, na druhé IVF šlo devět mužů a na třetí pokus pouze 2 muži ze souboru. Porovnávali jsme mezi sebou tedy pouze soubor mužů z 1. pokusu IVF a 2. pokusu IVF a pro srovnání průměrných hodnot v dotaznících jsme užíli neparamterickou metodu Mann-Whitney U test. Třetí pokus pro malý počet ($n=2$) jsme do počítání vůbec nezařadili, podobně jako u žen. Výsledné hodnoty nacházíme v tabulce č. 28.

Tab. 28: Srovnání průměrných hodnot stresu a prožívané smysluplnosti mezi muži, kteří podstupovali svůj první pokus o umělé oplodnění a muži, kteří podstupovali svůj druhý pokus

Dotazník	Pokus IVF	N	Mean Rank	Sum of Ranks	U (Mann-Whitney)	p
Sociální stres	1	52	31,01	1612,50	233,50	0,99
	2	9	30,94	278,50		
Sexuální stres	1	52	30,65	1594,00	216,00	0,71
	2	9	33,00	297,00		
Stres v partnerství	1	52	29,46	1532,00	154,00	0,10
	2	9	39,89	359,00		
Odmítání bezdětnosti	1	52	31,38	1631,50	214,50	0,69
	2	9	28,83	259,50		
Potřeba rodičovství	1	52	30,74	1598,50	220,50	0,78
	2	9	32,50	292,50		

Suma FPI	1	52	30,49	1585,50	207,50	0,59
	2	9	33,94	305,50		
Celkem	1	52	0,30	1573,50	195,50	0,43
	2	9	35,28	317,50		

Vidíme, že mezi skupinou mužů, kteří šli na svůj první pokus IVF a skupinou mužů, kteří šli na svůj druhý pokus IVF, není signifikantní rozdíl v naměřených hodnotách prožívaného stresu ($U=207,50$, $p>0,05$) ani v hodnotách Logo testu ($U=195,5$, $p>0,05$). Ani u jednotlivých škál souvisejících se stresem nejsou signifikantní rozdíly mezi oběma skupinami (vždy $p>0,05$). Můžeme tedy říci, že pořadí pokusu neovlivňuje hodnoty naměřené v dotaznících FPI a Logo test.

10.6. Testování hypotéz

První dvě hypotézy jsme ověřovali pomocí t-testu pro dva nezávislé soubory, porovnávali jsme mezi sebou hodnoty žen, které otěhotněly, a žen, které neotěhotněly. Poslední dvě hypotézy jsme také ověřovali pomocí t-testu, v nich jsme srovnávali soubor mužů se souborem žen. Hypotézy 3 až 7 jsme testovali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, hledali jsme v nich souvislost mezi vybranými veličinami. Za statisticky významný výsledek jsme považovali hodnotu $p < 0,05$.

10.6.1. Testování hypotézy č. 1

H₁: *Ženy úspěšné po léčbě IVF/ICSI mají signifikantně nižší hodnoty v celkovém prožívání stresu (měřeno FPI), než ženy, u kterých nebyla léčba pomocí IVF/ICSI úspěšná.*

V první hypotéze byl vysloven předpoklad, že ženy, které otěhotní v rámci léčby IVF/ICSI, budou mít signifikantně nižší hladinu stresu než ženy, které po léčbě neotěhotní. V tabulce č. 29 uvádíme výsledky t-testu.

Tab. 29: Výsledné hodnoty t-testu u sumy prožívaného stresu (FPI) žen, které podstupují léčbu IVF/ICSI (n=95)

Dotazník	Těhotenství	Počet	Průměr	St. odchylka	t	p
Celkové prožívání stresu (FPI)	Ano	44	128,77	23,48	-0,06	0,95
	Ne	51	129,09	26,42		

V tabulce č. 29 vidíme, že ze souboru 95 žen dosáhlo klinické gravidity 44 žen. Hodnota t-testu je $t = -0,06$ o statistické významnosti $p = 0,95$. Vidíme, že hladina statistické významnosti je $p > 0,05$ a výsledek tedy neukazuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách stresu u žen, které otěhotněly, a těch, které neotěhotněly při léčbě IVF/ICSI.

Hypotézu č. 1 nepřijímáme.

10.6.2. Testování hypotézy č. 2

H₂: *Ženy úspěšné v léčbě IVF/ICSI mají signifikantně nižší hodnoty v dotazníku Logo-test, než ženy, u kterých nebyla léčba pomocí IVF/ICSI úspěšná.*

Ve druhé hypotéze jsme předpokládali, že ženy, které otěhotní v rámci léčby IVF/ICSI, prožívají více životní smysluplnosti než ženy, které neotěhotní. Vyšší hodnoty Logo testu naznačují ohrožení ztrátou životního smyslu, proto jsme předpokládali, že ženy, které neotěhotní, mají hodnoty v testu vyšší. Výsledky t-testu uvádíme v tabulce č. 30.

Tab. 30: Naměřené hodnoty t-testu u dotazníku Logo-test u žen, které podstupují léčbu IVF/ICSI (n=99)

Dotazník	Těhotenství	Počet	Průměr	St. odchylka	t	p
Logo-test	Ano	46	8,89	2,77	-0,31	0,76
	Ne	53	9,06	2,65		

V souboru 99 žen otěhotnělo po léčbě IVF/ICSI 46 z nich. Průměrné hodnoty v Logo testu byly sice nižší u těchto žen, které otěhotněly, ale rozdíl v průměrech měřený pomocí t-testu ($t = -0,31$) nebyl statisticky významný. Hodnota $p = 0,76$, tedy $p > 0,05$.

Hypotézu č. 2 nepřijímáme.

10.6.3. Testování hypotézy č. 3

H3: *Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi strategií **Popření** (měřeno COPE Inventory) a celkovým prožívaným stresem souvisejícím s neplodností (měřeno FPI) u žen podstupujících léčbu pomocí asistované reprodukce.*

V této hypotéze předpokládáme, že mezi copingovou strategií Popření a celkovým prožívaným stresem je pozitivní korelace. Hypotézu jsme ověřovali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Výsledky uvádíme v tabulce č. 31.

Tab. 31: Korelace mezi copingovou strategií Popření a prožívaným stresem u žen, které podstupují léčbu IVF/ICSI (n=95)

		Popření
Prožívaný stres (FPI)	r	0,31
	p	0,002

V tabulce čteme, že korelace mezi celkovým prožívaným stresem a Popřením je pozitivní, síla závislosti je střední ($r = 0,31$). Závislost obou veličin je statisticky významná, hodnota $p = 0,002$, tedy $p < 0,01$. **Hypotézu č. 3 přijímáme.**

10.6.4. Testování hypotézy č. 4

H4: Existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi strategií **Popření** (měřeno COPE Inventory) a celkovým prožívaným stresem souvisejícím s neplodností (měřeno FPI) u mužů podstupujících léčbu pomocí asistované reprodukce.

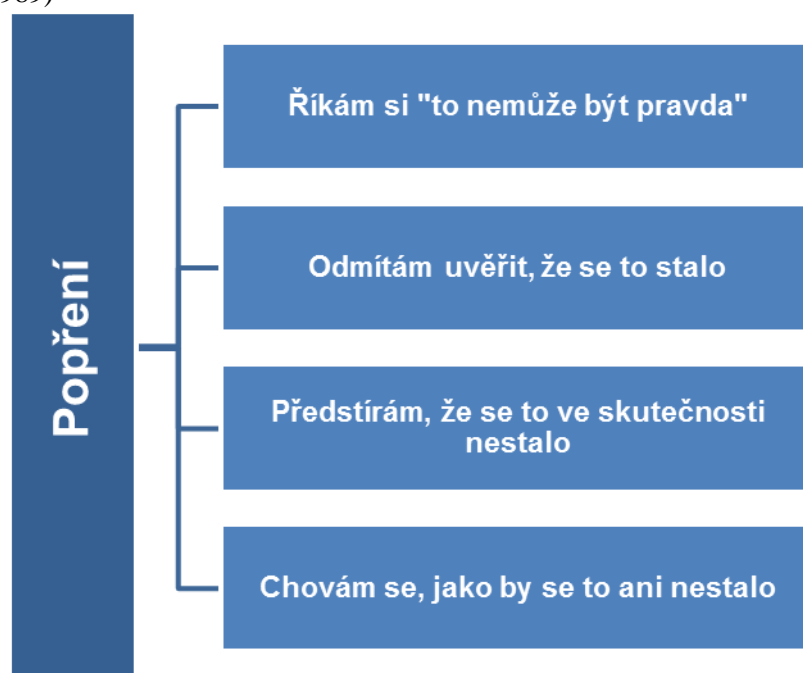
Ve čtvrté hypotéze předpokládáme, že nalezneme pozitivní souvislost mezi prožívaným celkovým stresem a využíváním copingové strategie Popření (viz obr. č. 1) u mužů, kteří jsou v léčbě pomocí IVF/ICSI. Souvislost jsme ověřovali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a výsledné hodnoty uvádíme v tabulce č. 32.

Tab. 32: Korelace mezi copingovou strategií Popření a celkovým stresem u mužů, kteří podstupují léčbu pomocí IVF/ICSI (n=63)

		Popření
Prožívaný stres (FPI)	r	0,33
	p	0,009

V tabulce č. 32 vidíme, že mezi výší prožívaného stresu u mužů a častostí užívání strategie Popření je pozitivní souvislost. Síla závislosti je střední ($r=0,33$) a statisticky významná na 1% hladině významnosti, $p=0,009$, tedy $p<0,01$. **Hypotézu č. 4 přijímáme.**

Obr. č. 1. Položky, které reprezentují v inventáři copingovou strategii Popření (Carver et al., 1989)



10.6.5. Testování hypotézy č. 5

H₅: *Existuje statisticky významná negativní korelace mezi strategií **Pozitivní reinterpretace** (měřeno COPE Inventory) a celkovým prožívaným stresem (měřeno FPI) u žen podstupujících léčbu pomocí asistované reprodukce.*

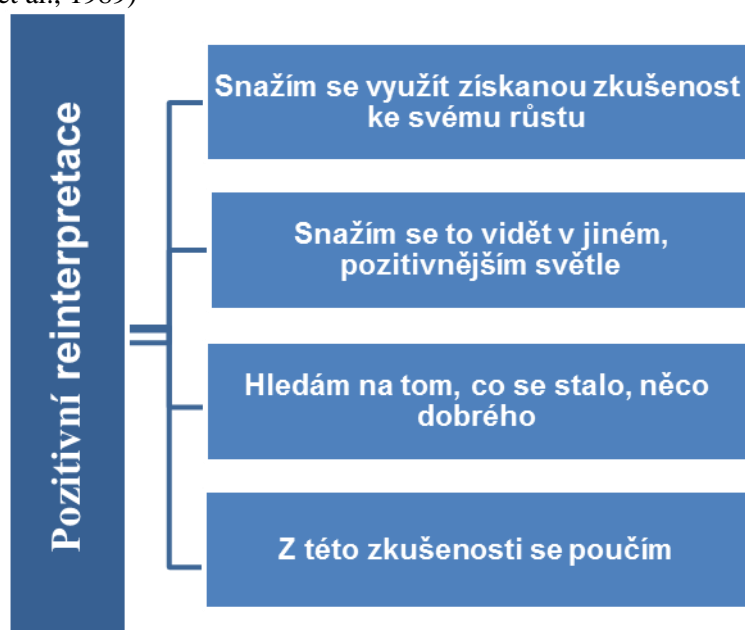
V této hypotéze jsme u žen předpokládali vztah mezi adaptivní copingovou strategií nazývanou Pozitivní reinterpretace (obr. č. 2) a celkovým prožívaným stresem. Očekávali jsme, že čím více ženy tuto strategii užívají, tím nižší hodnoty mají v prožívaném stresu. Vztah mezi těmito veličinami jsme ověřovali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, výsledky uvádíme v tabulce 33.

Tab. 33: Korelace mezi copingovou strategií Pozitivní reinterpretace a celkovým stresem u žen v léčbě IVF/ICSI (n=95)

	Pozitivní reinterpretace
Prožívaný stres (FPI) r	-0,42
p	0,001

V tabulce č. 33 čteme, že vztah mezi Pozitivní reinterpretací a celkovým stresem je negativní, síla závislost je střední ($r=-0,42$) a vysoce statisticky významná na 1% hladině významnosti ($p=0,000014$, tedy $p < 0,001$). **Hypotézu č. 5 přijímáme.**

Obr. č. 2. Položky, které reprezentují v inventáři copingovou strategii Pozitivní reinterpretace (Carver et al., 1989)



10.6.6. Testování hypotézy č. 6

H₆: Existuje statisticky významná negativní korelace mezi strategií **Pozitivní reinterpretace** (měřeno COPE Inventory) a celkovým prožívaným stresem souvisejícím s neplodností (měřeno FPI) u mužů podstupujících léčbu pomocí asistované reprodukce.

V šesté hypotéze jsme předpokládali vztah mezi copingovou strategií Pozitivní reinterpretace a celkovým stresem u mužů. Vztah jsme očekávali negativní, tedy čím více prožívaného stresu, tím méně užívání Pozitivní reinterpretace. Hypotézu jsme ověřovali pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a výsledné hodnoty nalezneme v tabulce č. 34.

Tab. 34: Korelace mezi copingovou strategií Pozitivní reinterpretace a celkovým stresem u mužů v léčbě IVF/ICSI (n=63)

		Pozitivní reinterpretace
Prožívaný stres	r	-0,07
	p	0,58

Z tabulky čteme, že korelace mezi copingovou strategií Pozitivní reinterpretace a celkovým stresem je $r = -0,07$ o statistické významnosti $p = 0,58$. Síla korelace mezi Pozitivní reinterpretací a celkovým stresem je triviální, výsledek není signifikantní, tedy $p > 0,05$. Vztah mezi copingovou strategií Pozitivní reinterpretace a celkovým stresem se u mužů nepotvrdil.

Hypotézu č. 6 nelze přijmout.

10.6.7. Testování hypotézy č. 7

H₇: Ženy, které podstupují léčbu IVF/ICSI mají signifikantně vyšší hodnoty v celkovém prožívání stresu (měřeno FPI) než muži, kteří podstupují léčbu neplodnosti pomocí IVF/ICSI.

V této hypotéze jsme předpokládali, že ženy mají signifikantně vyšší hodnoty v prožívaném stresu než muži. Hypotézu jsme ověřovali pomocí t-testu. Výsledné hodnoty uvádíme v následující tabulce č. 35.

Tab. 35: Výsledky t-testu při srovnání mužů a žen v léčbě IVF/ICSI v prožívání stresu (FPI)

Dotazník	Pohlaví	Počet	Průměr	St. odchylka	t	p
Celkové prožívání stresu (FPI)	Muž	63	126,97	23,78	-0,50	0,62
	Žena	95	128,95	24,97		

V tabulce č. 35 vidíme, že byly srovnávány hodnoty v dotazníku FPI u 63 mužů a 95 žen. Ženy mají průměrné hodnoty o něco vyšší než muži. Rozdíl mezi průměry jsme srovnali pomocí t-testu ($t=-0,50$) a můžeme vidět, že není nijak statisticky významný ($p=0,62$, tedy $p > 0,05$). Náš předpoklad o signifikantním rozdílu v prožívání žen a mužů v léčbě IVF/ICSI se tedy nepotvrdil.

Hypotézu č. 7 nepřijímáme.

10.6.8. Testování hypotézy č. 8

H₈: *Ženy, které podstupují léčbu pomocí IVF/ICSI mají signifikantně vyšší hodnoty v dotazníku Logo-test než muži, kteří podstupují léčbu pomocí IVF/ICSI.*

V poslední, osmé hypotéze jsme vyslovili předpoklad, že ženy, které podstupují léčbu neplodnosti pomocí IVF/ICSI, jsou více ohroženy ztrátou životního smyslu než muži ve stejné léčbě. Hypotézu jsme ověřovali pomocí t-testu a výsledky čteme v tabulce č.36.

Tab. 36: Výsledky t-testu při srovnání mužů a žen v léčbě IVF/ICSI v prožívání životního smyslu (Logo –test)

Dotazník	Pohlaví	Počet	Průměr	St. odchylka	t	p
Hodnoty Logo-testu	Muž	63	9,49	3,60	1,03	0,30
	Žena	99	8,98	2,69		

Vidíme, že byly srovnány průměrné naměřené hodnoty v Logo-testu u žen a mužů. Výsledky t-testu ukázaly, že mezi nimi není statisticky významný rozdíl ($t=1,03$, $p=0,30$, $p > 0,05$). Nepotvrdil se tak náš předpoklad, že by ženy byly signifikantně více ohroženy ztrátou životního smyslu než muži v léčbě IVF/ICSI.

Hypotézu č. 8 nepřijímáme.

10.7. Vyjádření k jednotlivým cílům a platnosti hypotéz

V této kapitole se nejprve vyjádříme k platnosti hypotéz a následně k jednotlivým cílům naší práce.

V první hypotéze jsme předpokládali, že ženy úspěšné po léčbě IVF/ICSI mají signifikantně nižší hodnoty v prožívání stresu než ženy, které neotěhotněly. V naměřených hodnotách však nebyl statisticky významný rozdíl ($t=-0,06$, $p=0,95$, $p > 0,05$), a proto jsme tuto hypotézu **nepřijali**.

Ve druhé hypotéze jsme vyslovili předpoklad, že ženy, které po léčbě IVF/ICSI otěhotněly, měly signifikantně nižší hodnoty v Logo testu než ženy, které neotěhotněly. Mezi oběma soubory žen ale nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v hodnotách prožívaného životního smyslu ($t= -0,31$, $p = 0,76$, tedy $p > 0,05$), proto jsme hypotézu **nepřijali**.

Ve třetí a čtvrté hypotéze jsme předpokládali, že existuje pozitivní statisticky významný vztah mezi strategií Popření a celkovým stresem. Třetí hypotéza byla vyslovena pro ženy a čtvrtá pro muže. U žen ($r= 0,31$, $p=0,002$, tedy $p<0,01$) i u mužů ($r= 0,33$ $p=0,009$, tedy $p<0,01$) byla síla závislosti střední a statisticky významná. U obou souborů se tedy předpoklad potvrdil, copingová strategie pozitivně korelovala s celkovým stresem a hypotézu třetí i čtvrtou jsme **přijali**.

V páté hypotéze jsme předpokládali negativní statisticky významnou korelaci mezi strategií Pozitivní reinterpretace a celkovým stresem u žen. Tento předpoklad se potvrdil, závislost veličin byla střední ($r=-0,42$) a statisticky významná ($p< 0,001$). Hypotézu jsme tedy **přijali**.

Šestá hypotéza se týkala předpokládané negativní signifikantní souvislosti mezi copingovou strategií Pozitivní reinterpretace a celkovým stresem u mužů. Tato souvislost se nepotvrdila, síla korelace byla triviální ($r=- 0,07$, $p=0,58$) a nebyla statisticky významná ($p > 0,05$). Hypotézu jsme proto **nepřijali**.

V sedmé hypotéze jsme předpokládali, že ženy prožívají více stresu v souvislosti s neplodností (měřeno FPI) než muži. Naměřené rozdíly v hodnotách žen a mužů nebyly ale statisticky významné ($t=-0,50$, $p=0,62$, tedy $p > 0,05$) a hypotézu jsme proto **nepřijali**.

V poslední **osmé hypotéze** jsme předpokládali, že ženy jsou v souvislosti s neplodností a její léčbou více ohrožené ztrátou životního smyslu a budou mít proto vyšší hodnoty v Logo testu než muži. Tento předpoklad se nepotvrdil, mezi hodnotami žen a mužů nebyl statisticky významný rozdíl ($t=1,03$, $p=0,30$, $p > 0,05$). Hypotézu jsme proto **nepřijali**.

Na základě uvedených výsledků se dále můžeme vyjádřit k dílčím cílům naší práce, jak jsme je uvedli v kapitole 8. Uvádíme zde jen nejdůležitější výsledky.

První cílem naší práce bylo zjistit celkové prožívání stresu v souvislosti s neplodností u žen a u mužů, kteří podstupují léčbu IVF/ICSI. Zároveň jsme chtěli sledovat strukturu jednotlivých dimenzí dotazníku FPI.

Ukázalo se, že ženy i muži prožívají největší stres ve škále nazvané Potřeba rodičovství. Ohrožení možnosti být rodičem je páry vnímáno jako ohrožení ztráty jednoho z nejvyšších životních cílů, a tedy jako nejvíce stresující položka mezi ostatními. Druhou škálou je Odmítání bezdětnosti. Vysoké hodnoty v této škále ukazují na obavu, že život bez dítěte nemůže být pro partnery šťastný. V pořadí míry prožívaného stresu následovaly škály Stres v partnerství a Sociální stres. Položky těchto škál se týkají problémů, které neplodnost vnáší do partnerského života a do vztahů s okolními lidmi. Nejnižší stres v porovnání s ostatními sledovanými škálami prožívají muži i ženy v oblasti sexuálního života. Položky této škály se týkají pocitů ztráty osobní přitažlivosti a pozorovaného úbytku radosti ze sexuálního styku.

Druhým cílem naší práce bylo sledovat strukturu copingových strategií u mužů a u žen, kteří podstupují léčbu neplodnosti. Ze srovnání průměrných hodnot užívání jednotlivých strategií se ukázalo, že ženy i muži se nejčastěji vyrovnávají se stresem souvisejícím s neplodností pomocí adaptivních strategií Plánování, Pozitivní reinterpretace, Akceptace a Aktivním copingem. Nejméně často v porovnání s ostatními strategiemi využívají Náboženského copingu a Zneužívání alkoholu a jiných drog.

Třetím cílem naší práce bylo zjistit míru prožívané smysluplnosti života u žen i u mužů v léčbě neplodnosti. Při orientačním srovnání s rakouskými normami spadají námi naměřené hodnoty jak u žen, tak i u mužů do 25 % populace, která není ztrátou životního smyslu výrazněji ohrožena.

Čtvrtým cílem naší práce bylo zjistit, zda v prožívání stresu, životní smysluplnosti a v užívání copingových strategií, jsou mezi muži a ženami signifikantní rozdíly. Ženy měly vyšší hodnoty v celkovém prožívání stresu než muži a muži zase vyšší hodnoty než ženy v ohrožení ztrátou smyslu. Rozdíly mezi pohlavími jsme testovali pomocí t-testu, a nakonec jsme nenalezli ani v prožívání stresu, ani životního smyslu signifikantní rozdíly. Statisticky významné rozdíly jsme našli mezi užíváním některých copingových strategií, a to vždy ve prospěch častějšího užívání ženami oproti mužům. Ženy signifikantně častěji využívají strategii Aktivního copingu, Mentální neangažovanosti, Využívání emocionální/

instrumentální sociální opory, Náboženský coping, Ventilaci emocí i Pozitivní reinterpetaci.

Za **pátý cíl** v naší práci jsme si vytyčili zjistit, zda mezi prožívaným stresem a jednotlivými copingovými strategiemi existují signifikantní souvislosti. U mužů se objevila pozitivní statisticky významná souvislost mezi prožívaným stresem a Ventilací emocí, Popřením, Náboženským copingem, Zneužíváním alkoholu a Potlačováním konkurenčních aktivit. U žen se ukázala pozitivní signifikantní souvislost mezi stresem a Popřením; negativní signifikantní souvislost u strategií Pozitivní reinterpetace, Humor a Akceptace.

Šestý cílem bylo zjistit u léčících se mužů a žen souvislosti mezi copingem a prožíváním životního smyslu. U žen se signifikantní negativní souvislost objevila u strategie Akceptace, Plánování, Pozitivní reinterpetace, Humor, Využívání emocionální soc. opory a Aktivního copingu. Signifikantní pozitivní souvislost pak u strategie Neangažovanost chování. U mužů byla nalezena pouze pozitivní statistická souvislost u strategií Neangažovanost chování a Zneužívání alkoholu.

Posledním cílem naší práce bylo zjistit, zda se měřené veličiny (prožívaný stres a životní smysluplnost) u žen mohou odrazit ve výsledku jejich léčby IVF/ICSI. Pro tento cíl byly formulovány první dvě hypotézy. Předpokládaný vztah mezi prožívaným stresem a výsledkem léčby u žen se nepotvrdil, podobně ani míra ohrožení ztrátou životního smyslu nebyla v signifikantním vztahu k výsledkům léčby IVF/ICSI.

11. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU – kvalitativní část

Vzhledem k povaze zkoumaného tématu jsme zvolili kvalitativní přístup k výzkumu, konkrétně typ mnohočetné případové studie. Pro tento přístup jsme se rozhodli proto, že problematika prožívání neplodnosti a posttraumatického rozvoje vyžaduje hlubší ponoření se do prožívání člověka. Domníváme se, že to by nám kvantitativní přístup neumožnil, nebo ne v takové míře, jaká pro nás byla žádoucí.

Kvalitativní výzkum má tak jako jiné způsoby zkoumání svoje přednosti i nedostatky, silné a slabé stránky. Jeho silnou stránkou (která pro nás byla rozhodující) je, že díky němu získáváme podrobný a hluboký vhled do zkoumaného fenoménu. Pomocí kvalitativního výzkumu můžeme rovněž sledovat procesy a hledat souvislosti, a přitom pružně reagovat na podmínky situace, kdy výzkum vzniká. Nevýhodou tohoto typu výzkumu je ale nemožnost zobecnit získané poznatky na celou populaci. Musíme si být vědomi, že výsledky jsou často ovlivněny povahou výzkumníka a jeho osobními vlastnostmi. Dalším nevýhodným aspektem tohoto typu výzkumu je také jeho časová náročnost, a to jak při sběru dat, tak i jejich analýze (Hendl, 2008).

Psychologických výzkumů zkoumajících prožívání neplodnosti je celkem široká paleta, většina z nich je však zaměřena na zkoumání negativních dopadů, které s sebou tato životní situace nese. My jsme se naopak rozhodli zkoumat možné pozitivní aspekty, které s sebou může tato zkušenost také přinášet. Řada výzkumníků PTG (Calhoun & Tedeschi, 2005; Slezáčková, 2009b) upozorňuje na to, že dotazovat se lidí, kteří prožili něco tragického či těžkého, na pozitivní aspekty této zkušenosti, může být problematické. Můžeme totiž vyvolat velmi snadno dojem, že chceme popřít skutečnost, že daná událost či zranění je především bolestivé, a že to, co se především odehrálo a odehrává, je palčivé, nežádoucí a těžké. Proto jsme se rozhodli (podobně jako Slezáčková, 2009b), že přestože chceme zkoumat pouze fenomén posttraumatického rozvoje, nebudeme se našich respondentů ptát pouze na pozitivní aspekt zkušenosti, ale zeptáme se komplexně na celou jejich zkušenost, totiž jak na negativa, tak i pozitiva – na zkušenost v celku (některé změny se také těžko rozlišují, zda jsou pozitivní nebo negativní). Činili jsme tak tedy především z důvodu respektu k dotazovaným ženám, abychom jim dali najevo, že uznáváme tíživost jejich zkušenosti a že ji chápeme v celém jejím kontextu.

Přestože se neplodnost dotýká mužů i žen, rozhodli jsme se zvolit pouze užší výběr a dotazovat se pouze žen. Důvody jsme k tomu měli především praktické (rozsah práce). Muže jsme proto do výzkumu nezvali. Přesto cca 6 partnerů dotazovaných žen projevilo

o účast na výzkumu také zájem, někteří (4) však otevřeně a s rozhodností deklarovali, že by rozhovor o tomto tématu dělat nechtěli – jako důvod uváděli, že by jim bylo nepříjemné se o tom bavit.

11.1. Metody získávání dat

Základní metodou pro získávání dat bylo *polostrukturované interview*. V rámci našeho výzkumu jsme uskutečnili 24 rozhovorů, ve kterých jsme se opírali o základní témata, o kterých jsme dopředu věděli, že je chceme probrat. Měli jsme definované jádro – tj. minimum témat a otázek, které chceme s účastníky projít (viz níže). To nám poskytovalo určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata skutečně probrána budou. Respondentky měly možnost nějaké téma nerozebírat, pokud by si o to v průběhu rozhovoru řekly – na tuto situaci ale nedošlo. Lišilo se pořadí pokládaných otázek, vznikly drobné nuance ve znění otázek a stylu jejich pokládání. Na toto jádro se pak nabalila řada různých doplňujících témat a otázek, které se nám jevily jako smysluplné či vhodně rozšířily původní zadání.

Polostrukturované interview je patrně nejrozšířenější metodou, neboť dokáže řešit řadu nevýhod plně strukturovaného ale i nestrukturovaného rozhovoru (Miovský, 2006).

Základní otázka rozhovoru zněla „*Jak neplodnost ovlivnila (změnila) Váš život?*“. Tato otázka pak směřovala do devíti sledovaných oblastí, o kterých jsme předpokládali, že by v nich neplodnost mohla přinést změny. Oblasti, které jsme vybrali, záměrně vycházejí z *Dotazníku životní spokojenosti* (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brahler, 2001). Celá struktura a obsah našeho interview byla inspirována podobným výzkumem, který provedla v roce 2009 Alena Slezáčková u rodičů onkologicky nemocných dětí (v jejím výzkumu odpovídali rodiče písemně na podobně strukturovaný dotazník).

V konkrétních oblastech jsme ještě ženám nabídli rozlišení, zda jim neplodnost v dané oblasti přinesla nějaká negativa či pozitiva. Toto **rozlišení na negativa a pozitiva bylo však pouze možnou nabídkou**, nikoli nutností. Někdy ženy totiž uváděly, že samy nevědí, kam danou změnu, která se odehrála, vlastně zařadit (zda mezi pozitiva či negativa). Takovou změnu jsme pak zaznamenali vždy pod daný okruh (oblast), aniž bychom ženy nějak nutily k tomu, že je třeba popisovanou zkušenost zhodnotit. Ženy jsme tedy povzbuzovaly k podrobnému povídání o změnách, které na sobě pozorují, zhodnocení zkušenosti však buď vyplynulo samo, nebo se ho zdržely.

Jádro rozhovoru: hlavní témata a otázky:

„*Jak neplodnost ovlivnila (změnila) Váš život?*“ (v oblastech):

1. **partnerství** – (negativa/pozitiva/nezařazuje),
2. **sexualita** – (negativa/pozitiva/nezařazuje),
3. **vztahy s přáteli, známými, příbuznými** – (negativa/pozitiva/nezařazuje),
4. **zaměstnání, kariéra** – (negativa/pozitiva/nezařazuje),
5. **plány do budoucna** – (negativa/pozitiva/nezařazuje),
6. **vztah k dětem** – (negativa/pozitiva/nezařazuje),
7. **hodnoty a víra** – (negativa/pozitiva/nezařazuje),
8. **vztah k sobě samé, vztah k vlastnímu zdraví** – (negativa/pozitiva/nezařazuje),
9. **volný čas, zájmy, koníčky** – (negativa/pozitiva/nezařazuje).

Poslední závěrečnou otázkou rozhovoru byla otevřená otázka č. 10:

10. „*Co jste si díky této zkušenosti pro sebe ještě uvědomila?*“, která měla ženám nechat prostor, aby mluvily o něčem, na co jsme se jich v rámci rozhovoru třeba nezeptali.

11.2. Způsob získávání dat

Participantky byly nejprve osloveny e-mailem s otázkou, zda by souhlasily s účastí. Tento e-mail obsahoval základní informace o výzkumu (účel výzkumu, formu rozhovoru a stručně naznačené okruhy rozhovoru). Pokud ženy souhlasily, většinou jsme jim poslali dopředu všechny (výše uvedené) otázky, na které se budeme ptát. Dále jsme je seznámili s tím, že budou podepisovat informovaný souhlas a s jeho obsahem, a pak už jsme domlouvali konkrétně místo schůzky, kde rozhovor uskutečníme. Participantky jsme také dopředu seznámili s tím, že rozhovor bude nahráván na diktafon.

Výběr místa setkání jsme nechali na ženách. Některé volily kavárnu, kde znaly klidné místo (14 žen), některé nás pozvaly k sobě domů (10 žen). Ženy jsme požádali, aby našly takové místo, kde budou mít pocit, že mohou svobodně hovořit o tématech, která dopředu znaly a jejich rozhodnutí jsme pak respektovali. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon, a poté byly doslovně přepsány do textové podoby.

Jednotlivé rozhovory trvaly průměrně 53 minut (nejdelší rozhovor trval 1 hodinu a 42 minut, nejkratší 26 minut).

11.3. Způsob zpracování dat

Získaná data z rozhovorů byla zpracována pomocí tematické (obsahové) analýzy, která je jednou z nejpoužívanějších metod v kvalitativním výzkumu (Nowell, Norris, White, & Moules, 2017). Nejprve byl mluvený projev přepsán do písemné podoby doslovným, tzv. verbatim přepisem. Následně byla aplikována tematická analýza textu v šesti krocích.

V prvním kroku jsme se podrobně seznámili se získanými daty, a to díky opakovanému pročítání a „noření se“ do přepsaných rozhovorů (tzv. familiarizace dat). Ve druhém kroku jsme začali texty kódovat. *Kódy* jsme chápali jako pojmenování, či označení pro určitý významový segment dat. Dle autorů Braun a Clarkové (2012) lze kódování uchopit dvojitým způsobem – kódy jako označení jednotlivých významových segmentů mohou být deskriptivní, a tak poměrně blízké původnímu obsahu, ale mohou mít i více interpretační charakter. Náš přístup byl jistou směsí obou, nicméně převažoval způsob deskriptivní (viz příloha č. 4). Po kódování celého textu byl text ještě jednou přečten a kódování zkontrolováno, případně doplněno.

Ve třetí fázi jsme začali hledat společná *témata* napříč jednotlivými rozhovory. Témata vznikají tak, že mezi kódy hledáme překryvy či spojitosti, podobnosti. Shrnujeme tedy některé kódy do něčeho, co se jeví jako jim společné a nějakým způsobem je sjednocuje. Vytváření témat je aktivní proces, dobře vytvořené téma by mělo být charakteristické – „osobité“, stát do určité míry samostatně a zároveň je třeba, aby vzniklá témata nakonec dobře pokryla celek. Vzhledem k výzkumné otázce jsme se zaměřili především na témata, která souvisela s posttraumatickým rozvojem.

Ve čtvrtém kroku jsme ověřovali, jak jsou témata v souladu s daty i výzkumnou otázkou. Při této práci lze některá témata zahrnout pod jiná, anebo naopak některé téma rozčlenit do více specifických podtémat. My jsme v rámci tohoto kroku seskupili některá témata („subkategorie“) do vyšších, obecnějších témat („kategorií“). Cílem této fáze analýzy je najít souhrn témat, která zahrnují ta nejdůležitější relevantní data ve vztahu k naší výzkumné otázce.

Při pátém kroku jsme hledali vhodné a konečné pojmenování názvů témat (subkategorií a kategorií), kdy jsme se snažili co nejlépe vystihnout podstatu tématu a vložit ji do samotného názvu. Konečnou fází (šestým krokem) bylo pak samotné sepisování výstupu z analýzy, tedy naší disertační práce.

Při zpracování dat jsme tedy postupovali v těchto šesti krocích, jak je podrobně rozpracovali Braun a Clarková (2012).

Abychom zachovali anonymitu, nahradili jsme v textu jména účastnic kódem, ze kterého můžeme odvodit: 1. počáteční písmeno přiděleného jména, 2. věk účastnice v době výzkumu, 3. počet let neplodnosti, 4. aktuální stav (počet dětí, adopce - A nebo těhotná-T). Např. Tamara, 35 let, 7 let bezdětná, aktuální stav 0 dětí – vzniká kód T35070.

11.4. Etika výzkumu

Téma rozhovorů je velmi citlivé. Chtěli jsme proto zvýšeně dbát na to, aby ženy byly dopředu řádně informované o obsahu rozhovoru (mohly se na něj dopředu případně připravit), aby dobře rozuměly smyslu a účelu výzkumu, kterého se zúčastní. Většinou žen se zdálo zejména smysluplné, aby se podělily o vlastní zkušenost s tím, že by tím mohly pomoci jiným ženám, které procházejí stejnou zkušeností (v případě vydání článku či publikace s rozhovory).

Před započítím rozhovoru všechny ženy podepsaly informovaný souhlas (viz příloha č. 3) a byly ujištěny o důsledném zachování jejich anonymity. Překvapilo nás, že ženy mluvily velmi otevřeně, některé nám ke konci děkovaly, že si mohly s někým o těchto věcech do hloubky promluvit, že se jim ulevilo. Přes tuto skutečnost se však některé ženy (12 žen) v průběhu rozhovoru u některých velmi citlivých či bolavých témat buď téměř, nebo opravdu rozplakaly. Tyto situace se nám, myslíme, podařilo terapeuticky ošetřit (i díky našim pracovním psychoterapeutickým zkušenostem). Všechny ženy rozhovor dokončily, žádnou z žen jsme neopouštěli na konci rozhovoru v rozrušeném rozpoložení, naopak jsme čekali vždy na moment, kdy se jim výrazně uleví – jak o tom také některé referovaly.

Všechny ženy dostaly od nás nabídku, aby v případě jakékoli potřeby se na nás neváhaly obrátit. Některé ženy (2) nám po rozhovoru napsaly ještě e-mail, kde chtěly dovyprávět některé věci, které se v rámci rozhovoru otevřely a oni pak o nich doma ještě přemýšlely.

11.5. Výzkumný soubor

11.5.1. Výběr

Osloveny byly pouze ženy. Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla osobní zkušenost s nedobrovolnou bezdětností. Naším záměrem bylo oslovit ženy, které budou mít zkušenost s neplodností již více let (min. 2,5 roku). O neplodnosti se v medicíně hovoří, pokud pár neotěhotní při pravidelném styku do jednoho roku (viz kap. 1). Chtěli jsme oslovit především ženy, které měly za sebou již nějaké nezdary v léčbě neplodnosti (potraty, nevydařené léčebné pokusy apod.), a jejich zkušenost tak prošla již nějakým vývojem a dá se považovat za „traumatickou“ v širším slova smyslu (srov. Kap. 4). Cílem tak bylo především nezařadit do výzkumu ženy, které měly sice s otěhotněním potíže, ale hned v prvních léčebných pokusech uspěly a dočkaly se dítěte. Domníváme se totiž, že jejich zkušenost je jiná než zkušenost těch žen, které se musí s touto životní situací potýkat delší dobu a narazily již na neúspěchy. Z podobných důvodů jsme také oslovili pouze ženy, které měly zkušenost s neplodností primární, nikoli sekundární (neoslovili jsme tedy ženy, které by měly před zkušeností s neplodností již nějaké dítě z dřívější doby).

Kritéria tak byla:

- neplodnost primární,
- zkušenost delší než 2,5 roku a zároveň zkušenost s nějakými nezdary (např. nepovedené pokusy léčby (např. IUI či IVF), potraty, apod.).

Toto kritérium „(dlouhodobější) zkušenost s (primární) neplodností“ znamenalo, že jsme do výzkumu zahrnuli:

- 1) ženy, které aktuálně žijí v nedobrovolné bezdětnosti (8 žen),
- 2) ženy, které situaci neplodnosti „řešily“ adoptí dítěte (5 žen),
- 3) ženy, které měly dlouhodobou zkušenost s nedobrovolnou bezdětností, ale nakonec spontánně či „uměle“ otěhotněly a donosily dítě (8 žen),
- 4) ženy, které po letech v nedobrovolné bezdětnosti byly aktuálně těhotné (3 ženy).

Šlo tedy o účelový výběr, kdy jsme vyhledávali účastníky výzkumu podle předem stanovených kritérií. V rámci tohoto způsobu výběru se pak rozeznávají různé strategie výběru. My jsme zvolili postup *prostého záměrného výběru*. Při něm vybíráme (bez užití jiných specifických metod) z možných účastníků ty, kteří jsou pro účast ve výzkumu vhodní a zároveň s touto účastí souhlasí (Miovský, 2006).

Takto jsme oslovili 28 žen, které jsme osobně znali, nebo se jednalo o osobní známé našich blízkých. Ženy jsme oslovili prostřednictvím informačního dopisu (zaslaného via

email), který obsahoval informace o výzkumném záměru, přínosech výzkumu, ubezpečení o anonymitě a dobrovolnosti v účasti. Účast ve výzkumu odmítly čtyři z oslovených žen, a to buď bez udání důvodu (na pozvání nereagovaly) nebo se zdůvodněním, že se obávají, že by rozhovor na toto téma pro ně mohl nakonec být velmi zátěžový. Celkem se tedy výzkumu zúčastnilo 24 žen.

Soubor není reprezentativní už tím, že vstup do výzkumu byl dobrovolný a podmíněný ochotou žen mluvit o sobě a svém životě. Dá se předpokládat, že do výzkumu vstoupily především ženy, které své trápení s neplodností alespoň nějak „uspokojivě“ zvládaly a reflektovaly a také ty ženy, které měly silnou sociální (často i partnerskou) oporu.

11.5.2. Charakteristiky výzkumného souboru

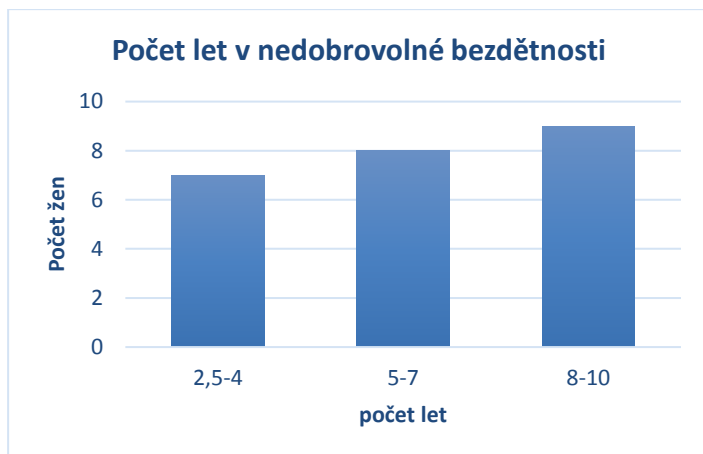
Všechny ženy, které jsme oslovili, jsme buď znali osobně (7), z většiny (17) to ale byly blízké známé našich přátel. Většina z nich žila v době výzkumu v Praze (18), některé však žily v kraji Pardubickém (2), Olomouckém (1), Karlovarském (1), Jihomoravském (1) nebo Plzeňském (1). Za všemi jsme do místa jejich bydliště dojeli.

A. Délka zkušenosti s neplodností x počet let snahy o dítě

Výběrové kritérium „zkušenost s neplodností“ se nám ukázalo jako velmi těžko zachytitelné ve smyslu počítání let. Ukázalo se totiž, že velmi **těžko lze označit, kdy tato zkušenost vlastně končí**. Jde totiž nikoli pouze o viditelný jev („žena bez dítěte“), ale také o subjektivní prožitek. To se nám vyjevilo zejména při rozhovorech se ženami, které sice měly adoptované děti – a tedy již nebyly „nedobrovolně bezdětné“, ale stále samy sebe vnímaly jako „neplodné“ – jako ty, které nemohou mít „své vlastní biologické“ děti. Považovat proto jejich zkušenost za ukončenou s příchodem adoptovaného dítěte do rodiny je velmi problematické. O podobném vnímání sebe mluvily i některé ženy, které sice otěhotněly pomocí metod asistované reprodukce, ale zároveň věděly, že bez těchto metod by dítě neměly (J35252, J39085). I tyto ženy, přestože již měly „své“ dítě, se považovaly vnitřně stále za „neplodné“. I u nich proto nelze zcela jednoznačně označit zkušenost „neplodnosti“ za ukončenou, a to ani s příchodem vlastního – biologického dítěte do rodiny.

Vzhledem k výše uvedenému jsme se proto rozhodli sledovat spíše počet let, kdy se ženy o dítě vědomě snažily, než přišlo (pokud přišlo) dítě do jejich rodiny (ať už biologické nebo adoptované). Považovat však délku této snahy o dítě za délku zkušenosti s neplodností je velmi nepřesné.

Graf. č. 1: Počet let, které se ženy snažily o dítě

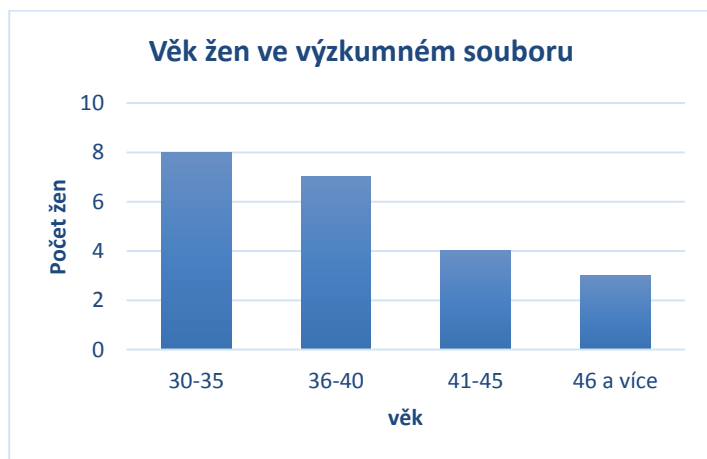


Průměrná délka snahy o dítě u participantek byla 6,1 let. Minimální délka byla 2,5 roku a maximální 10 let. Četnost zastoupení participantek co do počtu let (podle kategorií) uvádíme v grafu č. 1. Z něj je patrné, že nejčastěji se délka snahy o dítě pohybovala v rozpětí mezi **8–10 lety**, kterou udalo 9 žen, dále pak délka snahy o dítě mezi 5–7 lety, kterou udalo 8 žen. Lze tedy říci, že 17 žen z 24 (tedy 71 %) mělo za sebou **více jak 5 let zkušenosti se snahou o dítě**.

B. věk žen

Průměrný věk ve výzkumném souboru byl 37,3 let, věkové rozpětí se pohybovalo od 30 do 53 let. **Nejvíce bylo zastoupeno žen ve věku nad 36 let** (celkem 16 žen z 24), 8 žen bylo ve věku mezi 30–35 lety, 7 žen ve věku mezi 36–40 lety, 6 žen ve věku 41–45 lety, 3 ženy byly staré 46 let a více. Viz následující graf č. 2.

Graf. č. 2.: Věk žen ve výzkumném souboru



C. vzdělání

Většina žen z našeho souboru (22) měla vysokoškolské vzdělání. Dvě participantky měly středoškolské vzdělání.

D. aktuální stav

Tímto označením myslíme, zda ženy v době, kdy byl realizován výzkum, byly zrovna těhotné, nebo měly doma již nějaké děti, nebo byly stále bez dětí.

Výzkumný soubor tvořilo:

11 žen, které se snažily o dítě a dosud žádné neměly, tři z nich byly v době výzkumu těhotné.

13 žen již mělo doma dítě;

- 5 z nich mělo dítě (či děti) adoptované, z toho 2 ženy měly jedno dítě adoptované a jedno biologické.
- 8 žen mělo v době výzkumu doma dítě biologické, 4 z nich pomocí IVF.

12. VÝSLEDKY – kvalitativní část

Pomocí kvalitativní obsahové analýzy jsme získali tyto základní kategorie a jejich subkategorie (viz příloha č. 4):

- **Pokora** (poznání, že nemáme nad vším v životě kontrolu; pochopení, že plánování budoucnosti není v našich možnostech; vnímání dítěte jako daru).
- **Sebepoznání** (sebehodnota – hodnota ženy bez mateřství; hrdost, že člověk nakonec vydrží více než očekával; vztah k vlastnímu tělu – zdravý životní styl).
- **Přehodnocení vztahů** (prohloubení empatie, protříbení přátel, nové vztahy).
- **Životní filosofie**: (hledání naděje, hledání smyslu utrpení a života, spiritualita – pozornost k duchovním výkladům skutečnosti).
- **Posílení partnerského vztahu** (rozpoznání kvalit partnera, prohloubená komunikace, pevnost vztahu).

12.1. Pokora

„myslím, že jsem opravdu víc..., víc jako pokorná.“ (T35070)

Ženy v souvislosti s prožitou neplodností mluví o tom, že je tato zkušenost naučila větší pokoře. První obecnou kategorií jsme proto nazvali „pokora“. K tomuto označení nás dovedlo jednak užití samotného pojmu ženami v rozhovorech (explicitně uvedlo 6 žen), ale v návaznosti také obecný význam tohoto termínu. Tímto pojmem jsme zde mysleli především získaný nový, reálný pohled na běh života, uznání vlastních možností a limitů. Tato kategorie nám vznikla spojením tří subkategorií výroků, kde buď ženy o pokoře mluvily přímo, nebo se obsahově tématu pokory dotýkaly (implicitně téma rozpracovalo 15 žen). Řada z těchto výroků se jistým způsobem překrývalo.

Pod kategorií „pokora“ byly zahrnuty subkategorie:

- pochopení, že plánování vlastní budoucnosti není v našich možnostech,
- poznání, že nemáme nad vším v životě kontrolu,
- vnímání dítěte jako daru.

Většina žen mluvila o tom, že neplodnost pro ně byla jedna z prvních životních zkušeností, kdy se jim najednou nedařilo, co si předsevzaly, naplánovaly. Často mluvily o tom, že na počátku své snahy o dítě předpokládaly, že vše půjde snadno. Žily v nějakém méně či více uvědomovaném domnění, že věci, které si plánujeme, musí jednou vyjít, pokud se o ně dostatečně snažíme. Tato myšlenka byla založena většinou na dosavadních zkušenostech. Zejména u žen, kterým se dosud dařilo být úspěšné v tom, co si plánovaly, existovala tato představa velmi silně. Ty, které se dostaly na školy, které si vybraly, úspěšně je dostudovaly, našly si partnera, se kterým chtěly zakládat rodinu, měly práci, kde se mohly uplatnit, pro tyto ženy zejména bylo najednou velkým nárazem až šokem, když další věc, kterou v životě podobným přirozeným způsobem očekávaly, se nedařila.

„...Možná jako taková...pokora. Nebo prostě, že holt ten život není tak, jak si ten člověk plánuje. Tak je to hlavně taková první věc.... Že zatím všechno vycházelo relativně... studium i ta práce, vztah. Všecko bylo jakoby takový ideální, a tak tohle prostě najednou, to změni život no.“ (A32060)

„No asi to přineslo obrovskou pokoru. Já jsem ten typ, co si všechno plánuje... udělám tuhle školu, pak si udělám tohle, pak jakoby nastoupím do práce, pak se vezmeme, pak přijde dítě. A to si myslím, že mě vyškolilo hodně teda“. (E3225T)

V souvislosti s poznáním, že život si nelze ve všem plánovat, mluví některé ženy (8 žen) o tom, že pochopily, že život ve svém výsledku vlastně není nikdy takový, jaký si ho sám člověk zařídil. Že **řadu věcí v životě nelze ovlivnit**, mít pod kontrolou a nejsou tak výsledkem vlastního úsilí (K39040, M34042, F30070, M38031, P41052, T3510T, J41100, O3905A).

„Tak určitě, člověk prožívá to, že některý věci v životě nemůže ovlivnit. Tak mu to dává takovou daleko větší pokoru do života. ...A doufám, že se mi snad nikdy nestane, doufám, že nikdy, že by ve mně převládl takovej ten postoj, že... že člověk má takovej život, jakej si ho udělá. Že je prostě v jeho plný moci si ho nějak uspořádat k nějakýmu spokojenýmu obrazu.“ (K39040)

V souvislosti s tímto pochopením, že život není pouze výsledkem vlastního úsilí, popisují některé ženy (10 žen) také jakousi úlevu, osvobození. Pochopily, že **plánovat nemá příliš smysl** (E3202T, M4208A, P41052, K39040), že v životě se vždy nečekaně otevře řada nečekaných možností, které nemohou dopředu očekávat (S36050, D3903A, M34042, A32060). Některé hovoří přímo o tom, že se začaly více učit žít spíše přítomností (P41052, J39085), než aby si vytvářely úzkostlivě představy, jak by jejich život měl v budoucnosti vypadat.

„... (byla to) důležitá zkušenost v tom..., že fakt člověk nemůže vědět, co se v životě stane. Že jsem možná dřív víc byla ochotná, nebo měla jsem takovou tendenci toho plánování a teď to mám tak, že si jako dovedu představit tolik variant, když mám nějaký problém, tak jak se to může vyvinout... že jako nemá cenu si s tím lámat hlavu dopředu. Jakože jsem začala mít ty věci víc na háku... prostě jsem to přestala tolik řešit...“ (D3903A)

Pod kategorií „pokory“ jsme zahrnuly také výroky žen o tom, že pochopily, že mít nebo nemít dítě není jenom výsledkem jejich volby, ale že **dítě je darem**, který se dostává nebo naopak nedostává. Jde o vyjádření jakéhosi uznání, že „mít dítě“ není samozřejmostí, že dítě není „produktem“ či „výsledkem“ osobního snažení. Sedm žen (G33050, M38031, K53100, P41052, F30070, J47102, I44032) hovořilo o získané a prohloubené **úctě k daru života vůbec** – že každý vzniklý život je vlastně zázrak (F30070), o získání „obrovského respektu k životu“, když vzniká (I44032).

„Tak já jsem si uvědomila, že děti nejsou něco, co já mám jako v plánu. Ale že prostě jako přicházej...jako takovej dar.“ (G33050).

Téma získání hlubší osobní pokory v souvislosti s prožitou zkušeností neplodnosti jsme našli ve 21 rozhovorech, pouze tři ženy toto téma ve svém povídání nezmínily. Z nich dvě ženy zpracovaly daná témata jinak – zkušenost je vedla k jiným závěrům. Jedna (L41081) chápe dítě jako souhrn vesmírných souvislostí a své osmileté úsilí o něj jako duchovní cestu k němu. Teprve když pochopila, co vše na té cestě má změnit, dítě k ní samo přišlo. Věří, že podobně by to fungovalo i u jiných žen, jen musí svou touhu po dítěti plně rozvinout. U druhé (J39080) převládal pocit křivdy a nespravedlnosti. Jedna účastnice (V38100) zmíněná témata v rozhovoru vůbec neuváděla, rozpracovávala jiná.

12.2. Sebepoznání

„Tahle zkušenost mi zprostředkovala jakoby poznání o sobě, takže v tom mi to vlastně dost pomohlo.“ (L41081)

Ve všech rozhovorech jsme zaznamenali od žen popisy, jak se skrze zkušenost s neplodností postupně probíjovávají k některým poznáním o sobě. Musely se „zastavit“ a podívat se do „zrcadla“ (I44032, L41081). Většina z těchto poznání o sobě svědčí o posttraumatickém rozvoji, a ta jsme pak shrnuly do tří tematických subkategorií. Ty pak tvoří výslednou kategorii, kterou jsme nazvali „sebepoznání“.

Zahrnuly jsme sem tyto tři subkategorie:

- Sebehodnota – hodnota ženy bez mateřství,
- Hrdost, že člověk nakonec vydrží víc, než myslel,
- Přemýšlení o vlastním těle – jiný (zdravý) životní styl.

Dvě z dotazovaných žen (L41081, O3905A) mluvily o tom, že se k představě, že budou matkami, nejprve musely probouvat. Nebylo to u nich tak, že by vždy toužily po dítěti, teprve až postupně s časem si začaly uvědomovat, jakou hodnotu pro ně „možnost být matkou“ vlastně má. Většina z účastnic ale uváděla, že to, že budou matkou, chápaly jako samozřejmou součást svého života. Měly pocit, že se jedná o jejich „*poslání*“ (M38031), „*základní životní úkol*“ (J47102) zde na zemi. Žily s více či méně uvědomovanou představou, že mateřství je jakési naplnění či dovršení ženství.

Všechny ženy dále popisovaly, že nejen ony samy od sebe, ale také jejich okolí – partner, příbuzní, přátelé – přirozeně očekávalo, že děti samozřejmě mít budou. V době, kdy se najednou tato představa začala hroutit a dlouhodobě dítě nepřicházelo, měly tyto ženy pocit, že jsou „*nedostatečné*“ (J47102), „*neschopné*“ (S36050), „*vadné kusy*“ (J41100, T35070) apod. Začaly si pokládat otázku, jakou hodnotu má vlastně žena, která nemá děti, bojovaly s vtíravým pocitem nedostatečnosti a méněcennosti. Nakonec se některé (ne však všechny!) probouvaly k poznání, že **žena má hodnotu i bez mateřství**. (Explicitně se tak vyjádřilo 10 účastnic: A32060, S360500, K53100, T3510T, K39040, J47102, J41100, M4407A, T35070, M34042):

„(nakonec jsem si uvědomila), že to není konečná prostě nemít to vlastní dítě. To je ono. Že nebyť matkou biologicky ještě neznamená, že člověk nemá tu hodnotu.“ (S360500)

„Smyslem manželství je manželská láska a dítě je dar boží...něco navíc. Dítě je... ano, dítě je boží dar. A prostě dítě není smyslem manželství. A pro mě to tehdy byla hrozně důležitá věta, protože jsem si řekla, že hledám muže, který mne přijme (jako bezdětnou a neplodnou) a pokud mne nepřijme, tak za to nestojí... že hodnota ženy prostě neklesá tím, že nemůže mít dítě.“ (K53100)

Pro řadu žen pak tato otázka těsně souvisela s hledáním smyslu vlastního života, tomu se však budeme věnovat později (viz kategorie „životní filosofie“).

V souvislosti s prožitou zkušeností s neplodností popisují ženy především pocity beznaděje, nesmyslnosti a velké duševní bolesti. Dlouholetá zkušenost nenaplněné touhy,

nevydařeného úsilí a úporného hledání jiného naplnění vlastního života, vedlo většinu žen k tomu, že když popisovaly svoje prožitky (napříč všemi dotazovanými oblastmi), často se pozastavily nad tím, kolik toho vlastně nakonec zvládly. Vyjadřovaly samy sobě uznání, že se nakonec nezhroutily, co všechno ustály a vydržely (explicitně 14 žen). S tímto pohledem na sebe se pak pojila jistá hrdost, že jakkoli hluboce zraňující dané téma pro ně bylo nebo je, **ony se nakonec ukázaly samy sobě silnější, než jak se původně o sobě domnívaly** (F30070, G33050, J35252, V38100, D3903A, K39040, L41081, M4407A, T3510T, J47102, D4608A, M34042, A32060, S36050).

„... takže jsem si uvědomila, že jsem silná, že to přežiju. Tak silná nevím, někdy jsem ztracená... Ale jako jsem nevěděla, že to budu schopna přežít a být schopná být i v rodině, kde ty děti všichni maj... nevím, jsem na to hrdá.“ (F30070)

„Myslím, že jsem se s tím taky mohla vyrovnávat daleko hůř. Nějak funguju. Nehroutím se. Ale mohlo by to bejt horší, mohla bych se z toho rozsypat úplně. Což se nestalo, zatím.“ (K39040)

Všechny ženy, se kterými jsme vedli rozhovor, uvedly, že prožitá zkušenost se dotkla nějak jejich vztahu k vlastnímu tělu. Začaly více přemýšlet nad tím, jak s ním nakládají, učily se k němu mít nový vztah, byly na něj někdy našťvané, že je zrazovalo, celkově se začaly svým tělem více zabývat. Popisovaly, že se v průběhu let s neplodností zabývaly **zdravým životním stylem** a pokoušely se o zavedení různých změn – jak ohledně jídelníčku, tak ohledně sportu, spánku a péče obecně. Řada z nich se začala zajímat v této souvislosti i o alternativní medicínu, jógu apod.

„To je prostě... to vám změní úplně všechny priority, všechno. I životní styl, protože člověk začne víc přemýšlet v rámci toho snažení se otěhotnět. Jako co do sebe dává, jak s tím svým tělem nakládá, takže i do toho zdraví se to promítlo.“ (M34042)

„No, začala jsem se o sebe víc starat z hlediska zdraví. Víc cvičím, víc dbám na aktivní odpočinek, (...) a snažím se i tu životosprávu držet jakoby v relativně zdravých mantinelech. Určitě o tom víc přemýšlím a zajímám se tohle víc.“ (J41100)

Některé ženy také v souvislosti s úctou k vlastnímu tělu a ze strachu o vlastní zdraví, mluvily o tom, že nakonec odstoupily (V38100, T35070, M4407A) nebo vůbec nevstoupily (D3903A, S36050) do léčby pomocí asistované reprodukce (IVF).

„Určitě jsme upřednostnili nakonec teda zdraví před tím, než abychom podstupovali další věci. To si myslím, že do nějaký doby bylo... jakože jsme to dítě hrozně chtěli a nemysleli jsme na to... Ne, že bysme nemysleli, že zdraví není důležitý..., ale nemysleli jsme na to... A potom, co byly takový zdravotní komplikace, tak jsme si řekli, že to dítě za to

nestojí, abychom se ohrozili... Takže pro nás to přehodnotilo to zdraví, že je důležitější než to dítě.... Protože jsme si řekli, že ta adopce pro nás... nikomu nevadí.“ (V38100)

12.3. Přehodnocení vztahů

„Já jsem dlouho nechápala, co mne najednou táhne k těm různým menšinám..., ale prostě tomu rozumím..., rozumím tomu pocitu vyčlenění.“ (K53100)

Mnoho žen v průběhu rozhovoru vyprávělo, že je zkušenost s neplodností vedla k tomu, že začaly jinak vnímat a hodnotit lidi kolem sebe, začaly nacházet a oceňovat ve vztazích s lidmi jiné kvality než dříve. Tyto výroky jsme rozdělily do tří tematických okruhů (subkategorií), které svým obsahem spolu souvisí a tvoří tak společně obsah kategorie, kterou jsme nazvali „přehodnocení vztahů“.

Pod tuto kategorii jsme zahrnuli podkategorie:

- prohloubení empatie,
- protřibení přátel,
- nové vztahy.

Jak už jsme i výše popisovali, většina žen uvedla, že se jako bezdětné cítily „vyčleněné“ (K53100), „méně kvalitní“ (T35070), „na okraji“ (M4208A), „méněcenné“ (D3903A) apod. Řadu z nich pak vedly tyto pocity k většímu pochopení pro lidi v podobné životní situaci (bezdětné), a některé dokonce uvedly, že získaly větší pochopení pro lidi, kteří se mohou cítit podobně byť v jiné životní situaci, pro lidi, kteří jsou také nějak „na okraji“ (K53100, J41100, E3225T, M4208A, D3903A).

„Co vidím jako pozitivní, je takový větší porozumění pro lidi, který mají nejenom tenhle problém, ale jsou nějak... na okraji, nejsou v tom hlavním proudu. Že jako člověk o tom tolik nepřemýšlí, když nemá tuhle zkušenost.“ (M4208A)

Některé ženy (5) mluví o **prohloubení empatie** k lidem obecně, o větším pochopení pro druhé (K39040, F30070, I44032, O3905A, M34042).

„Zkousím být k lidem citlivější. Víím, že když člověk reaguje divně občas, tak je to třeba jen způsob, jak schovat něco jinýho jako. (...) a že asi všichni máme nějakou bolest, skrytou nebo neskrytou, záleží. Jakože není na mne vidět, že nemůžu mít děti. Vypadám,

jakože mám všechno, skvělého manžela, dobrý život... Ale to neznamena, že není někde nějaká bolest. To, co prezentujeme je jenom fasáda a je dobrý trochu zkusit mít vztah k těm lidem a vidět, co je tam doopravdy.“ (F30070)

Některé (16 žen) v souvislosti s neplodností hovořily o tom, že se jim postupně změnil okruh přátel, některé (7) hovořily o proměně vztahu s rodinou – většinou matkami (E3225T, T35070, D3903A, I44032, D4608A, F30070, J47102). Jako příčinu **protříbení vztahů** uváděly buď vlastní stahování se od známých, kteří děti měli, ale častěji spíše hovořily o tom, že někteří přátelé se k nim chovali velmi citlivě a s pochopením pro jejich situaci, jiní naopak necitlivě, někdy až neomaleně a o tyto pak přišly. Určujícím kritériem pro pokračování přátelství se tedy stala jistá citlivost či empatie druhých k situaci neplodných (T35070, L41081, J3908T, K53100, J47102, F30070, K39040, V38100, J41100).

„... Nám se teda vyprofilovali i kamarádi. Na ty skutečný... (...) každopádně nějaký lidi jsme jakoby z našeho života odbourali a naopak s nějakýma jsme se víc sblížili, protože někdo to chápe jinak. Možná jsme taky přecitlivěli.“ (V38100)

Většina žen (11) v této souvislosti dále uvádí, že sice o nějaké přátele či známé přišly, že ale v souvislosti s prožívanou zkušeností neplodnosti také **nalezly nové přátele**. Noví přátelé se občas vyprofilovali z lidí, kteří procházeli stejnou zkušeností – potkali se například v rámci předadopčního kurzu (J41100, O3905A, M4407A), nebo se našly páry, které nemohly mít také děti (A32060, M38031, G33050, D3903A), nebo prostě přišli nově do života (S36050, T35070, L41081, I44032). Většinou se ale výroky žen shodují v tom, že důležitým kritériem výběru nových přátel bylo pochopení a citlivost k jejich prožívané bolesti.

„... Jo přátele jsme ztratili. Určitě. Ale spíš jsme taky našli jiný, který věděli, v jaký jsme situaci, a i když ten problém neměli, tak se k nám chovali jako jinak.“ (T35070)

„Hrozně se začaly proměňovat moje vztahy. Vlastně z těch dob mi zbyla jen jedna kamarádka. Ale vytvořila jsem úplně nové, hezčí, mnohem kvalitnější vztahy“ (I44032)

Celkem 20 z dotázaných žen uvedlo, že je zkušenost s neplodností vedla nějakým způsobem k „přehodnocení vztahů“. Pouze ve čtyřech rozhovorech se toto téma neobjevilo.

12.4. Životní filosofie

„...vlastně nic nevíme. Máme naději. Ale vlastně tam to začíná i končí.“ (S36050)

Všechny účastnice se v našich rozhovorech nějak zmínily, že je prožívané utrpení v souvislosti s neplodností vedlo k hledání odpovědi po nějakém smyslu či výkladu toho, co se děje. Zároveň hledaly způsob, jak se opakovaně „zvednout“ a pokračovat dál, hledaly naději a smysl pro svůj současný i budoucí život. Tyto výroky, které se vztahovaly k hledání vysvětlení a pochopení skutečnosti, jsme tematicky rozdělili do třech subkategorií, které jsme pak souhrnně zařadili pod kategorii s názvem „životní filosofie“.

Zařazené subkategorie:

- hledání naděje,
- hledání smyslu utrpení a života,
- spiritualita – pozornost k duchovním výkladům skutečnosti.

Některé ženy (13) vyprávěly, jak obtížné pro ně bylo vždy po nějakém neúspěchu se znovu vzchopit a nějak víc věřit v budoucnost. Představa budoucnosti bez dítěte se pro některé pojila beznadějí a temnotou (K39040, J47102), dvě ženy dokonce uvedly, že představa takové budoucnosti je pro ně jako (vnitřní) smrt (F30070, J3908T). V takových myšlenkách se snažily hledat způsob, jak dál „doufat“ (K39040), „mít naději“ (G33050), „důvěřovat“ (S36050), že v budoucnosti lze ještě něco (dobrého) očekávat (M4208A). Některé (8) popisovaly, že jako cestu ven z utrpení vidí schopnost nebo možnost naučit se v bolesti otevřít i jiným věcem v životě (J41100, M4208A, S36050, K53100, M38031, A32060, J3908T, J352,52).

„... Hlavně mne to učí důvěřovat, i když věci nejdou tak, jak bych si představovala. A právě se dívat někam dál, někam dopředu. A vždycky když mne pohltí nějaká ta sebelítost nebo ten propad, tak si říkám: „to je normální, že chceš mít děcko, ale taky to není všechno“. A prostě je důležité... je důležité nezůstat uzavřená sama do sebe, protože to není život.“ (S36050)

Pro některé z žen (9) se toto „otevření budoucnosti“ a **nalezení naděje** spojilo s představou adopce či pěstounstvím dítěte (D4608A, M4407A, K39040, F30070, M4208A, G33050, S36050, V38100, O3905A). Jiné (4) hovořily o hledání „náhradního“ naplnění života místo dítěte (A32060, J47102, K53100, P41052).

„...to první podání té žádosti (o adopci), to pro mne znamenalo úlevu v tom, že najednou... že ten čas přede mnou... není ten dlouhý nekonečný čas, ve kterém se jakoby nic nezmění... Že vlastně můžeme doufat.“ (K39040)

Vedle hledání naděje dovedla řadu žen (16) zkušenost s neplodností k **otázce po smyslu jejich života**. Zda a jaký smysl má bezdětný život, zda mají zde na zemi nějaký jiný úkol apod. Řada žen mluvila o tom, že věří, že nějaký hlubší smysl všeho musí existovat (M34042, G33050, T3510T, L41081, J47102, P41052) – byť třeba ho nejsou schopny dosud najít (K39040, F30070, J3905T). Některé ženy již takto pro sebe objevený „náhradní“ smysl nebo naplnění svého života popisovaly (A32060, T35070, S36050, K53100, J47102, J41100).

„... protože jsem si říkala, tak co já tady na tom světě jako mám dělat? Jakej je tady můj úkol jako? Přece každá ženská tady, jako v rodině bylo daný, že ženská je tady od toho, aby porodila děti, že jo. ... No odpověděla jsem si. Já jsem se tím musela protrápit, úplně neskutečně protrápit, to bylo na krev. Jednou jsem stála u koleji. Fakt protrápit. A pak jsem si říkala, že to tak nebude no, že budu makat v práci, jestli mám tady takovejhle smysl, a třeba někdy půjdu někde dál. Já jsem taky uvažovala, že bych odjela někam do rozvojových zemí“ (J47102).

„Snažím se to vidět tak, že prostě jsme holt ... máme jiný úkoly v životě než vychovávat děti... Jako třeba v té pomoci ostatním.“ (A32060)

Některé ženy (14) dále popisují, že vysvětlení pro svou situaci začaly hledat **v různých duchovních výkladech světa**. Některé hledaly odpovědi v křesťanství (P41052, E322,51, D3903A, M4208A, F30070, K39040), jiné ve východních naukách (M34052, T3510T), jiné v různé ezoterice (J41100, L41081, M4407A). Některé ženy přímo uvádějí, že je teprve až tato zkušenost nasměrovala k hledání a vnímání duchovních výkladů skutečnosti a vnímají to jako pro sebe velmi pozitivní přínos (L41081, M4407A, K53100, M34042, J41100). Některé ženy ale mluvily o tom, že neplodnost otřásla jejich dosavadní vírou a přinesla do ní velké pochybnosti a pokud chtěly věřit dál, musely své dosavadní postoje změnit (M4208A, F30070, P41052, S36050).

„Řekla jsem si, že jako potřebuju zjistit, proč to tak je. A to jako odstartovalo zkoumání... jako zkoumání smyslu života. Proč jsme tady, proč se mi tyhle věci dějí... Co mám dělat jako? A jak se vyrovnat? Hledání smyslu... v utrpení... A prostě tak jsem prošla veškerou možnou ezoteriku. Zkusila jsem snad všechno.“ (K53100)

„Tak vždycky jsem si myslela, že pro mne má Bůh nějaký plán, ale že je u mě problém přijmout, co nabízí. Nebo jsem to prostě nechtěla přijmout. A v nějaký okamžik jsem si teda

říkala; „*At' to teda je, jak ty chceš. Ale pak mi dej sílu, at' se z toho nezblázním, at' to přežiju nějak*“. „*Protože já v tý depce už jsem si sáhla na dno...*“ (P41052)

12.5. Posílení partnerského vztahu

„*S manželem mě to spíš sblížilo. Oba dva jsme to chtěli, oba dva jsme na tom nějak pracovali.*“ (M34042)

O tom, že neplodnost ovlivňuje partnerský vztah, mluvily všechny ženy a tyto výroky se tematicky v rozhovorech objevovaly jednoznačně nejčastěji. Ženy mluvily o nárocích, které tato situace na partnerství klade, dvě ženy (K53100, J41100) pak neplodnost udaly jako jeden z hlavních důvodů toho, proč se jim partnerský vztah nakonec zcela rozbil, tři ženy zase (T35070, T3510T, F30070) vyprávěly, že se vztah kvůli neplodnosti rozpadl na nějakou dobu, ale nakonec se k sobě partneri zase vrátili. I přes výše uvedené, každá žena uvedla i pozitivní dopady, které neplodnost do vztahu či do jejich postojů k partnerským vztahům nakonec přinesla. Tyto výroky jsme tematicky rozdělili do třech subkategorií, které pak společně tvoří kategorii nazvanou „posílení partnerského vztahu“.

Kategorii tvoří tyto tři subkategorie:

- rozpoznání kvalit partnera,
- prohloubení komunikace,
- ověření pevnosti vztahu.

Některé ženy (11) hovořily o tom, že nesmírně oceňují to, jak je partner v průběhu této zkušenosti podporoval, byl pro ně oporou, snažil se vše ustát. Uvědomovaly si, že byly často natolik pohlcené svým vlastním prožíváním, že muselo být pro partnera těžké, to vše ustát. Jiné zase překvapilo, jak se partner postavil ochotně k léčbě, či že sdílel nakonec stejné hodnoty a cíle (E3225T, J3908T, M4208A, I44032, M4407A, K39040, M38031, D4608A, P41052, L41081, F30070).

„... *A vlastně tam bylo velmi pozitivní, že jsem věděla, že za mnou stojí. Že prostě..., že byl neuvěřitelně trpělivý.*“ (D4608A)

V důsledku snahy o řešení neplodnosti musejí partneri spolu začít otevírat i témata, která do té doby nemuseli. Ženy vyprávěly, že je tato zkušenost naučila s partnerem mluvit otevřeněji o některých věcech než dříve – často uvádějí **otevřenější komunikaci** o sexu (A32060, G33050), otevřenější komunikaci o schopnosti přijmout/nepřijmout nebiologické

dítě (D4608A, D3903A, M4208A, M4407A, F30070, A32060, K39040) hlubší vzájemnou komunikaci o emocích (S36050, G33050, D3903A).

„No, díky tomu, že to přináší různá témata a rozhovory a nutnost prostě mluvit o věcech, tak to vztah spíš posouvá... nějak jakoby celkově ten vztah, ale i ten intimní vztah, že se prostě učíme novým věcem, že fakt mluvíme i o těch věcech, že se snažíme formulovat svoje pocity.“ (S36050)

Zcela nejčastěji však ženy hovořily o tom, jak tato zkušenost jejich vztah posílila, upevnila. Hovořily o spojení ve společném utrpení (V38100), ve společné bolesti (F30070), v boji za společné cíle. Pro většinu žen bylo důležité, že se partneři shodli na společné budoucnosti – buď na odstoupení z léčby a životě bez dítěte, nebo na společné žádosti o adopci, nebo na formách léčby pomocí asistované reprodukce. Dále hovoří o tom, jak důležitá pro ně byla také shoda o tom, jak moc se o jejich prožívání a potížích bude mluvit v rodině a před ostatními lidmi. Ženy (kromě dvou) mluví o pocitu „*semknutí se*“ (P41052) s partnerem a celkovém **upevnění vztahu**.

„Takže to bylo takový, že jsme kolem sebe chodili a koukali jsme a byli prostě takový blbý období. Možná nás to spojilo v tom, že jsme to podnikali společně a on byl vděčnej, že já to (IVF) podstupuju, protože věděl, že to nese zdravotní rizika. Myslím, že nás to spojilo v tom, že jsme to dělali společně, že i on šel, a to sperma tam dal, což pro toho chlapa je taky dost stresující. A měli jsme takovej pocit, jakoby že za něco společně bojujeme. Ale potom to vždycky skončilo zklamáním. ... Ale teď se společně těšíme, těšíme se na tu adopci... dělali jsme třeba ten dotazník pro to schválení a shodli jsme se úplně na všem. Aniž bychom o tom před tím spolu mluvili. A my se hrozně uklidnili, že nás to povede touhle cestou a že po ní můžeme a chceme jít spolu.“ (V38100)

Některé ženy hovoří o tom, že k tomuto zlepšení či posílení vztahu došlo až po závažných krizích – některé vztahy se na čas i rozpadly (T35070, T3510T, F30070). Dvě ženy (K53100, J41100) uvedly, že díky neplodnosti jasněji nahlédly na nefunkčnost svých partnerství a pomohlo jim to formulovat, co od vztahu vlastně opravdu potřebují.

„Myslím, že máme celkově harmoničtější a pevnější vztah. Jo já jsem se třeba dlouhou dobu bála, že mě vlastně opustí, protože to dítě mu nedám. I kvůli tomu jsem vlastně já pak byla ta, kdo inicioval náš rozchod, protože jsem mu říkala; „radši běž, než abys mne pak někde nechal samotnou po čtyřicítce, protože prostě ty děti ti nedám“. A nebyli jsme schopný se s tímhle vyrovnat, no. A myslím si, že teď už já, už třeba tenhle strach teď nemám. Najednou mám jakoby pocit, že prostě jsem tomu dala všechno a že se vlastně máme rádi a že to je to, co je jako důležitý.“ (T35070)

12.6. Shrnutí výsledků

Cílem této části našeho výzkumu bylo zjistit a popsat, jaké aspekty posttraumatického rozvoje se objevují u žen, které mají dlouhodobou zkušenost s nedobrovolnou bezdětností. Učinili jsme polostrukturovaný rozhovor s 24 ženami, které měly déleodobou (průměrně 6,1 roku) zkušenost s primární neplodností. Ženy jsme v rozhovoru požádali, aby popsaly, jak tato zkušenost ovlivnila nebo změnila jejich život, konkrétně v několika oblastech (manželství/partnerství, intimní život, práce/zaměstnání, volný čas, vztahy s druhými lidmi, výhledy do budoucna, hodnoty/víra, vztah k dětem, vztah k sobě a svému zdraví, jiné).

Pomocí kvalitativní obsahové analýzy přepsaných rozhovorů jsme našli tato základní témata posttraumatického rozvoje:

- 1. poznání, že nemáme nad vším v životě kontrolu, 2. pochopení, že plánování budoucnosti není v našich možnostech, 3. vnímání dítěte (a života vůbec) jako daru. Tyto tři subkategorie jsme zahrnuly pod kategorii s názvem „pokora“ a celkem o ní hovořilo 21 z oslovených žen.
- 1. (sebe)hodnota ženy bez mateřství, 2. hrdost, že člověk nakonec vydrží více než očekával, 3. vědomější vztah k vlastnímu tělu (zdravý životní styl). Tyto tři subkategorie jsme zahrnuly pod kategorii s názvem „sebepoznání“ a hovořily o ní všechny dotázané ženy.
- 1. prohloubení empatie, 2. protříbení přátel, 3. nové (kvalitnější) vztahy. Tyto tři subkategorie jsme zahrnuly pod kategorii s názvem „přehodnocení vztahů“ a celkem o ní hovořilo 20 účastnic výzkumu.
- 1. hledání (zdrojů) naděje, 2. hledání smyslu utrpení a života, 3. spiritualita – pozornost k duchovním výkladům skutečnosti. Tyto tři subkategorie jsme zahrnuly pod kategorii „životní filosofie“ a hovořily o ní všechny ženy.
- 1. rozpoznání kvalit partnera, 2. prohloubení komunikace, 3. ověření pevnosti vztahu. Tyto tři subkategorie jsme zahrnuly pod kategorii s názvem „posílení partnerského vztahu“ a hovořily o ní všechny účastnice výzkumu.

Odpověď na naši výzkumnou otázku „*Jaké aspekty posttraumatického rozvoje nacházíme u žen, které mají dlouhodobou zkušenost s nedobrovolnou bezdětností?*“, tedy může znít:

U žen, které mají mnohaletou zkušenost s nedobrovolnou bezdětností, jsme našli tyto aspekty posttraumatického rozvoje:

1. **větší pokora,**
2. **hlubší sebepoznání,**
3. **celkové přehodnocení vztahů,**
4. **změny v životní filosofii,**
5. **posílení partnerského vztahu.**

Vysledované aspekty posttraumatického rozvoje, jak jsme je našli v jednotlivých rozhovorech, lze vyjádřit i následujícím obrázkem č. 3.

Obr. č. 3. Aspekty posttraumatického rozvoje u žen s mnohaletou zkušeností s neplodností



13. DISKUZE

V naší práci jsme si vytyčili několik cílů. Chtěli jsme prozkoumat prožívaný stres a životní smysluplnost u párů, které podstupují umělé oplodnění, a strategie zvládání stresu, které tyto ženy a muži užívají. Zkoumali jsme také vzájemné souvislosti mezi copingem, stresem a smyslem života, abychom se pokusili vytipovat ty strategie, které se zdají pro zvládání neplodnosti a její léčby adaptivní. Chtěli jsme také sledovat, zda a jaké jsou rozdíly v prožívání neplodnosti a její léčby mezi ženami a muži. Poslední cílem kvantitativní části výzkumu bylo zjistit, zda výsledky léčby neplodnosti nemohou být ovlivněny psychickými faktory ženy. Naší studií jsme tak navázali na řadu zahraničních výzkumů, které zkoumaly stejné nebo podobné otázky, ačkoli výsledky těchto výzkumů jsou značně rozporuplné (viz kap. 7). Význam této naší části spočívá především v tom, že české výzkumy na daná témata prozatím schází a jde tak o ojedinělou studii na našem území.

Cílem kvalitativní části našeho výzkumu bylo sledovat, jaké aspekty posttraumatického rozvoje se objevují u žen, které mají s neplodností osobní (déledobou) zkušenost. Tato část práce je značně originální a nenalezli jsme příliš výzkumů u nás ani ve světě, na které bychom mohli výzkumně navázat nebo s nimiž bychom mohli srovnat naše výsledky. Opírali jsme se v ní tedy spíše o výzkumy podobně zaměřené.

Vzhledem k velkému množství výsledků v celé naší práci budeme diskutovat jen ty, které se nám jevily jako důležité.

Diskuze k metodologii

Naše práce se skládá ze dvou výzkumných studií, které jsou zcela odlišně koncipované. Jejich asi jedinou spojnici je zkušenost neplodnosti. Máme tak příležitost nahlédnout jedno téma ze dvou odlišných úhlů. Jeden výzkum nám ukazuje prožívání neplodnosti z pohledu lidí, kteří právě podstupují léčbu IVF a směřují naději na vyřešení svého tíživého stavu. Druhý pohled obsahuje reflexi žen, které mají s neplodností dlouholetou zkušenost. Jeden zkoumá problematiku prožívání v léčbě, druhý hledá, zda zkušenost s neplodností změnila i něco k dobrému. Jeden pohled je kvantitativní a druhý kvalitativní. Bylo proto pro nás zajímavé rovněž sledovat, jak se který typ výzkumu chápe svého cíle co do jeho šíře a hloubky.

Kvantitativní část našeho výzkumu navazuje na mnohé zahraniční studie a také na několik našich vlastních předešlých studií (2014 a; 2014 b; 2016). Poučení tak z předešlých

metodologických nedostatků, snažili jsme se tentokrát některých problematických bodů vyvarovat. Prvně jsme tak zahrnuli do studie i muže, kteří společně s partnerkami podstupovali léčbu IVF. Jak jsme ale očekávali, ochota účastnit se výzkumu byla ze strany mužů výrazně nižší než u žen. Podobné zkušenosti se objevují napříč řadou studií v oblasti neplodnosti (Bayley et al., 2009; Thorsby & Gill, 2004). Nižší ochota mužů vyjadřovat se k potížím s plodností se obvykle vysvětluje buď citlivostí tématu, neochotou mužů mluvit o osobních věcech a o emocích, nebo celkově vysokou stigmatizací tématu (Slepičková, 2014).

Nově jsme také nelimitovali studii tím, že bychom zahrnuli pouze páry v prvním pokusu IVF. Jednali jsme tak v souladu se zahraničními studii, které toto výběrové kritérium už také neužívají (Awtani et al., 2017; Hermann et al., 2011; Rapoport-Hubschman et al. 2009). Představa, že skupina podstupující první pokus léčby IVF je homogenní, totiž není přesná, a toto výběrové kritérium se tak neukazuje jako potřebné. Léčebná historie párů, které přistupují k prvnímu IVF, může být totiž značně odlišná (pro některé jde o zcela první léčebný pokus, jiné páry mají za sebou řadu nepovedených monitorovaných styků, inseminací, přirozených početí a následných potratů, některé páry vstupují do IVF hned po půl roce neplodnosti, jiné vyčkávají i několik let apod.). Do výzkumu jsme tak oslovili všechny páry, které vstupovaly do léčby IVF. Od tohoto otevřenějšího výběrového kritéria jsme si slibovali i rychlejší nabytí dostatečného počtu účastníků. I tak se ale stalo, že výzkumu se zúčastnily převážně páry, které šly na svůj pokus první (81 %) a pouze 4 páry z 99 šly na pokus třetí.

Důležité podle nás je, že šlo o homogenní skupinu vzhledem k typu léčby a k její časové fázi – všechny páry v době výzkumu podstupovaly léčbu IVF a zároveň ještě neznaly její výsledky (tedy nevěděly, zda ženy otěhotní či nikoli). Jinou skupinou jsou totiž například páry po neúspěšném IVF (Schwerdtfeger & Shreffler, 2009), nebo páry, které se rozhodnou tento typ léčby již (nebo vůbec) nepodstupovat (McCarthy & Sheau-Huey, 2011) nebo podstupují méně invazivní léčbu než klasické IVF (Garel et al., 2009). Zvláště jsme pak v našem výzkumu zohlednili věk partnerů, délku jejich snahy o dítě i příčinu neplodnosti.

Pro dílčí cíl naší práce – zkoumání možného vlivu psychologických faktorů na výsledek léčby – by bylo vhodné alespoň částečně kontrolovat intervenující proměnnou věku, neboť věk ženy se považuje za jeden z hlavních faktorů ovlivňujících úspěšnost léčby. Obecně je za kritickou hranici považován věk nad 35 let (Macklon & Fauser, 2004; Řežábek, 2008), od kterého je možnost úspěšného početí výrazně nižší. V našich předchozích studiích (Ďurašková et al., 2014; Hampl & Ďurašková 2014) jsme proto tuto horní věkovou hranici

vždy zohledňovali. Nicméně jsme zjistili, že většina výzkumů (Hermann et al., 2011; Panagopoulou, Vedhara, Gaintarzi, & Tarlatzis, 2006) se kontroly této proměnné již vzdává, neboť je zřejmé, že při zkoumání vlivu jakéhokoli faktoru na výsledek léčby nelze stejně nikdy kontrolovat zcela všechny intervenující proměnné (příčina neplodnosti, délka neplodnosti, kvalita spermií, kultivační roztoky pro zrání embryí, kvalita vložených embryí, implantační procesy a řada dalších možných, kdy ještě ani všechny nejsou známe – Kellnerová, 2012). V našem současném výzkumu jsme tedy nakonec horní věkovou hranici žen nestanovili (průměrný věk pacientek v souboru byl 31,8 let) a jsme si vědomi, že tedy více než o zkoumání „vlivu“ na léčbu IVF, jde spíše o zkoumání určitého možného „odrazu“ psychických faktorů ve výsledku léčby.

Také metodologii kvalitativního výzkumu je třeba přiznat řadu limitů. V našem výzkumu jsme oslovily ženy, které z většiny (17 z 24 žen) měly zkušenost s neplodností delší jak 5 let. Téměř všechny tyto ženy byly vysokoškolsky vzdělané a všechny ženy vstoupily do výzkumu dobrovolně. Hlavní otázka rozhovoru zněla, „*Jak neplodnost ovlivnila (změnila) Váš život?*“ a ženy tuto otázku i další podotázky dopředu znaly. Některé z oslovených žen nám však účast ve výzkumu odmítly s vysvětlením, že by pro ně takový rozhovor byl příliš bolavý a zátěžový. Lze tedy předpokládat, že do našeho výzkumu vstoupily především ty ženy, které své trápení s neplodností nějak „uspokojivě“ zvládaly a reflektovaly. Naše výsledky tedy nelze jednoduše zobecnit na všechny ženy, které zkušeností s neplodností prošly, a to jak vzhledem ke způsobu výběru účastnic, tak také vzhledem k velikosti vzorku. Je také docela možné, že zcela jiné výsledky by přinesl stejný výzkum provedený v jiných zemích a jiných kulturách, než je ČR. Kvalitativní výzkum je také vždy ovlivněn postavou výzkumníka, jeho předporozuměním tématu a jeho osobností.

Dalším limitem našeho výzkumu je jistě to, že jsme oslovili pouze ženy, do budoucna by bylo více než vhodné zapojit do takové studie i muže. To jsme však z časových důvodů a také z důvodu rozsahu práce my (zatím) nedělali.

Pro nás samotné bylo nejtěžší především to, že jsme neměli žádné předchozí studie, na které bychom mohli navázat a o které bychom se mohli při našem výzkumném snažení opřít. Nakonec jsme se metodologicky částečně opřeli o výzkum A. Slezáckové (2009), která položila podobně zaměřené otázky rodičům onkologicky nemocných dětí. Při samotném zpracování rozhovorů jsme ale použili již jiné metody práce.

Diskuze nad výsledky

Prožívaný stres u žen a mužů podstupujících léčbu pomocí umělého oplodnění.

V naší práci jsme využili dotazník, který zkoumá specifické prožívání stresu v souvislosti s infertilitou (FPI), a který využívá většina výzkumů v oblasti neplodnosti po celém světě (Peterson et al., 2006, Donarelli et al., 2015, Awtani et al., 2017). Šlo tak o první uvedení tohoto nástroje v České republice, nevýhodou však bylo, že prozatím chybí jeho standardizace a nemohli jsme tak srovnávat získané hodnoty s českými normami.

Dotazník pomocí sebeposuzovacích tvrzení zkoumá prožívání v pěti různých oblastech, které jsou neplodností nejvíce ohroženy. Při porovnávání těchto jednotlivých oblastí mezi sebou se nám ukázalo, že ženy i muži, kteří podstupují léčbu IVF, prožívají největší stres ve škálách Potřeby rodičovství a Odmítání bezdětnosti. V těchto dvou škálách jsou vyjádřeny pocity, že rodičovství je hlavním smyslem a náplní života (např.: „*být rodičem je pro mne mnohem důležitější cíl než dobrá kariéra*“, „*je těžké se cítit jako skutečný dospělý, dokud nemáte dítě*“) a obavy z toho, že život bez dítěte nemůže být prožit šťastně („*bezdětné páry nemohou být stejně šťastné jako ty, které děti mají*“). Zdá se tedy, že neplodností je u žen a mužů nejvíce ohrožen jakýsi hlavní cíl a smysl života jak osobního („*co si pamatuji, vždy jsem chtěl/a být rodičem*“), tak partnerského („*pro mé manželství je dítě nezbytné*“). Zcela shodné výsledky přinesly i zahraniční výzkumy v USA, Velké Británii, Itálii i Indii (Awtani et al. 2017; Bayley et al. 2009; Donarelli, 2015; Peterson, 2006a). V našem výzkumu se pak u žen prožívaný stres v těchto dvou škálách snižoval s jejich stoupajícím věkem.

Třetí pro páry nejvíce stresující oblastí v porovnání s ostatními škálami je škála prožívaného stresu v partnerství. Jde o vyjádření nesouladu, pocitů nepochopení ze strany druhého partnera a vyjádřené obavy o budoucnost vztahu. Nejméně stresu (4. a 5. místo) v porovnání s ostatními škálami prožívali ženy a muži ve škálách Sociálního stresu a v oblasti sexuálního života. Průměrné naměřené hodnoty ve škále Sociálního stresu a Partnerského stresu jsou v našem výzkumu však téměř identické, podobně se jejich vzájemné pořadí i v ostatních výzkumech střídá (ve většině výzkumů je Sociální stres nad škálou Stresu v partnerství). Zcela ve shodě se zahraničními výzkumy (Awtani et al., 2017; Bayley et al., 2009; Donarelli et al., 2015; Peterson et al. 2006) se ukazuje u párů jako nejméně ohrožená oblast sexuality, která obsahuje položky vyjadřující ztrátu potěšení ze sexuality, starosti provázející sexuální styk a pocity snížení sexuální atraktivity. Zdá se tedy,

že sexualita je pro páry řešící neplodnost nejméně stresující, když ji porovnáváme s ostatními oblastmi, které s neplodností souvisejí. Tyto naše výsledky jsou také v souladu s naším předešlým výzkumem, kde se ženy, které podstupovaly umělé oplodnění, vyjádřily, že nejvíce spokojené jsou ve svém partnerství a se svou sexualitou oproti jiným oblastem svého života (Ďurašková et al., 2016).

Naše výsledky tedy ukazují, že ženy i muži prožívají situaci neplodnosti podobným způsobem. Oproti řadě zahraničních studií (Awtani et al., 2017; Bayley et al., 2009; Donarelli et al., 2015; Peterson et al., 2006) náš výzkum nepotvrdil, že by se ženy v souvislosti s neplodností stresovaly více než muži. Domníváme se, že mužské prožívání neplodnosti má patrně svá specifika, jak ukazují kvalitativní studie (Hanna & Gough, 2015), nicméně poměrování, kdo je stresován celou situací více nebo méně, je patrně irelevantní (Greil, Slauson-Blevins & McQuillan, 2010). Na celkový prožívaný stres z neplodnosti nemělo u žen ani u mužů vliv, kolikátý pokus léčby IVF podstupovali, u koho byla nalezena příčina neplodnosti, ani jejich věk a délka neplodnosti. Dle našich výsledků jsou tedy situací neplodnosti zasaženi muži i ženy stejnou měrou a jako nejvíce ohrožené pociťují i stejné oblasti.

Ohrožení prožívané smysluplnosti u mužů a žen podstupujících umělé oplodnění

V různých kvalitativních výzkumech můžeme sledovat, že situace neplodnosti otevírá otázky po smyslu (bezdětného) života. Objevují se témata jako „*konec rodové linie*“ (Webb & Daniluk 1999), selhání v „*základním životním úkolu*“ (Hanna & Gough, 2015), pocity nenaplněnosti života a životní prázdnoty (Konečná, 2009; Slepíčková 2009). Rozhodli jsme se proto v našem výzkumu sledovat, zda a jak jsou ženy podstupující léčbu IVF a jejich partneři ohroženi ztrátou pocitu životního smyslu. Překvapivé bylo pro nás zjištění, že jsme nenalezli žádný kvantitativní výzkum, který by cíleně sledoval tento aspekt prožívání v situaci neplodnosti. S jistou opatrností můžeme tedy naše výsledky srovnávat pouze s výzkumy zaměřenými na kvalitu života takto se léčících párů (Ďurašková et al., 2016; Luk & Loke, 2015). K měření prožívané smysluplnosti jsme použili dotazník Logotest (Balcar, 1992), který se snaží zjišťovat „*míru stupně ohrožení upadnutí do existenciální prázdnoty*“ (s. 5). Výsledky ukázaly, že ženy léčící se s neplodností jsou ohroženy ztrátou životního smyslu o něco méně než muži, nicméně tento rozdíl mezi ženami a muži nebyl statisticky významný. Výsledné hodnoty prožívaného smyslu nebyly ovlivněny počtem podstupovaných pokusů IVF, ani věkem pacientů, ani tím, jaká byla příčina neplodnosti.

Pouze u žen se ukázalo, že čím déle o dítě usilují, tím jsou ztrátou životního smyslu ohroženy méně. Při orientačním srovnání naměřených hodnot s (rakouskými) normami se neukázalo, že by ženy a muži byli ohroženi ztrátou životního smyslu nějak více než běžná populace. Podobně ani životní spokojenost či kvalita života se v kvantitativních výzkumech neukazuje významně odlišná (Ďurašková et al., 2016; Luk & Loke, 2015).

Z našeho dotazníkového šetření se proto nezdá, že by neplodnost nějak výrazněji zasáhla léčícím se párům do oblasti prožívaného životního smyslu. I přes tyto naše výsledky se však stále domníváme, že neplodnost jako taková otázky po životním smyslu u mužů i žen otevírá. K tomuto přesvědčení nás vede jak četba různých kvalitativních studií, tak i zkušenost s naším vlastním kvalitativním šetřením, kde většina žen o ohrožení smyslu vlastního života v souvislosti s neplodností hovořila (viz kapitola 12.4 životní filosofie). Tento rozpor si vysvětlujeme především tím, že jsme pro měření životního smyslu pravděpodobně nezvolili vhodný nástroj. Logo test totiž zkoumá možnost existenciální frustrace pouze velmi obecně („věřím, že mám v životě nějaký úkol“) a téměř žádnou z položek tohoto dotazníku nelze příliš vztáhnout na konkrétní situaci neplodnosti. Když se totiž podíváme i na výsledky v předešlém oddílu s dotazníkem FPI, tak neplodné páry pociťovaly právě největší stres v oblastech, které se smyslem života těsně souvisejí (potřeba rodičovství a nemožnost prožít šťastně život i bez dítěte).

Bereme si tak z této části našeho výzkumu především ponaučení, že výzkum zaměřený na smysl života by měl být veden vhodnějšími (konkrétněji zaměřenými) nástroji. Zároveň nám přijde překvapivé, že výzkumy v této oblasti chybí.

Strategie zvládání stresu u žen a mužů podstupujících umělé oplodnění

Dalším z cílů naší práce bylo prozkoumat copingové strategie žen podstupujících umělé oplodnění a jejich partnerů. Pro výzkum jsme použili dotazník *COPE Inventory*, jehož úvodní instrukci jsme upravili tak, aby pacienti uváděli způsoby zvládání stresu v situacích týkajících se jejich nedobrovolné bezdětnosti a léčby. Můžeme sice předpokládat, že způsoby zvládání stresu jsou spíše dispoziční záležitostí (Carver et al., 1989), nicméně jsme se domnívali, že zvládání neplodnosti může mít svá specifika (BenYamini et al., 2008). Výhodou námi použitého dotazníku je, že rozděluje způsoby zvládání stresu až na 15 škál a také jsme ho již použili v předchozím výzkumu, kde jsme zkoumali vztah copingu s životní spokojeností u neplodných žen (Ďurašková et al., 2016). Nevýhodou pro nás ale bylo, že výzkumy zkoumající coping u neplodných žen či mužů, které se nám podařilo nalézt

v zahraničí (český výzkum na toto téma jsme nenalezli), používaly v převážné většině dotazník jiný – *Wyas of coping* (Folkman et al., 1986). Proto porovnání našich výsledků s ostatními výzkumy nemůže být zcela přesné. Překlad našeho dotazníku jsme přejali od jiného českého badatele (Tichý, 2011) a tento překlad jsme již neověřovali.

Při srovnání průměrných hodnot jednotlivých strategií měřených dotazníkem se ukázalo, že ženy se nejčastěji vyrovnávají s neplodností pomocí strategie Pozitivní reinterpretace, Plánování, Akceptace, Aktivního copingu a Vyhledávání emocionální sociální opory (což je – byť v jiném pořadí – ve shodě s naší předcházející studií z r. 2016). Všechny tyto strategie jsou podle Carvera (1989) obecně adaptivní pro zvládání stresu; Plánování a Aktivní coping jsou zaměřeny na zvládání problému, zatímco Pozitivní reinterpretace, Akceptace a Vyhledávání emocionální opory jsou strategie zaměřené na emoce. Strategie Vyhledávání sociální opory se ukázala jako jedna z nejčastěji využívaných i v britském (Bayley et al. 2009) a americkém výzkumu (Peterson et al. 2006b), v americkém výzkumu stály v popředí i strategie Plánování a Pozitivní přehodnocení, což je ve shodě s našimi výsledky. Strategie Vyhledávání sociální opory a strategie Pozitivní reinterpretace jsou podle meta-analýzy Jordana a Revensona (1999) strategiemi, které ženy v léčbě neplodnosti užívají výrazně častěji než jejich partneři. V našem výzkumu využívali tyto, ale i další výše zmíněné adaptivní strategie, také častěji ženy než muži.

Zcela ve shodě s naším starším výzkumem z roku 2016 uvedly pacientky jako nejméně využívané strategie zvládání stresu Náboženský coping, Neangažovanost chování a Zneužívání alkoholu a jiných drog. V našem výzkumu se dále ukázalo, že i u mužů jsou tyto tři strategie nejméně často využívané pro zvládání neplodnosti. Poslední dvě zmíněné strategie jsou Carverem (1989) považovány za obecně maladaptivní pro zvládání stresu, nicméně Náboženský coping je považován za strategii obecně adaptivní (a např. v Íránském výzkumu z roku 2013 se tato strategie ukázala jako jedna z nejvýznamnějších pro redukci stresu z neplodnosti (Aflakseir & Zarei, 2013). To, že ženy v našem výzkumu využívají Náboženský coping v porovnání s ostatními strategiemi velmi málo, lze asi vysvětlit velmi nízkou konfesní příslušností české společnosti – v ČR se k náboženskému vyznání hlásí 32,2 % obyvatelstva (ČSÚ, 2001) zatímco například v USA 78 % (viz MZV, USA). Přesto nás může tento výsledek udivit, protože položky této strategie nejsou formulovány přímo konfesně („hledám útěchu ve své víře“) a výsledek by tak mohl svědčit i o určité „nenáboženskosti“ naší společnosti (to by ovšem bylo předmětem již jiné diskuze).

Muži se podle výsledků našeho výzkumu nejčastěji vyrovnávají s neplodností a její léčbou pomocí strategií Plánování, Pozitivní reinterpretace, Akceptace, Aktivního copingu

a Zdrženlivosti, tedy pomocí podobných strategií jako jejich partnerky. Strategii Plánování a strategii Pozitivního přehodnocení nalezneme jako často muži používané strategie také v jiných výzkumech, nicméně v těchto zahraničních výzkumech jsou na předních místech v užívání u mužů strategie převážně jiné, například Distancování se či Sebekontrola (Peterson et al. 2006, Bayley et al., 2009). V našem výzkumu muži oproti ženám častěji využívají strategii Zdrženlivost („*krotím se, abych nevyvedl něco zbrklého*“, „*nic nedělám, dokud nenastane příznivější situace*“) a Potlačení konkurenčních aktivit („*nedovoluji, aby jiné myšlenky nebo aktivity odváděly moji pozornost od problému*“, „*ostatní činnosti ponechávám stranou, abych se na to mohl soustředit*“). U mužů jsou tyto dvě strategie na 5. a 6. místě v četosti užívání, zatímco u žen na místě 9. a 10., a lze se domnívat, že tyto strategie v širší významu korespondují se zmiňovanou strategií Sebekontrola, kterou nacházíme v zahraničních výzkumech. Obě strategie jsou Carverem (Carver et al., 1989) považovány za adaptivní strategie zaměřené na řešení problému. Oproti ženám pak muži daleko méně využívají strategii Vyhledávání emoční opory (ta je u žen na 5. místě v četosti užívání, zatímco u mužů je až na místě 10.). Tyto poznatky odpovídají i klinickým zkušenostem, kdy se ukazuje, že muži se při vyrovnávání s neplodností snaží zaměřovat především na problém a jeho řešení a držet své emoce pod kontrolou, zatímco ženy potřebují daleko více sdílet své prožívání se svým okolím a nacházet v něm oporu (Peterson et al., 2006b).

Ve shodě se zahraničními výzkumy (Jordan & Revenson, 1999; Kowalcek et al., 2001; Peterson et al., 2006b) se i v našem výzkumu ukázalo, že ženy ve srovnání s muži signifikantně častěji využívají většinu copingových strategií. Interpretace této skutečnosti se různí a za nás se nepřikláníme k názoru, že by muži byli situací méně zasaženi, a proto i méně angažovaní v jejím zvládnutí (nepotvrzují to ani naše výsledky ohledně prožívaného stresu). Spíše se přikláníme k názoru, že muži jsou zasaženi stejně jako ženy, ale jsou méně otevření a méně do léčby zapojení, a proto ani nevyvíjejí tolik zvládacích strategií (Collins et al. in Kowalcek et al., 2001).

Společně se starší, ale kvalitní meta-analýzou Jordana a Revensna (1999) můžeme tak i my konstatovat, že rozdíly ve způsobu zvládnutí neplodnosti a její léčby u mužů a žen nejsou zas tolik výrazné a že nacházíme spíše řadu podobností.

Copingové strategie a jejich souvislosti s prožívaným stresem a životní smysluplností u žen podstupujících umělé oplodnění a jejich partnerů

Vztahy mezi copingovými strategiemi a prožívaným stresem a životní smysluplností jsme zkoumali jak pomocí vzájemných korelací, tak pomocí regresní analýzy. Ukázalo se, že čím častěji ženy využívají copingové strategie Pozitivní reinterpretaci a Akceptaci, tím nižší stres v souvislosti s neplodností prožívají. Tento náš výsledek je shodný s jinými zahraničními studii, kde se strategie Pozitivní reinterpretace pojí s nižším prožíváním stresu v souvislosti s neplodností nebo s vyšším prožíváním životní spokojenosti (Aflakseir & Zarei, 2013; Ben Yamini et al., 2008; Ďurašková et al. 2016). V jiných studiích je to pak také strategie Vyhledávání emoční opory (Ďurašková et al., 2016; Peterson et al., 2006), která se ale v našem výzkumu ukázala signifikantní pouze v souvislosti s prožívaným životním smyslem. Výzkumnou studii zaměřenou na zkoumání copingu a prožívaného smyslu u neplodných mužů a žen jsme bohužel nenalezli a náš výzkum je tak v tomto tématu patrně ojedinělý. Ukázalo se, že časté užívání strategie Pozitivní reinterpretace a Humoru souviselo u pacientek s menším ohrožením ztrátou životního smyslu. Podobný výsledek nacházíme i v americké studii, kde takto Pozitivní reinterpretace a Akceptace ovlivňovaly prožívání životního smyslu u lidí s chronickou srdeční slabostí (Park et al., 2008) či u žen po rakovině prsu (Jim et al., 2007).

Všechny tři zmíněné strategie (Pozitivní reinterpretace, Akceptace, Humor) významně korelovaly jak s prožívaným stresem, tak s životní smysluplností, a s jistou opatrností je tak můžeme u žen označit za adaptivní pro zvládnání situace neplodnosti a její léčby. Tyto strategie se projevují tím, že pacientky chtějí danou situaci a její problémy vzít vážně, učit se s ní žít, občas si ji odlehčit humorem. Především se pak snaží využít získanou zkušenost ke svému osobnímu růstu a hledají na tom, co se jim stalo, něco dobrého. V psychologické praxi by bylo proto dobré tyto copingové strategie u žen posilovat.

Naopak zvýšení stresu u pacientek významně predikovala copingová strategie Popření. Tento výsledek nalezneme i v řadě zahraničních studií (Aflakseir & Zarei, 2013; Ben Yamini et al., 2008; Peterson et al., 2006b). V pořadí častosti užívání byla tato strategie mezi posledními pěti nejméně často užívanými v porovnání s ostatními strategiemi. Jde o strategii zaměřenou na emoce (Carver et al., 1989), která se vyznačuje odmítáním věřit, že problém skutečně existuje. Ženy se snaží jednat tak, jako kdyby problém nebyl skutečný (patří sem položky typu: „*předstírám, jako by se to vlastně ani nedělo*“, „*říkám sama sobě, že to není pravda*“). Podobně se v našem výzkumu ukázalo, že copingová strategie

Neangažovanost chování negativně ovlivňuje prožívání životní smysluplnosti. Tato strategie je považována za obecně neadaptivní (Carver et al., 1989) a projevuje se určitou redukcí snah o řešení problému, vzdání se úsilí. (Patří sem položky jako: „vzdávám se snahy získat to, co chci“, „připouštím si, že se s tím nevypořádám a vzdávám se“.) Tato strategie bývá velmi často spojována s bezmocí.

Pro ženy, které podstupují léčbu neplodnosti, tak můžeme tyto dvě strategie (Popření a Neangažovanost chování) považovat za neadaptivní, neboť jsou spojeny s vyšším stresem a větším ohrožením ztrátou smyslu.

Podobně jako u žen, tak také u mužů predikovala copingová strategie Neangažovanost chování vyšší ohrožení ztrátou životního smyslu a její užívání se tedy ukazuje neadaptivní i pro muže. U mužů dále vidíme, že výše prožívaného stresu souvisí se strategiemi Ventilace emocí, Zneužívání alkoholu a Popření a podobné výsledky nalezneme i v zahraničních výzkumech (Bayley et al., 2009; Peterson et al., 2006b). Strategie Ventilace emocí je Carverem et al. (1989) považována za strategii obecně neadaptivní a vyznačuje se tendencí soustředit se na prožívaný distres a emoce, které vyvolává. V našem výzkumu jsme v regresní analýze ani u korelací nenalezli strategii, kterou bychom u mužů mohli označit za adaptivní. Podobně pro muže chudší výsledky však nalézáme i v jiných výzkumech (Bayley et al., 2008), nicméně jinde se ukázala adaptivní pro muže strategie aktivního – na problém zaměřeného copingu (Peterson et al., 2006b) – obecně jsme však výzkumů zaměřených na toto téma u mužů našli jen málo.

Můžeme tedy shrnout, že pro ženy se ukazují jako adaptivní strategie Pozitivní reinterpretace, Humor a Akceptace. Jako neadaptivní strategie pro ženy i pro muže se ukazují strategie Popření a Neangažovanost chování, pro muže pak ještě zvlášť jako neadaptivní vystupuje strategie Ventilace emocí.

Odras prožívaného stresu a životního smyslu ve výsledku léčby neplodnosti u žen

V této části výzkumu jsme navázali na naši dlouhodobou práci v této oblasti a již vzniklé studie, kdy jsme zkoumali vliv na výsledek léčby postupně u těchto psychologických faktorů u žen: úzkostnosti, aktuální úzkosti při embryotransferu (Hampl & Ďurašková, 2014), copingových strategií a prožívané životní spokojenosti (Ďurašková et al., 2014). K těmto zkoumaným faktorům jsme se tak nově rozhodli zařadit prožívaný stres v souvislosti s neplodností a životní smysluplnost.

Z množství různých výsledků léčby IVF/ICSI jsme sledovali u žen vznik klinického těhotenství (nalezení gestačního vakuu v děloze pomocí ultrazvuku). Klinické těhotenství je žádoucím výsledkem pro nedobrovolně bezdětný pár a v souvislosti s možným vlivem psychických faktorů jej sledovala před námi již řada autorů (Koryntová et al., 2001; Lintsen et al., 2009; Rapoport-Hubschman et al., 2009).

Vzhledem ke skutečnosti, že v léčbě neplodnosti interferuje řada proměnných, které mohou výsledek ovlivňovat a které nelze nikdy všechny kontrolovat (viz výše diskuze k metodologii), je třeba k výsledkům všech těchto studií přistupovat obezřetně a interpretovat je opatrně. Lépe než o „vlivu“ na výsledek léčby, proto raději mluvíme o možném „odrazu“ psychických faktorů ve výsledku léčby.

Prožívaný stres byl ve výzkumech často zkoumán především pomocí měření úzkosti a deprese (Lintsen et al., 2009; Lovely et al., 2003), nicméně výsledky těchto studií nejsou jednoznačné a postupně se od tohoto typu výzkumu upouští. V naší studii jsme se zaměřili na měření stresu souvisejícího specificky pouze se situací neplodnosti, podobně jako například kanadský výzkum z roku 2007 (Cooper et al.) či švédský z roku 2018 (Cesta et al., 2018). Náš předpoklad, že by se tento prožívaný stres odrážel ve výsledku léčby, se ale nepotvrdil – mezi ženami, které otěhotněly, a ženami, které neotěhotněly, jsme v prožívaném stresu nenalezli žádný statisticky významný rozdíl. Podobný výsledek nacházíme i u obou zmíněných výzkumů (Cesta et al., 2018; Cooper et al., 2007), v kanadském výzkumu (Cooper et al., 2007) měly dokonce ženy, které otěhotněly, v některých škálách stres vyšší než ženy, které neotěhotněly. V celkovém prožívaném stresu se však mezi sebou ženy úspěšné a neúspěšné v léčbě nelišily.

Vedle prožívaného stresu jsme se ještě zaměřili na prožívanou životní smysluplnost. V této oblasti jsme k našemu překvapení nenalezli žádné výzkumy, se kterými bychom mohli naše výsledky srovnávat. Vzhledem ale k časté souvislosti prožívaného životního smyslu a životní spokojenosti (Khurshid et al., 2018; Saha & Ahuja, 2017), srovnáváme naše výsledky alespoň s výzkumy zaměřenými na životní spokojenost. Předpokládali jsme, že ženy, které jsou více ohroženy ztrátou životního smyslu, budou v léčbě neplodnosti méně úspěšné. Ukázalo se nám ale, že mezi ženami, které otěhotněly, a těmi, které neotěhotněly, nebyl v prožívání životního smyslu signifikantní rozdíl. Tento náš výsledek koresponduje s výzkumy, kde se životní spokojenost léčených žen nijak neodrážela ve výsledku jejich léčby (Anderheim et al., 2005; Ďurašková et al., 2016).

Výsledky našeho výzkumu o prožívaném stresu a životní smysluplnosti mohou mít podle nás terapeutické implikace v poradenské praxi. Lze je totiž pozitivně interpretovat jako

„úlevné“ pro léčené ženy, že totiž prožívání stresu v souvislosti se situací neplodnosti nemá nakonec žádný odraz ve výsledku jejich léčby. Toto tvrzení by však v žádném případě nemělo zastínit skutečnost, že neplodnost a její léčba mohou mít dopad na spokojenost žen (Holter et al., 2006) a představují velkou psychickou zátěž. Snaha o snížení této zátěže a psychická podpora léčeným párům je pak vždy cenná a přínosná sama o sobě – ať již ovlivní výsledek léčby či nikoli.

Závěrem této části chceme dodat, že naše výsledky jsou značně limitovány také metodami měření. Čím delší dobu jsme se zabývali v této oblasti kvantitativním výzkumem a administrovali a vyhodnocovali sebeposuzovací dotazníky, tím více jsme si uvědomovali, jak povrchně se dotýkáme toho, jak skutečně ženy a muži neplodnost prožívají. Je něco jiného anonymně zaškrtnout položku v dotazníku a něco jiného moci o daném tématu hlouběji a v souvislostech hovořit. To nás také vedlo k tomu, aby celý tento kvantitativní výzkum obohatit alespoň o jednu kvalitativní sondu, tedy o pokus hlouběji se dotknout skutečného prožívání neplodnosti u žen. Výsledky této naší snahy uvádíme následně.

Posttraumatický rozvoj u žen se zkušeností neplodnosti

Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že na podkladě těžkých prožitků spojených se situací neplodnosti dochází u zkoumaných žen k posttraumatickému rozvoji (Kong et al., 2018; Paul et al., 2010; Yu et al., 2014). S ženami jsme vedli polostrukturovaný rozhovor na téma „*jak neplodnost ovlivnila (změnila) Váš život?*“ a nechali jsme je spontánně mluvit o jejich zkušenosti (negativní i pozitivní). Tam, kde ženy vyprávěly o svých propadech a bolestech, tam také někdy mluvily i o tom, k čemu pozitivnímu je tyto zkušenosti dovedly. Naše otázky tedy nebyly cíleně zaměřeny jenom na pozitivní aspekty, jak to někdy nacházíme v dotaznících měřících PTG, ale umožnili jsme ženám mluvit o jejich zkušenosti „v celku“. Zdá se nám, že naše výsledky jsou díky tomu daleko více autentické a zároveň celý výzkum více etický – že jsme nezhodnotili zkušenost žen tím, že bychom po nich chtěli vyprávět jen pozitivní přínosy, přestože dané téma je především bolestivé. Pomocí tematické analýzy těchto rozhovorů jsme postupně získali 5 hlavních aspektů posttraumatického rozvoje, které ženy v souvislosti s neplodností uváděly.

Všechny ženy se dotkly tématu partnerského vztahu. Uváděly, že v průběhu let marného boje o dítě mohly u partnera rozpoznávat do té doby neznámé kvality (např. ochotu přijmout osvojené dítě, touhu zůstat s nimi i bez dítěte, schopnost je „podržet“, vydržet

propady jejich nálad apod.). Ženy často popisovaly, jak se musely s partnerem naučit mluvit o věcech, které dříve společně neřešili, a vzájemná komunikace se díky tomu mezi partnery prohloubila. Dvě ženy uvedly neplodnost jako jeden z hlavních důvodů rozpadu vztahu, ostatní ženy oceňovaly, že jejich vztah se touto zkušeností výrazně upevnil. Tento poznatek je často uváděn i v jiných výzkumech (Daniluk, 2001; Lee et al., 2009; Schmidt et al., 2005).

V rozhovorech se dále často objevovalo téma prohloubení či dosažení určité osobní pokory (Lee et al., 2009). Ženy vyprávěly, že často prvně v životě zakusily, jak člověk nemá vždy vše pod kontrolou, nemůže si všechno naplánovat, a že někdy nejsou osobní nezdary jen výsledkem malé nebo nedostatečné snahy. Řada žen začala dítě vnímat jako dar, nikoli jako výsledek osobního snažení, sedm žen uvedlo, že je tato zkušenost vede k daleko hlubší úctě a respektu k životu vůbec (Daniluk, 2001; Paul et al., 2010; Slezáčková, 2009a).

Dalším aspektem, kterého se ve svém vyprávění ženy často dotýkaly, byla nutnost přehodnotit jejich vztahy k druhým lidem (Konečná 2009; Paul et al., 2010). Mnohé v průběhu času zjišťovaly, které vztahy jsou skutečně nosné a které nikoli, a že o některé přátele či blízké lidi pak také nakonec přišly. Často ale našly přátelství nová, buď s lidmi v podobné situaci jako ony, nebo s lidmi, kteří se uměli chovat k neplodným párům citlivěji. Mnohé ženy také uvedly, že našly větší porozumění pro lidi, kteří se mohou cítit podobně jako ony („na okraji“, „vyčleněné“, „neúspěšné“ apod.) a že začaly být celkově daleko více vnímavé a citlivé k utrpení lidí kolem sebe (podobně i Slezáčková, 2009a).

Další aspekt posttraumatického rozvoje jsme nazvali obecně „sebepoznání“. Ženy často popisovaly, jak těžké pro ně bylo se v sobě probojovat k poznání, že žena má svou hodnotu i bez mateřství. Zároveň vyjadřovaly nad sebou samými uznání, že se pod veškerou tíhou bolavých prožitků nakonec nezhroutily a ukázaly se samy sobě nakonec silnější, než se o sobě domnívaly (Daniluk, 2001; Paul et al., 2010; Slezáčková, 2009a). Všechny také uvedly, že se začaly více zabývat svým vztahem k vlastnímu tělu a zodpovědností za své zdraví, změnily některé návyky ve prospěch zdravého životního stylu (Daniluk, 2001; Slepíčková, 2009; Slezáčková, 2009a).

Posledním aspektem posttraumatického rozvoje, který jsme v rozhovorech našli a který popisovaly všechny dotázané ženy, byly změny v životní filosofii (Lee et al., 2009). Všechny ženy tematizovaly nutnost hledání (zdrojů) naděje v dobách, kdy se cítily „na dně“, zabývaly se tím, jaký smysl by jejich situace a jejich utrpení mohlo mít (Konečná, 2009). Hovořily o hledání „náhradního“ naplnění smyslu života, který některé nacházely v adopci, jiné v „otevřenosti“ se pro jiné úkoly v životě, některé doufaly, že smysl toho všeho je někde ukrytý. Mnohé z nich začaly hledat odpovědi v různých spirituálních systémech (ezoterice,

východních naukách, křesťanství), některé však mluví i o velkém otřesu dosavadní víry a nutnosti svou víru přebudovat.

Lze tedy snad zjednodušeně shrnout, že zkušenost s neplodností vedla ženy (mimo jiné) k osobní pokoře, úctě k životu, přebudování a nalezení vlastní hodnoty, poznání vlastní síly, hlubší empatii, rozvinutí duchovní oblasti, odpovědnosti za své zdraví a dalším osobnostním kvalitám, které jsme podrobněji ve výsledcích uvedli. Nemůžeme samozřejmě vědět, zda by tyto stejné ženy k daným změnám nedospěly i na základě jiných životních zkušeností nebo i jen třeba na základě vlastního osobnostního zrání v čase. Podstatné pro nás ale je, že ony samy tyto osobní změny do souvislosti se zkušeností neplodností dávají a v rozhovorech i často ukázaly dynamiku, jak celý proces probíhal. Výpovědi všech žen se shodují v tom, že šlo vždy o proces bolestivý, který kdyby nemusely, nikdy by ho nepodstoupily – žádná se dobrovolně pro neplodnost nerozhodla.

Zdalo by se nám velmi zajímavé udělat s těmito ženami rozhovor znovu s odstupem pár let a sledovat, jak se jejich zhodnocení zkušenosti s neplodností po čase mění, co považují za změny trvalé a které z popsaných aspektů pod souhrou nových životních okolností třeba již zcela „zapadly“.

Také je třeba zmínit, že posttraumatický rozvoj, jak jsme ho v našem výzkumu my sledovali, je čistě subjektivní fenomén – výpovědi žen o sobě a jejich sebepopis jsme již neověřovali u třetích osob. Aspekty posttraumatického rozvoje, ke kterým jsme obsahovou analýzou dospěli, jsou také velmi blízké popisovaným charakteristikám posttraumatického rozvoje obecně, jak ho nalézáme u jiných autorů (Calhoun & Tedeschi, 2006; Mareš, 2012). Bylo by proto zajímavé provést v budoucnu i podrobnější srovnání, zda zkušenost s neplodností přináší v rámci posttraumatického rozvoje nějaká vlastní specifika.

Implikace výzkumu do psychologické praxe

Z našeho výzkumu vyplývá, že psychologickou podporu v situaci neplodnosti potřebují stejně ženy jako i muži, neboť ji prožívají podobně naléhavě. Ukazuje se, že nejvíce se cítí ohroženi ztrátou cíle (či smyslu) života v případě, že by neměli dítě. Ke snížení stresu by ženy měly být podporovány v užívání adaptivních copingových strategií jako je Pozitivní reinterpretace (snaha využít situaci k osobnímu růstu), Humor (schopnost občas ze situace poodstoupit) a Akceptace (snaha vzít situaci a její problémy vážně a učit se s nimi žít). Naopak se ukazuje jako vhodné upozornit ženy i muže, že snaha popřít skutečnost problémů (předstírání, že se vlastně nic neděje) a rezignace na jejich řešení vedou ke zvýšení prožívaného stresu.

Z párů může být sejmuto určité „břemeno“ (viny), když se někdy domnívají, že výsledky léčby si sami ovlivňují tím, jak moc či málo se z celé situace stresují. Psychologická intervence může také facilitovat posttraumatický rozvoj, ke kterému na základě prožité zkušenosti neplodnosti může docházet. Menší publikace, která by mohla vzniknout z našich rozhovorů s ženami, které mají s neplodností dlouhodobou zkušenost, by mohla pomoci všem ženám (nebo i mužům), kteří procházejí stejnou situací.

Návrhy na další směry zkoumání

Velmi zajímavé by podle nás bylo zkoumat a porovnat míru stresu, životní smysluplnosti a coping párů v době léčby neplodnosti, kdy podstupují IVF, a pak v době, kdy léčba nebyla úspěšná. Mohli bychom tak porovnat, zda strategie, které se jeví adaptivní ke zvládnání neplodnosti v době léčby, jsou adaptivní i v době, kdy pár prošel léčbou neúspěšně. Stejně tak předpokládáme, že míra ohrožení ztrátou životního smyslu by mohla být jiná v době, kdy pár vstupuje do léčby neplodnosti, a jiná v době, kdy léčba nebyla úspěšná. Míru prožívaného smyslu by bylo napříště vhodné zkoumat jinou metodou a nejlépe ještě kombinovat s kvalitativní sondou.

U kvalitativního výzkumu bychom považovali za zajímavé udělat obdobné rozhovory také s muži. Dále by nám přišlo zajímavé vést rozhovor se stejným ženami z našeho výzkumu za několik let později a sledovat, jak hodnotí svou zkušenost s odstupem času.

14. ZÁVĚRY

Za hlavní výzkumná zjištění naší práce považujeme:

- V prožívání stresu v souvislosti s neplodností není mezi ženami a muži významný rozdíl. Největší ohrožení prožívají v představě ztráty smyslu či cíle, pokud by dítě nakonec neměli, a to jak pro osobní, tak i pro partnerský život.
- V ohrožení ztrátou životního smyslu není mezi muži a ženami podstupujícími IVF významný rozdíl.
- V užívání copingových strategií nacházíme u žen a mužů řadu podobností. Nejčastěji ve srovnání s jinými strategiemi se vyrovnávají s neplodností pomocí strategií Pozitivní reinterpretace, Plánování, Akceptace a Aktivního copingu. Muži oproti ženám o něco častěji využívají strategii Zdrženlivost a Potlačení konkurenčních aktivit, zatímco ženy oproti mužům zase využívají častěji strategii Vyhledávání emoční opory.
- Za adaptivní strategie (související s nižším stresem a nižším ohrožením ztrátou smyslu) pro ženy můžeme označit strategie Pozitivní reinterpretace, Humor a Akceptace. Jako neadaptivní strategie se pro ženy i pro muže ukazují strategie Popření a Neangažovanost chování, pro muže pak ještě zvlášť jako neadaptivní vystupuje strategie Ventilace emocí.
- Míra prožívaného stresu ani prožívané životní smysluplnosti žen v době, kdy podstupovaly umělé oplodnění (IVF/ICSI), se nakonec neodrážela ve výsledku jejich léčby – otěhotnění.
- U žen, které mají mnohaletou zkušenost s nedobrovolnou bezdětností, se rozvinul posttraumatický rozvoj v oblastech hlubšího sebepoznání, větší pokory, celkového přehodnocení vztahů, změn v životní filosofii a v posílení partnerského vztahu.

SOUHRN

V naší studii jsme se zabývali prožíváním neplodnosti u párů, kteří podstupují léčbu pomocí umělého oplodnění a možným odrazem tohoto prožívání ve výsledku léčby. Navázali jsme tak na několik výzkumných studií, které jsme provedli v předcházejících letech (Ďurašková et al., 2014; Ďurašková et al., 2016; Hampl & Ďurašková, 2014). Dále jsme se v této disertační práci věnovali také aspektům posttraumatického rozvoje u žen s mnohaletou zkušeností s bezdětností.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí je považován za neplodný ten pár, kterému se nedaří otěhotnět při pravidelném pohlavním styku po dobu jednoho roku (MKN-10, N46, N97). Odhaduje se, že se tato diagnóza týká až 20 % párů ve střední Evropě (Řežábek, 2008) a za neúspěšnější léčbu se v současnosti považuje metoda umělého oplodnění (*in vitro fertilizace-IVF*). Ta bývá psychicky velmi náročná, váže se k ní řada legislativních úprav (Dostál, nedat.) a různě závažných etických otázek, které se týkají nejčastěji dilemat kolem manipulace s embryi (možnost jejich zmrazení, zničení, darování, „eugenickým“ výběr nejkvalitnějšího embrya, apod.) (Vácha, 2008; papež Benedikt XVI., 1987).

Nemožnost počít nebo donosit dítě je spojena s řadou stresujících psychosociálních konsekvencí (Hanna & Gough, 2015; Sobotková, 2012). Představuje hluboký zásah do identity jedince, který si může začít připadat „nenormální“ či ne jako skutečný muž nebo žena (Ratislavová, 2009). Vedle toho je neustálá snaha o početí spojena se změnou životního stylu, s vyloučením z řady sociálních situací a sociálním stigmatem (Slepičková, 2006). Nedobrovolně bezdětné páry musejí často hledat nový, jiný smysl svého života, než je založení rodiny, pro které se původně rozhodly (Daniluk, 2001; Konečná, 2009).

Situace nedobrovolné bezdětnosti i její léčba jsou bezesporu velmi náročnou životní situací. V naší práci jsme se proto rozhodli zkoumat prožívaný stres žen i mužů, kteří vstupují do léčby IVF. Stres jsme chápali jako nadlimitní zátěž (Křivohlavý, 2001), kterou člověk prožívá jako něco nelibého a na úrovni emocí se může projevat jako deprese, hněv nebo úzkost (Vymětal, 2003). Ve výzkumné části jsme pak sledovali prožívaný stres, který se pojí specificky se situací neplodnosti (Newton et al., 1999).

Kromě stresu jsme sledovali u těchto párů možnost ohrožení ztrátou životního smyslu a strategie, které používají ke zvládnutí stresu – coping. Smysl života jsme chápali jako schopnost vnímat, nacházet a přisuzovat událostem ve vlastním životě význam nebo hodnotu (Längle, 2002; Yalom, 2006). Za copingové strategie se označují různé způsoby

chování, kterými je možné zvládat stresové situace (Lazarus, 1966). Můžeme je dělit na strategie zaměřené na řešení problému a strategie zaměřené na řešení emocí, které ve stresové situaci vznikají (Lazarus, Folkmanová, 1980 in Carver et al., 1989). Vedle toho k nim řada badatelů přidává dělení další, například strategie méně užitečné pro zvládání stresu (Carver et al., 1989).

Výsledek léčby neplodnosti pomocí metod asistované reprodukce zůstává pro páry vždy nejistý, nelze zaručit jejich úspěch (Gulekli et al., 2004). Snad i proto je stále předmětem výzkumu, které všechny faktory by tuto léčbu mohly ovlivňovat (Koryntová, 2001a). Z psychologických faktorů se nejčastěji zkoumá právě vliv stresu na léčbu (Donarelli et al., 2015; Awtani et al., 2017) a vedle něj i možný vliv různých aspektů psychické odolnosti (Ďurašková et al., 2016; Hermann et al., 2011). V naší studii jsme se věnovali možnému vlivu stresu a prožívání životního smyslu na léčbu.

Kromě prožívání žen a mužů, kteří vstupují do léčby IVF, jsme se rozhodli dále sledovat ženy, které mají s neplodností mnohaletou zkušenost. U těchto žen jsme konkrétně chtěli sledovat aspekty posttraumatického rozvoje, který se na základě této životní zkušenosti rozvíjí (Paul et al., 2010; Yu et al., 2014). Posttraumatickým rozvojem jsme rozuměli osobnostní rozvoj, který se může paralelně rozvíjet na podkladě těch životních událostí, které jsou traumatické v širším slova smyslu, tedy událostí, které mají „seismický“ charakter a dopad na jedincovo vidění světa a emocionální fungování (Calhoun & Tedeschi, 2006; Slezáčková, 2009b)

Ve výzkumné části jsme si stanovili celkem osm cílů. Prvních sedm z nich se týkalo zjišťování stresu, životní smysluplnosti a užívání copingových strategií u žen a mužů, kteří podstupují IVF. Chtěli jsme také zjistit, zda existují mezi muži a ženami v tomto prožívání významné rozdíly. Dále jsme zkoumali souvislosti copingu se stresem a životním smyslem zvlášť u žen a zvlášť u mužů, abychom mohli vytipovat ty strategie, které se jeví jako adaptivní, a ty, které se jeví spíše neadaptivní pro zvládání situace neplodnosti. Vedle toho jsme zkoumali, zda se prožívaný stres a životní smysluplnost odráží ve výsledcích léčby IVF u žen. Pro tyto cíle jsme zvolili kvantitativní přístup, prospektivní a korelační studii, celkem jsme formulovali 8 hypotéz. Pro výpočty jsme užili Pearsonův korelační koeficient, t-test, ManWhitney U test, Kruskal-Wallis test a také krokovou regresní analýzu. Výsledky byly zpracovány pomocí programu SPSS 17. Celý výzkum byl schválen příslušnou etickou komisí.

Kvantitativní výzkum probíhal v centru asistované reprodukce SANUS v Pardubicích a sběr dat trval od r. 2014 do r. 2018. Zúčastnilo se 99 žen a 63 mužů v léčbě

IVF, kteří vyplnili tři dotazníky; *Fertility problém Inventory* (Newton et al., 1999), *Logo-test* (Balcar, 1992) a *Cope Inventory* (Carver et al., 1989).

Z výsledků vyplynulo, že ženy i muži se významně neliší v prožívání stresu a životního smyslu v souvislosti s neplodností. Nejvíce se stresují v otázkách, které se dotýkají smyslu života, pokud by měli svůj (budoucí) život prožít bez dítěte (podobně Peterson et al., 2006, Donarelli et al., 2015). I v užívání copingových strategií nacházíme u žen a mužů řadu podobností. Nejčastěji ve srovnání s jinými strategiemi se vyrovnávají s neplodností pomocí strategií Pozitivní reinterpretace, Plánování, Akceptace a Aktivního copingu (podobně Ďurašková et al., 2016; Peterson et al., 2006). Muži oproti ženám však o něco častěji využívají strategii Zdrženlivost a Potlačení konkurenčních aktivit, zatímco ženy oproti mužům zase využívají častěji strategii Vyhledávání emoční opory.

Jako adaptivní strategie pro ženy se ukázala Pozitivní reinterpretace, Humor a Akceptace (Bayley et al., 2009; BenYamini et al., 2008 a Ďurašková et al., 2016). Tyto strategie se projevují jako snaha využít situaci k osobnímu růstu, schopnost občas ze situace s humorem podstoupit a snaha vzít situaci a její problémy vážně a učit se s nimi žít. Naopak jako neadaptivní strategie se pro ženy i pro muže ukazují strategie Popření a Neangažovanost chování (snaha popřít skutečnost problémů a rezignace na jejich řešení), pro muže pak ještě zvlášť jako neadaptivní vystupuje strategie Ventilace emocí – tendence soustředit se na prožívaný distress (podobně Peterson et al., 2006; Ďurašková et al., 2016).

Z našeho výzkumu také vyplynulo, že ani míra prožívaného stresu ani prožívané životní smysluplnosti žen v době, kdy podstupovaly umělé oplodnění (IVF), se nakonec neodrážela ve výsledku jejich léčby – otěhotnění (Cesta et al., 2018; Cooper et al., 2007).

Poslední cíl se týkal zjišťování aspektů posttraumatického rozvoje u žen, které mají s neplodností mnohaletou zkušenost. Pro tento cíl jsme zvolili kvalitativní přístup, kde výsledky byly zpracovány pomocí tematické (obsahové) analýzy (Braun & Clarke, 2012). Vedli jsme poslostrukurovaný rozhovor celkem s 24 ženami, které měly průměrnou zkušenost s (primární) neplodností 6,1 let. Základní otázka rozhovoru zněla „*Jak neplodnost změnila (ovlivnila) Váš život?*“. K tomu jsme se dotázali na řadu podtémat (jak ovlivnila zdraví, vztahy, práci apod). Rozhovory jsme natočili na diktafon, přepsali do písemné podoby a pomocí tematické analýzy jsme hledali témata, která se týkala posttraumatického rozvoje. Výsledky naší analýzy ukázaly, že posttraumatický rozvoj se u těchto žen rozvinul v oblastech hlubšího sebepoznání, větší pokory, celkového přehodnocení vztahů, změn v životní filosofii a v posílení partnerského vztahu.

V této disertační práci tedy prezentujeme dvě výzkumné studie, jednu kvalitativní a jednu kvantitativní, které sjednocuje téma neplodnosti. Za hlavní limity považujeme pro kvantitativní část výzkumu zejména dotazníkovou formu šetření a faktickou nemožnost kontrolovat všechny intervenující proměnné při hledání odrazu některých faktorů ve výsledcích léčby. U kvalitativní části vidíme jako limit možnou ovlivnitelnost obsahu rozhovorů a výsledků samotným výzkumníkem a dále nemožnost výsledky dále zobecňovat. Velkou škodou je podle nás také to, že v této části výzkumu nebyli zahrnuti do rozhovorů také muži.

Za hlavní přínos naší studie považujeme u kvantitativní části jedničenost výzkumu, který v ČR nebyl zatím realizován a můžeme se tak přiřadit k jinak celosvětové diskuzi. Výsledky našeho kvantitativního výzkumu jsou pak dále aplikovatelné do poradenské praxe s neplodnými páry. U kvalitativní části jde o zpracování tématu zcela originálního a myslíme, že publikování těchto výsledků by mohlo být přínosné ne jenom pro mezinárodní akademickou veřejnost, ale zejména pro ženy, které prochází podobnou situací.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

Abdorraimi, L. & Vafa, A. (2016). The Role of the Meaning of Life in Depression in Infertile Women. *International Journal of Humanities and Cultural Studies* 2(4), 1769 – 1773.

Aflakseir, A. & Zarei, M. (2013) Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problém in Shiraz, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 14(4), 202-206.

Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., & Moller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction* 20(10), 2969-2975.

Awtani, M., Mathur, K., Shah, S., & Banker, M. (2017). Infertility stress in couples undergoing intrauterine Insemination and In vitro Fertilization Treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 10(3), 221-225.

Balcar, K. (2001). *Předmluva k českému vydání ESK*. In Längle, A., Orglerová, Ch., Kundi, M. *Existenciální škála – ESK*. (5-15) Praha: Testcentrum.

Balcar, K. (1992). *Lukasová E. Logo - test: zkouška k měření prožívané smysluplnosti a existenciální frustrace*. Chrudim: Mach.

Baštecká, B. & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Baštecký, J., Šavlík J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.

Baumgartner, F. (2001). Zvládání stresu – coping. In Výrost, J. & Slaměník, I., *Aplikovaná sociální psychologie II*. 191-208. Praha: Grada.

Baumgartner, F. (2010). Stratégie zvládania vo vzťahu k psychologickéj osobnej pohode v súbore vysokoškolákov. In *Sborník příspěvků Sociální procesy a osobnost 2009*. Brno: Psychologický ústav akademie věd ČR.

Bayley, T. M., Slade, P. & Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction* 24(11), 2827-2837.

BenYamini, Y., Gefen-Bardarian, Y., Gozlan, M., Geula, T., Shoshana, S., & Kokia, E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology and Health* 23(2), 221-241.

Bible. Český ekumenický překlad (1985). Praha: Ekumenická rada církví v Československu.

Boden, J. (2007). When IVF treatment fails. *Human Fertility*, 10(2), 93-98.

Boivin, J. & Schmidt, L. (2005). Infertility related stress in men and woman predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility Sterility*, 83(6), 1745-1752.

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (57-71). Washington : American Psychological Association.
<http://dx.doi.org/10.1037/13620-004>

Bryson, C. A. & Traub, A. I. (2002). Post IVF syndrom? Psychological implications of failed IVF. *The Obstetrician and Gynaecologist* 4, 201-204.

Calhoun L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of Posttraumatic growth. Research and practice*. New York, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Calhoun L. G. & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic growth. A clinician's Guide*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.

Carver C. S. & Scheier, M. E (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Centra asistované reprodukce. Získáno 25. 7.2010 z www.neplodnost.org

Cesta, C. E., Johansson, A. L., Nyman-Iliadou, A., Cnattingius, S., Hreinsson, J., Rodriguez-Wallberg, K., Olofsson, J. Holte, J., Skalkidou, A., Wramsby, H., & Wramsby, M. (2018). A prospective investigation of perceived stress, infertility-related stress, and cortisol levels in women undergoing in vitro fertilization: influence on embryo quality and clinical pregnancy rate. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 258-268.

Čepický, P. (1993). Psychosomatické poruchy v gynekologii a porodnictví. In Baštecký, J., Šavlík J., & Šimek, J., *Psychosomatická medicína*. 246 – 267. Praha: Grada Avicenum.

Cooper, C. B., Gerber, J.R., McGettrick, A.L., & Johnson, J.V. (2007). Perceived infertility-related stress correlates with In vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 88(3).

Csemiczky, G., Landgren, B. & Collins, A. (2000). The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79, 113-118.

Český statistický úřad; *Náboženské vyznání obyvatelstva České republiky*. Získáno 25. 12. 2013.
http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani_obyvatelstva_ceske_republiky_23_12_04

Danielson, K. (2008) *Clinical gravidity*. Získáno 24. 11. 2013 z <http://miscarriage.about.com>

- Daniluk, J.C. (2001). „*If We Had it To Do Over Again...*“: Couples' Reflections on Their Experiences of Infertility Treatments. *The Family Journal: Counseling and Therapy for couples and families*, 9(2), 122-133.
- Daniluk, J. C., & Tench, E. (2007). Long term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling and Development*, 85(1), 89-100.
- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
- Doležal, M. (2009). *Výkonová motivace a strategie zvládání stresu*. (Nepublikovaná diplomová práce) Univerzita Palackého v Olomouci.
- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility, Sterility* 73, 805-811.
- Donarelli, Z., Gullo, S., Coco, G., Marino, A., Scaglione, P., Volpes, A., & Allgra, A. (2015). Assessing infertility-related stress: the factor structure of the Fertility Problem Inventory in Italian couples undergoing infertility treatment. *Journal of Psychosomatic obstetrics & gynecology*, 36(2), 58-65.
- Dostál, J. (nedat.). *Etika a právo v asistované reprodukci*. Získáno 12. června 2012 z www.are.cz.
- Drexler, H. (2007). Kroky ke smyslu. In Längle, S., Sulz, M., *Žít svůj vlastní život. Úvod do existenciální analýzy* (65-77). Praha: Portál.
- Ďurašková, G., Hampl, R., Štěpán, J. & Kupka, M. (2014) Vliv psychické odolnosti ženy na úspěšnost prvního IVF/ICSI. *Česká Gynekologie*, 79(2), 115-119.
- Ďurašková, G., Sobotková, I., Hampl, R. & Viktorová, L. (2016). Životní spokojenost a copingové strategie žen, které podstupují své první umělé oplodnění (IVF). *E-psychologie*, 10(1), 47-62. Dostupné z http://epsycholog.eu/pdf/duraskova_etal.pdf.
- Ebner T., Yaman, C., Moser, M., Sommergruber, M., Polz, W. & Tews, G. (2001). Embryo fragmentation in vitro and its impact on treatment and pregnancy rate. *Fertility and Sterility* 76, 281-285.
- Eugster, A., Vingerhoets, A.J.J.M., Van Heck, G. L., & Merkus, M.W.M. (2004). The effect of episodic anxiety on an in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: a pilot study. *Psychosom Obstet gynecol*, 25, 57-65.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Braehler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Překlad a předmluva: Rodný, T., Rodná, K. Praha: Testcentrum.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, Ch., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Frankl, V. E. (1994). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.

- Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
- Garel, M., Blondel, B., Karpel, L., Blanchet, V., Breart, G., Frydman, R., & Olivennes, F. (2009). Women's views on Friendly IVF: A qualitative preliminary study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(2), 101–104.
- Gibson, D. & Myers, J. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, 24, 68–80.
- Granot, I. & Dekel, N. (2004). Preparation and evaluation of oocytes for intracytoplasmic sperm injection. In Gardner, D., Weissman, A., Howles, C., Shoham, Z. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques. Laboratory and clinical perspectives*. (115-123). Second edition. London and New York: Taylor and Francis Group.
- Greil, A., Slauson-Blevins, K. & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32, 140-162.
- Gulekli, B., Child, T., & Tan, S. (2004). Initial investigation of the patient (female and male). In Gardner, D., Weissman, A., Howles, C., Shoham, Z. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques. Laboratory and clinical perspectives* (459-468). Second edition. London and New York: Taylor and Francis Group.
- Habermas, J. (2003). *Budoucnost lidské přirozenosti*. Praha: Filosofia.
- Hach, P. (2004). *Metody asistované reprodukce a jejich etické problémy*. Získáno 12. Zář 2012 z <http://bioetika.cz/clanky/2004-2-prace.pdf>.
- Hahn, Ch. & DiPietro, J. A. (2001). In vitro fertilization and the family: Quality of parenting, family functioning, and child psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37(1), 37-48.
- Hanna, E. & Gough, B. (2015). Experiencing Male Infertility: A review of the Qualitative Research Literature. *Sage Open* 5(4), 1-9 DOI: 10.1177/2158244015610319
- HAMPL, R. & ĎURAŠKOVÁ, G. (2014). Vliv úzkosti ženy na výsledek jejího prvního IVF/ICSI. *Gynekolog* 23(3). 127-130.
- Hermann, D.; Scherg, H., Verres, R. Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assist Reprod Genet*, 28, 1111-1117.
- Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod*. 3. přepracované vydání. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Moller, A. (2006). First IVF treatment – short term impact on psychological wellbeing and the marital relationship. *Human Reproduction* 21(12), 3295-3302.

- Hošek, V. (1999). *Psychologie odolnosti*. Praha: Univerzita Karlova.
- Chvála, V., Machander, R. A., Machanderová, J., Knop, J., Štuplová, I., & Tichá, B. (1991). Je psychogenní sterilita obranou proti dokončení separace dcery od matky? *Československá psychologie*, 35(6), 509-511.
- Jim, S. H., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D.M, & Andersen, B.L. (2006) Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychologie*, 25(6). 753-761.
- Jordan, C. & Revenson. T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta analysis. *Journal of Behaviour Medicine*, 22, 341-358.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kellnerová, K. (2012) *Strategie zvládání stresu a osobní příčinná orientace u žen podstupujících léčbu neplodnosti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Klerk, C., Macklon N. S, Heijnen E. M. E. W., Eijkemans M. J. C., Fauser B. C. J. M, Passchier, J., & Hunfeld J. A. M. (2007). The psychological impact of IVF failure after two or more cycles of IVF with a mild versus standard treatment strategy. *Human Reproduction*, 22(9), 2554–2558.
- Konečná, H. (2009). *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha: Galén.
- Konečná (2013). Plnou nádrž a výměnu paradigmat, prosím! Příspěvek na konferenci „Hranice normality“. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku*, 21. - 22. 1. 2013. Olomouc.
- Konečná, H., Bubleová, V., & Janků, V. (2010). Motivy k rodičovství. *Československá Psychologie*, 2, 126-174.
- Kong, L., Fang, M., Ma, T., Li, G., Yang, F., Meng, Q., Li, Y., & Li, P. (2018). Positive affect mediates the relationships between resilience, social support and posttraumatic growth of women with infertility. *Psychology, Health & Medicine*, 23(6), 707-717.
- Kongregace pro nauku víry (2009). *Instrukce Dignitas personae o některých otázkách bioetiky*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Koryntová, D. (1999). Psychosomatické aspekty sterility. In *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Karlovy Vary 11.-13. Listopadu. S 85-91.
- Koryntová, D., Sibrťová, K., Kloučková, E., Čepický P., Řežábek, K., & Živný, J. (2001). Vliv psychologických faktorů na úspěšnost in vitro fertilizace (IVF). *Česká gynekologie*, 66, 264-269.
- Kowalcek, I., Wihstutz, N., Buhrow, G. & Diedrich, K. (2001). Coping with male infertility. Gender differences. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 265(3), 131-136.

Kraaij, V., Garnefski, N. & Vlietstra, A. (2007). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(1), 9-16.

Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada.

Khurshid, M., Ehsan, N., Abbasi, N. H., Maqsood, A., & Gul, S. (2018). Breast cancer patients: an Overview of the relationship between meaning of life and life satisfaction. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 68(2), 374-378.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

Längle, A., Orglerová, Ch., Kundi, M. (2001). *Existenciální škála – ESK*. Praha: Testcentrum.

Längle, A. (2002). *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.

Lee, G.L., Choi, W.H.H., Chan, C.H.Y., Chan, A.L.W. & Ng, E.H.Y. (2009). Life after unsuccessful IVF treatment in an assisted reproduction unit: a qualitative analysis of gains through loss among Chinese persons in Hong Kong. *Human Reproduction*, 24(8), 1920-1929.

Lintsen, A.M.E., Verhaak, C.M., Eijkemans, M.J.C., Smeenk, J.M.J., & Braat, D.D.M. (2009). Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human reproduction*, 1, 1-7.

Lovely, L.P., Meyer, W.R., Ekstrom, D.R. & Golden, R.N. (2003). Effect of stress on pregnancy outcome among Women undergoing assisted reproduction procedures. *Southern Medical Association*, 966, 548-551.

Luk, B.H. & Loke, A.Y. (2015). The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *Journal of sex & marital therapy*, 41(6), 610–625. doi: 10.1080/0092623X.2014.958789

Macklon, N. S. & Fauser, B. (2004). Indication for IVF treatment: from diagnosis to prognosis. In Gardner, D., Weissman, A., Howles, C., Shoham, Z. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques. Laboratory and clinical perspectives*. 447-459. Second edition. London and New York: Taylor and Francis Group.

Mahajan, N. N., Tumbull, D.A., Davies, M.J., Jindal, U.N., Broggs, N.E. & Taplin, J.E. (2010). Changes in affect and state anxiety across an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle. *Fertility, Sterility*, 93(2). 517-526.

- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada publishing.
- Matějů, I., Weiss, P., & Urbánek, V. (2005a). Psychologické příčiny neplodnosti. *Československá psychologie*, 49(2), 131-139.
- Matějů, I., Weiss, P., & Urbánek, V. (2005b). Psychologické důsledky neplodnosti. *Československá psychologie*, 49(3), 250-260.
- McCarthy, P. M., & Sheau-Huey, Ch. (2011). Differences in women's psychological well-being based on infertility treatment choice and outcome. *Journal of Midwifery & Women's Health* 56(5), 475-480. Doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00047.x.
- Ministerstvo zahraničních věcí. USA. *Základní informace o teritoriu*. Získáno 25. 12. 2013 z http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/severni_amerika/usa/
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. a.s.
- Mohapl, P. (1990). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: skripta FFUP.
- Mosalanejad, L. & Koolee, A.K. (2013). Looking at Infertility Treatment through The Lens of The Meaning of Life: The Effect of Group Logotherapy on Psychological Distress in Infertile Women. *International Journal of Fertility and Sterility*, 6(4). 224-231.
- Morschitzky, H. & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla. Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999) The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility & Sterility* 72(1), 54-62.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*. doi.org/10.1177/1609406917733847
- Park, C. L., Malone, M. R., Suresh, D.P., & Rosen, R.I., (2008) Coping, Meaning in Life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research*, 17, 21-26.
- Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Ronvner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S., & Malave, A.F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction*, 25(1), 133-141.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Panagopoulou, E., Vedhara, K., Gaintarzi, C., & Tarlatzis, B. (2006). Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 86(3), 672-677.
- Platon (1996). *Ústava*. Praha: OYKOYMENH.
- Peterson, B. D., Newton, Ch. R., Rosen, K. & Schulman, R.(2006a). Coping processes of Couples Experiencing Infertility. *Family Relations*, 55(2). 1-33.

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G.,E. (2006b). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction* 21(9), 2443-2449.

Pool, T. B. & Ord, V. O. (2004). Oocyte treatment: from retrieval to insemination. In Gardner, D., Weissman, A., Howles, C., Shoham, Z. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques. Laboratory and clinical perspectives* (107-113). Second edition. London and New York: Taylor and Francis Group.

Rapoport-Hubschman, N., Gidron, Y., Reicher-Atir, R., Sapir, O. & Fisch, B. (2009). „letting go“ coping is associated with successful IVF treatment outcome. *Fertility & Sterility*, 92(4), 1384-1387.

Rashidi, B., Hosseini, S., Pooya, B., Ghazizadeh, M. & Farahani, M. N. (2011). Infertility stress: the role of Coping Strategies, Personality Trait, and Social Support. *Journal of family and Reproductive Health*. 101-108.

Ratislavová, K. & Kašová, L. (2009). Psychosomatický doprovod při léčbě sterility v centrech asistované reprodukce. *Zdravotnické štúdie*, 2(2). 73-77.

Ratzinger, J. (1987). *Donum vitae. O respektování rodičího se lidského života a o důstojnosti plození*. Získáno 14. června 2012 z www.kebrle.cz.

Rozée, V. & Mazuy, M. (2012). L'infertilité dans les couples hétérosexuels: genre et gestion de l'échec. *Sciences Sociales et Sante*, 30(4), 5-30.

Ruiselová, Z. a kol. (2006). *Štýly zvládania záraže a osobnosť*. Ústav experimentálnej psychologie SAV, Bratislava.

Rumpík, D. (2013). *Surogátní mateřství – naše výsledky*. Ústní přednáška na 23. Symposiu asistované reprodukce. Brno.

Řežábek, K. (2008). *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada.

Saha, A. & Ahuja, S. (2017). Critical Existential Thinking, Search for Meaning and Life Satisfaction. *Journal of Psychosocial Research*, 12(1), 187-195.

Sakkas, D. & Gardner, D. K. (2004). Evaluation of embryo quality: sequential analysis of embryo development with the aim of single embryo transfer. In Gardner, D., Weissman, A., Howles, C., Shoham, Z. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques. Laboratory and clinical perspectives* (235-243). Second edition. London and New York: Taylor and Francis Group.

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling* 59, 244-251.

Sedláčková, M. (2012). *Právní a etické aspekty asistované reprodukce*. (Nepublikovaná rigorózní práce). Masarykova Univerzita v Brně.

Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.

- Slepičková, L. (2006). Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 42(5), 937-951.
- Slepičková, L. (2009). Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, 45(1), 177-203.
- Slepičková, L. (2014). *Diagnóza neplodnost. Sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Brno: Sociologické nakladatelství.
- Slezáčková, A. (2009a). Posttraumatický rozvoj osobnosti v kontextu pozitivní psychologie. *Sborník prací filozofické fakulty Brněnské Univerzity P 13/2009*. 45-59.
- Slezáčková, A. (2009b). *Posttraumatický rozvoj u rodičů onkologicky nemocných dětí v kontextu pozitivní psychologie*. (Nepublikovaná disertační práce). Brno: Masarykova Univerzita.
- Schmidt L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education Counseling*, 59, 244-251.
- Smeenk J.M., Verhaak C.M., Eugster A., Minnen A., Zielhuis G.A. & Braat D.D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human. Reproduction*, 16, 1420-1423,
- Smolík, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací; nástin nozologie; diagnostika. Praha: Maxdorf.
- Sobotková, I. (2012) *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1980). *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Překlad a úprava Müllner, J., Ruisel, I., Farkaš, G. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Sternke, E. A., & Abrahamson, K. (2015). Perceptions of women with infertility on stigma and disability. *Sexuality and Disability*, 33(1), 3-17. Doi: 10.1007/s11195-014-9348-6.
- Schwerdtfeger, K. L., & Shreffler, K. M. (2009). Trauma of pregnancy loss and infertility among mothers and involuntarily childless women in the United States. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 14(3), 211-227. Doi: 10.1080/15325020802537468.
- Stanton A.L., Tennen, H., Affleck, G., & Mendola, R. (1992). Coping and adjustment to infertility. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 1-13.
- Tao P, Coates R, & Maycock B. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *Australas Medical Journal* 4(11). 620-7. doi: 10.4066/AMJ.20111055
- Thorsby, K. & Gill, R. (2004). It's different for Men. Masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6(4), 330-348.
- Tichý, M. (2011). Osobnostní proměnné a zvládání zátěže u sociálních pracovníků a učitelů. *Psychologie a její kontexty*, 2(2), 87-97.

Trávník, P., Čech, S. (2011). *Základy obecné a speciální embryologie pro klinické embryology*. Brno: YBUX s.r.o.

Trávník, P. (nedat.). *Gametogeneze, meióza a mitóza*. Získáno 23. května 2012 z www.are.cz.

Terry, J. D. & Hynes G. J. (1998). Adjustment to a Low-Control Situation: Reexamining the role of Coping Responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1078-1092.

Vácha, M. (2008). *Místo, na němž stojíš, je posvátná země. O kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru*. Brno: Cesta.

Vašina, B. (2002). *Osobnostní vlastnosti a copingové strategie*. Brno: Učitelé a zdraví.

Veenhoven, R. (1974). Is there an innate need for children? *European Journal of Social Psychology*, 4(4), 495-501.

Ventura, J.L., Fitzgerald, O.R., Koziol, D.E., Covington, S.N., Vanderhoof, V. H., Calis, K.A., & Nelson, L.M. (2007). Functional well-being is positively correlated with spiritual well-being in women who have spontaneous premature ovarian failure. *Fertility and Sterility* 87(3), 584-590.

Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.

Vokurka & Hugo (2000) *Praktický slovník medicíny*. Maxdorf.

Volná, A. (2006). *Vliv aspektu neplodnosti a její léčby na psychiku pomáhajících profesí pracujících v oboru gynekologie – porodnictví a psychologie*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

Vymětal, J. a kol. (2000). *Speciální psychoterapie (úzkost a strach)*. Praha: J. Kocourek.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

Webb, R. & Daniluk, J. (1999). The end of the line: Infertile men's experiences of being unable to produce a child. *Men and Masculinities*, 2, 6-25.

Weiss, P., Matějů, I. & Urbánek, V. (2004). Osobnostní a párové charakteristiky mužů a žen ze sterilních manželství. *Česká gynekologie*, 1, 42-47.

Wischmann, T.H., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation service. *Human Reproduction* 16(8), 1753-1761.

Wischmann, T. H. (2011). Psychogenní neplodnost – mýty a fakta. *Psychosom, časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*, 9(1), 36-53.

Yalom, I. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215, 401-405.

Zákon o rodině 94/1963 Sb.

Zákon č. 96/2001 Sb. Dodatek k úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny o zákazu klonování lidských bytostí. Platný v ČR od r. 2001

Zákon č. 227/2006 o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 373/2011 z 6. listopadu 2011 o specifických zdravotnických službách.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1.

Abstrakt

Abstract of Thesis

Příloha č. 2

Seznam použitých zkratk

Seznam tabulek a obrázků

Příloha č. 3

Informované souhlasy

Překlady použitých dotazníků

Výpočty položkové analýzy FPI

Příloha č. 4

Otázky polo-strukturovaného rozhovoru

Přepis a kódování rozhovoru- ukázka

Příloha č. 1.

ABSTRAKT

Název práce: Prožívání nedobrovolně bezdětných žen a mužů a jeho souvislosti s výsledky léčby neplodnosti

Autor práce: PhDr. et Mgr. Gabriela Ďurašková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Počet stran a slov: 189 stran, 59 763slov

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 158

Disertační práce se zabývá stresem, životní smysluplností a copingovými strategiemi u žen a mužů, kteří podstupují léčbu neplodností pomocí IVF. Zkoumá možný odraz prožívaného stresu a ztráty životního smyslu na úspěšnost této léčby. Vedle toho zkoumá aspekty posttraumatického rozvoje u žen, které mají s neplodností dlouholetou zkušenost.

Výzkumná část obsahuje osm cílů, pro sedm z nich byl zvolen kvantitativní přístup, kdy ženy a muži, kteří vstupovali do léčby IVF, vyplnili dotazníky *Fertility problem Inventory*, *Logo test* a *Cope Inventory*. Celkem se této části výzkumu zúčastnilo 99 žen a 63 mužů. Z výsledků vyplývá, že mezi muži a ženami není v prožívání stresu a životní smysluplnosti významný rozdíl, v užívání copingových strategií jsou rozdíly nepatrné. Nejvíce se páry cítí ohroženy v otázce smyslu života, pokud by měl být prožit bez dítěte. Strategie Pozitivní reinterpretace, Humor a Akceptace se jeví jako adaptivní pro ženy pro zvládnání situace neplodnosti, naopak strategie Popření a Neangažovanost chování se jeví jak pro ženy, tak i pro muže neadaptivní. Neukázalo se, že by se stres a smysluplnost života odrážely ve výsledku léčby IVF u žen.

Posledním cílem bylo zkoumat aspekty posttraumatického rozvoje u žen, které mají dlouholetou zkušenost s neplodností. Zvolen byl kvalitativní přístup, s 24 ženami bylo provedeno polostrukturované interview, pro analýzu dat byla použita obsahová analýza. Výsledky ukázaly, že se u žen rozvinul zejména pocit vnitřní síly, větší pokory, přehodnotily dosavadní vztahy, posílil se partnerský vztah a ženy zaznamenaly změny v životní filosofii.

Klíčová slova: neplodnost, umělé oplodnění (IVF/ICSI), stres, smysl života, posttraumatický růst, copingové strategie.

ABSTRACT OF THESIS

Title: The experiencing of involuntary childless women and men and its association with the results of infertility treatment

Author: PhDr. et Mgr. Gabriela Ďurašková

Supervisor: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Number of pages and words: 189 pages, 59 763 words

Number of appendices: 4

Number of references: 158

This thesis deals with stress, meaning of life and coping strategies of women and men in IVF treatment, with a focus on a possible influence of the experienced stress and loss of the meaning of life on the IVF outcome. In addition, it examines aspects of post-traumatic growth in women with a long-standing experience of infertility.

The research section follows eight objectives. Seven of them are examined with the use of quantitative methods. Women and men in IVF treatment completed three questionnaires (*Fertility problem Inventory, Logo test, Cope Inventory*). The statistical sample consisted of 99 women and 63 men. Our results have indicated no relevant gender based differences in the experiencing of stress and meaning of life; some limited differences were identified in the using of coping strategies. Couples feel most threatened in their meaning of life by the perspective of lifelong childlessness. The strategies Positive reinterpretation, Humor and Acceptance seem to be adaptive for women in coping with their infertility, whereas Denial and Behavioral disengagement seem to be non adaptive coping strategies both for women and men. There was no evidence of any significant influence of the stress and meaning of life threats experienced by women on the outcome of their IVF treatment.

The final objective was to examine aspects of post-traumatic growth in women with a long-standing experience of infertility. This objective was approached by qualitative methods; semi structured interviews were conducted with 24 women, and the obtained data were reviewed by the thematic analysis. The results showed that women in particular developed a sense of inner strength and greater humility; they often reassessed their existing relationships and strengthened their partnership, and they experienced changes in their life philosophy.

Key words: infertility, IVF, coping strategies, posttraumatic growth, stress, meaning of life

Příloha č. 2.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CAR: centrum asistované reprodukce

COPE: Coping Orientation to Problems Experienced, dotazník na strategie zvládání stresu

ET: embryotransfer

FPI: Fertility Problem Inventory

ICSI: intracytoplasmatic sperm injection, čte se „iksi“

IUI: intrauterinní inseminace

IVF: in vitro fertilizace (umělé oplodnění)

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize

OPU: odebrání vajíček

PTG: Posttraumatic growth- posttraumatický rozvoj (růst)

SPSS: program na zpracování statistických dat

WHO: Světová zdravotnická organizace

MZV: ministerstvo zahraničních věcí

ČSÚ: český statistický ústav

TABULKY

Tab. 1: Výpočet Crombachovy alfy u českého překladu dotazníku FPI (n=158)	80
Tab. 2: Rozdělení copingových strategií na PFC (na problém orientovaný coping), EFC (na emoce orientovaný coping a MA (spíše maladaptivní coping).....	83
Tab. 3: Hypotetické rozdělení copingových strategií na adaptivní (A) a maladaptivní (MA)	83
Tab. 4: Celková účast pacientů na výzkumu a jejich charakteristiky	87
Tab. 5: Počty získaných dotazníků	87
Tab. 6: Rozdělení souboru podle příčin neplodnosti	87
Tab. 7: Rozdělení souboru podle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	87
Tab. 8: Rozdělení souboru žen a mužů podle pořadí pokusu IVF, který podstupovaly	88
Tab. 9: Průměrné hodnoty škál FPI u mužů, kteří podstupují léčbu pomocí IVF (n=63)	89
Tab. 10: Průměrné hodnoty škál FPI u žen, které podstupují léčbu pomocí IVF (n=98).....	90
Tab. 11: Průměrné hodnoty copingových strategií u mužů podstupujících IVF/ICSI (n=63)	91
Tab. 12: Průměrné hodnoty jednotlivých copingových strategií žen, které podstupují léčbu IVF/ICSI (n=99)	92
Tab. 13: Průměrné hodnoty v Logo - testu u mužů a žen podstupujících léčbu pomocí umělého oplodnění.....	93
Tab. 14: Výsledné hodnoty t-testu u jednotlivých položek dotazníku FPI.....	95
Tab. 15: Výsledné hodnoty t-testu v Logo - testu	95
Tab. 16: Výsledky t-testu u jednotlivých copingových strategií v Cope Inventory	96
Tab. 17: Korelace mezi jednotlivými copingovými strategiemi (COPE Inventory), celkovým stresem (FPI) a ohrožením ztrátou smyslu (Logo test) u žen, které podstupují léčbu pomocí IVF (n=99).....	97

Tab. 18: Korelace mezi copingovými strategiemi (Cope Inventory) a Sumou prožívaného stresu (FPI) a Ohrožením smysluplnosti (Logo- test) u mužů, kteří podstupují léčbu IVF (n=63).	99
Tab. 19: Výsledky krokové regrese pro sumu prožívaného stresu u mužů	100
Tab. 20: Výsledky Krokové regresní analýzy pro celkový stres u žen.....	101
Tab. 21: Výsledky regresní analýzy pro Logo- test u mužů.....	102
Tab. 22: Výsledky regresní analýzy pro Logo- test u žen	103
Tab. 23: Srovnání skupin rozdělených podle příčin neplodnosti a srovnání hodnot prožívaného stresu a životní smysluplnosti.....	104
Tab. 24: Korelace věku a počtu let neplodnosti s prožívaným stresem a ohrožením životního smyslu u žen, které postupují IVF	105
Tab. 25: Srovnání prožívání stresu a životního smyslu u žen, které podstupovaly své 1. IVF s ženami, které podstupovaly své 2. IVF.....	106
Tab. 26: Korelace věku a délky neplodnosti u mužů s prožívaným stresem a životní smysluplností.....	107
Tab. 27: Srovnání skupin podle příčiny neplodnosti v prožívání stresu a životní smysluplnosti.....	108
Tab. 28: Srovnání průměrných hodnot stresu a prožívané smysluplnosti mezi muži, kteří podstupovali svůj první pokus o umělé oplodnění a muži, kteří podstupovali svůj druhý pokus	108
Tab. 29: Výsledné hodnoty t-testu u sumy prožívaného stresu (FPI) žen, které podstupují léčbu IVF/ICSI (n= 95).....	110
Tab. 30: Naměřené hodnoty t-testu u dotazníku Logo-test u žen, které podstupují léčbu IVF/ICSI (n=99).....	111
Tab. 31: Korelace mezi copingovou strategií Popření a prožívaným stresem u žen, které podstupují léčbu IVF/ICSI (n=95)	111
Tab. 32: Korelace mezi copingovou strategií Popření a celkovým stresem u mužů, kteří podstupují léčbu pomocí IVF/ICSI (n=63)	112
Tab. 33: Korelace mezi copingovou strategií Pozitivní reinterpretace a celkovým stresem u žen v léčbě IVF/ICSI (n=95).....	113
Tab. 34: Korelace mezi copingovou strategií Pozitivní reinterpretace a celkovým stresem u mužů v léčbě IVF/ICSI (n=63).....	114
Tab. 35: Výsledky t-testu při srovnání mužů a žen v léčbě IVF/ICSI v prožívání stresu (FPI).....	115
Tab. 36: Výsledky t-testu při srovnání mužů a žen v léčbě IVF/ICSI v prožívání životního smyslu (Logo –test)	115

OBRÁZKY a GRAFY

Obr. č. 1: Položky, které reprezentují v inventáři copingovou strategii Popření (Carver et al., 1989).....	112
Obr. č. 2: Položky, které reprezentují v inventáři copingovou strategii Pozitivní reinterpretace (Carver et al., 1989).....	113
Obr. č. 3: Aspekty posttraumatického rozvoje u žen s mnohaletou zkušeností s neplodností.....	140
Graf. č. 1: Počet let, které se ženy snažily o dítě.....	126
Graf. č. 2: Věk žen ve výzkumném souboru.....	126

Příloha č. 3

Informovaný souhlas (pro kvantitativní výzkum)

Vážená paní a vážený pane,

Jistě jste se již sami v okolí setkali s tím, že Vás lidé přesvědčovali, že díky psychické pohodě se Vám spíše podaří otěhotnět, než když budete „ve stresu“. Rádi bychom Vás proto informovali, že jsme se rozhodli odhalit, zda na této lidové moudrosti je „kus pravdy“ či nikoli.

Naše zařízení pořádá výzkum, který má zjistit, zda může stres ovlivnit výsledek léčby neplodnosti při IVF (IVF-ICSI), zda může mít vliv na kvalitu odebraných vajíček a vzniklých embryí, či naopak, zda na výsledky vliv nemá žádný.

Odpověď na tuto otázku hledala v posledních letech řada odborníků v zahraničí, ale stále se nenašla jednoznačná odpověď. Z některých studií vyplývá, že stres na výsledky léčby vliv nemá žádný, z jiných naopak vyplývá, že vliv má. Samozřejmě, že pokud bychom zjistili, že stres ovlivňuje významněji léčbu, začali bychom doporučovat všem párům, kteří chtějí zvýšit svou šanci na otěhotnění při IVF, různé relaxační techniky, abychom tak napomohli vyššímu úspěchu.

Proto bychom si Vás dovolili pozvat k účasti na tomto výzkumu. Budete-li s účastí souhlasit, požádali bychom Vás v průběhu Vaší léčby o vyplnění tří kratších dotazníků. Můžete je vyplnit zde na klinice nebo si je odnést a vyplnit v klidu doma. Pokud budete chtít, můžete samozřejmě z výzkumu kdykoli odstoupit bez udání důvodů.

Získaná data budou z IVF týmu zpracovávat embryolog a psycholog. Informace o Vás ani Vaše jména nebudou nikde uvedena, výsledky se převedou jen do čísel a procent.

Pokud byste později chtěli znát výsledky celého výzkumu (přibližně za dva roky), můžete nám připsat Vaší e-mailovou adresu či adresu, na kterou byste je chtěli zaslat.

Pokud souhlasíte s naší nabídkou, podepište se zde:

Byl/a jsem dostatečně informována o probíhajícím výzkumu a souhlasím s tím, že se ho budu účastnit

Dne.....

Jméno a Příjmení.....

O výzkumu informoval

Dne.....

Jméno a Příjmení.....

Pokud si budete přát zaslat výsledky tohoto výzkumu, uveďte zde prosím Váš e-mail či adresu, na kterou je máme zaslat:

INFORMOVANÝ SOUHLAS (kvalitativní výzkum)

Byla jsem informována o účelu disertační práce, která je věnována prožívání nedobrovolné bezdětnosti u žen. Jsem seznámena s tím, že získaná data z rozhovorů budou zpracována a publikována, a to anonymně. Prohlašuji, že se tohoto výzkumu zúčastňuji na základě svého dobrovolného rozhodnutí.

V Dne

.....

podpis

Překlady dotazníků:

COPE Inventory.		STUPNICE			
ČINNOST PŘI VYROVNÁVÁNÍ SE SE STRESUJÍCÍ UDÁLOSTÍ		1	2	3	4
		TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
1.	Snažím se využít získanou zkušenost ke svému osobnímu růstu.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
2.	Věnuji se práci nebo jiným aktivitám, abych přišla na jiné myšlenky.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
3.	Rozruším se a své emoce dávám najevo.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
4.	Snažím se od někoho získat radu, co mám dělat.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
5.	Soustředím své úsilí na to, abych s tím něco udělala.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
6.	Říkám si „to nemůže být pravda“.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
7.	Obracím se k bohu.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
8.	Směji se tomu.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
9.	Připouštím si, že se s tím nevypořádám a vzdávám se všech snah.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
10.	Krotím se, abych nevyvedla nějakou zbrkllost.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
11.	Probírám s někým své pocity.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
12.	Piji alkohol nebo beru prášky, abych se cítila lépe.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
13.	Smiřuji se s myšlenkou, že se to stalo.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
14.	S někým si promluví, abych se o své situaci více dozvěděla.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
15.	Nedovoluji, aby jiné myšlenky nebo aktivity odváděly mou pozornost od problému.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
16.	Sním s otevřenými očima o něčem jiném.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
17.	Rozrušuje mne to a jsem si toho vědoma.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
18.	Hledám pomoc u boha nebo v jiném „nadpřirozenu“.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
19.	Připravuji si plán, co podniknu.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
20.	Vtipkuji o tom.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
21.	Akceptuji, že se to stalo a že se to nedá změnit.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
22.	Nic s tím nedělám, dokud nenastane příznivější situace.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
23.	Snažím se získat citovou podporu od přátel nebo příbuzných.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
24.	Prostě se přestávám snažit o dosažení cíle.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
25.	Dalšími akcemi se snažím zbavit problému.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
26.	Snažím se na chvíli odpoutat pomocí alkoholu nebo prášků.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
27.	Odmítám uvěřit, že se to stalo.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
28.	Vyjadřuji své pocity.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
29.	Snažím se to vidět v jiném, pozitivnějším světle.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
30.	Mluví s někým, kdo by mi s mým problémem mohl konkrétně pomoci.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
31.	Spím více než obvykle.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
32.	Snažím se vymyslet strategii dalšího postupu.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
33.	Soustředím se na zvládnání problému a je-li to nutné, nechám ostatní věci poněkud stranou.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
34.	Získávám od někoho porozumění a soucit.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
35.	Piji alkohol nebo beru prášky, abych na to méně myslela.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY

36.	Dělám si z toho legraci.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
37.	Vzdávám se snahy získat to, co chci.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
38.	Hledám na tom, co se stalo, něco dobrého.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
39.	Přemýšlím, jak se s problémem co nejlépe vypořádat.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
40.	Předstírám, že se to ve skutečnosti nestalo.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
41.	Nejednám předčasně, abych to ještě nezhoršila.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
	ČINNOST PŘI VYROVNÁVÁNÍ SE SE STRESUJÍCÍ UDÁLOSTÍ	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
42.	Usilovně se snažím zabránit tomu, aby jiné věci narušovaly mou snahu poradit si s tím.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
43.	Jdu do kina nebo sleduji televizi, abych na to méně myslela.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
44.	Akceptuji jako reálný fakt, že se to stalo.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
45.	Ptám se lidí, kteří prožili něco podobného, co dělali.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
46.	Cítím se citově rozrušena a uvědomuji si, že své pocity dávám zřetelně najevo.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
47.	Problém překonám přímou akcí.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
48.	Hledám útěchu ve své víře.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
49.	Přinutím se vyčkat na správný okamžik, kdy se dá něco udělat.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
50.	Tropím si ze situace žerty.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
51.	Snižuji své úsilí o vyřešení problému.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
52.	Mluvím s někým o svých pocitech.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
53.	Piji alkohol nebo beru prášky, abych to nějak přečkala.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
54.	Učím se s tím žít.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
55.	Ostatní činnosti ponechávám stranou, abych se na to mohla soustředit.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
56.	Přemýšlím o krocích, které je třeba udělat.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
57.	Chovám se, jako by se to ani nestalo.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
58.	Krok za krokem dělám, co je k vyřešení problému nutno udělat.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
59.	Z této zkušenosti se poučím.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY
60.	Modlím se více než obvykle.	TOTO NEDĚLÁM NIKDY	TOTO DĚLÁM ZŘÍDKA	TOTO DĚLÁM ČASTO	TOTO DĚLÁM SKORO VŽDY

INFERTILITY PROBLEM INVENTORY						
Instrukce: Přečtěte si, prosím, následující výroky. Zamyslete se nad tím, nakolik tyto výroky odpovídají tomu, co prožíváte. Vaši odpověď pak označte křížkem nebo fajfkou.						

		STUPNICE					
		1	2	3	4	5	6
		ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
1.	Nevadí mi, když se mě někdo ptá na děti.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
2.	Rodina se k nám nechová nijak jinak.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
3.	Dovolená je pro mě zvláště těžkým obdobím.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
4.	Rodinná setkání jsou pro mě zvláště těžká.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
5.	Nedokáží se nesrovnávat s přáteli, kteří mají děti.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
6.	Mám stále mnoho společného s přáteli, kteří mají děti.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
7.	Je pro mě těžké trávit čas s přáteli, kteří mají malé děti.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
8.	Když vidím rodiny s dětmi, cítím se vyloučený(á).	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
9.	Mám pocit, jako by nás přátelé nebo rodina přehlíželi.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
10.	Nevadí mi, když ostatní lidé mluví o svých dětech.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM

11.	Zjišťuji, že jsem kvůli problému s plodností ztratil(a) potěšení ze sexu.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
12.	Připadám si stejně přitažlivý(á) pro svoji partnerku (svého partnera) jako dřív.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
13.	Nepřipadám si nijak odlišný(á) od ostatních příslušníků mého pohlaví.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
14.	Mám pocit, že jsem v sexu selhal(a).	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
15.	Při sexu dokážu myslet jen na to, že chci dítě (nebo další dítě).	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
16.	Sex je pro mě těžký, protože nechci zažít další zklamání.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
17.	Pokud promeškáme vhodný den k sexu, dokážu být dost naštvaný(á).	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
18.	Někdy se cítím natolik pod tlakem, že je těžké mít sex.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM

19.	Nemůžu dát partnerovi (partnerce) najevo, jak se cítím, protože by jej (ji) to rozrušilo.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
20.	Můj partner (moje partnerka) nechápe, jaký vliv na mě mají problémy s plodností.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
21.	S mým partnerem (s mou partnerkou) se dobře společně potýkáme s otázkami kolem naší neplodnosti.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
22.	Trápí mě, že můj partner (moje partnerka) reaguje na problém jinak.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
23.	Můj partner (moje partnerka) je ze mě dost zklamaný(á).	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
24.	S mým partnerem (mou partnerkou) bychom mohli mluvit o našich problémech s plodností otevřeněji.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
25.	Nedovedu si představit, že bychom se kvůli tomu někdy spolu rozešli/rozvedli.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
26.	Když se pokoušíme mluvit o našich problémech s plodností, vede to spíš k hádce.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
27.	Bojím se, že se od sebe kvůli neplodnosti vzdalujeme.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
28.	Když mluvíme o našich problémech s plodností, zdá se, že moje poznámky partnera (partnerku) utěšují.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM

29.	Bezdětné páry jsou stejně šťastné jako ty, které děti mají.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
30.	Pokud bychom neměli dítě (nebo další dítě), napadá mě řada výhod, které by to znamenalo.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
31.	Dokázal(a) bych si představit šťastný společný život bez dítěte (nebo dalšího dítěte).	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
32.	Někdy vážně přemýšlím o tom, jestli dítě (nebo další dítě) chci.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM

33.	Kdybychom neměli dítě (nebo další dítě), mohl(a) bych dělat jiné upokojující věci.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
34.	Mít dítě (nebo další dítě) není nutné pro to, abych byl(a) šťastný(á).	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
35.	Bez dítěte (nebo dalšího dítěte) bychom mohli mít dlouhý, spokojený vztah.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
36.	Bez dětí má člověk určitou volnost, která se mi líbí.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
37.	Těhotenství a narození dítěte jsou dvě nejdůležitější události v partnerském vztahu.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
38.	Být rodičem je pro mě mnohem důležitější cíl než dobrá kariéra.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
39.	Pro mé manželství je dítě (nebo další dítě) nezbytné.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
40.	Je těžké se cítit jako skutečný dospělý, dokud nemáte dítě.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
41.	Budoucnost bez dítěte (nebo dalšího dítěte) by mi naháněla strach.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
42.	Kvůli našim problémům s plodností si připadám prázdný(á).	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
43.	Mít dítě (nebo další dítě) není hlavním cílem mého života.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
44.	Často mám pocit, že jsem se narodil(a) k tomu, abych byl(a) rodičem.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
45.	Pokud moje paměť sahá, vždycky jsem chtěl(a) být rodičem.	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
46.	Udělal(a) bych téměř cokoli, abych měl(a) dítě (nebo další dítě).	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	NESOUHLASÍM	SPIŠE NESOUHLASÍM	SPIŠE SOUHLASÍM	SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM

Výpočty položkové analýzy pro dotazník FPI

SUMA FPI

proměnná	Souhrn pro měř.: Prům=128,158 SmOdch =24,4443 Plat. N:158 (dotazník_FPI) Cronbach. alfa: 0,894135 Standardiz. alfa: --,897514 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po (odstr.)	Rozptyl (po ods.)	SmOdch (po ods.)	Prv-Celk (Korel.)	Alfa po (odstr.)
1 {R}	125,329	572,563	23,928	0,278	0,894
2 {R}	125,835	579,808	24,079	0,174	0,895
3	126,589	583,280	24,151	0,208	0,894
4	126,139	572,120	23,919	0,349	0,892
5	125,582	561,091	23,687	0,451	0,891
6 {R}	125,779	573,160	23,941	0,306	0,893
7	126,095	561,327	23,692	0,542	0,890
8	126,101	567,737	23,827	0,446	0,891
9	126,449	580,564	24,095	0,217	0,894
10 {R}	125,728	582,211	24,129	0,131	0,896
11	126,253	566,949	23,811	0,488	0,891
12 {R}	125,975	568,898	23,852	0,419	0,891
13 {R}	126,095	567,073	23,813	0,478	0,891
14	126,285	562,077	23,708	0,529	0,890
15	126,044	556,739	23,595	0,565	0,889
16	126,525	570,553	23,886	0,579	0,891
17	125,861	559,411	23,652	0,484	0,890
18	125,798	567,757	23,828	0,380	0,892
19	125,918	569,038	23,855	0,409	0,892
20	125,911	569,347	23,861	0,422	0,891
21 {R}	126,070	572,736	23,932	0,403	0,892

22	126,006	570,563	23,886	0,362	0,892
23	126,354	574,596	23,971	0,394	0,892
24	125,323	568,548	23,844	0,297	0,893
25{R}	125,918	571,430	23,905	0,275	0,894
26	126,272	571,856	23,914	0,383	0,892
27	126,348	570,303	23,881	0,486	0,891
28{R}	125,171	588,825	24,266	0,059	0,896
29{r}	124,437	561,955	23,706	0,492	0,890
30{r}	124,424	566,852	23,809	0,394	0,892
31{r}	124,443	555,361	23,566	0,600	0,889
32{r}	123,304	588,452	24,258	0,062	0,896
33{r}	124,589	562,786	23,723	0,426	0,891
34{r}	124,557	558,589	23,634	0,535	0,890
35{r}	124,209	559,380	23,651	0,472	0,891
36{r}	124,335	566,438	23,800	0,400	0,892
37	123,886	576,607	24,013	0,249	0,894
38	123,260	583,876	24,164	0,180	0,894
39	124,798	558,681	23,636	0,516	0,890
40	125,532	567,743	23,827	0,389	0,892
41	124,994	558,184	23,626	0,495	0,890
42	125,709	557,612	23,614	0,570	0,889
43{r}	124,234	572,648	23,930	0,313	0,893
44	124,728	577,755	24,037	0,218	0,894
45	124,013	573,747	23,953	0,264	0,894
46	123,918	571,772	23,912	0,315	0,893

Sociální stres

	Souhrn pro měř.: Prům=21,9441 SmOdch =7,42399 Plat. N:161 (dotazník_FPI) Cronbach. alfa: 0,777838 Standardiz. alfa: --,786338 Prům. kor. mezi prvky:--				
položka	Prům. po (odstr.)	Rozptyl (po ods.)	SmOdch (po ods.)	Prv-Celk (Korel.)	Alfa po (odstr.)
1 {R}	19,106	43,685	6,609	0,472	0,756
2 {R}	19,615	47,417	6,886	0,264	0,785
3	20,385	49,603	7,043	0,321	0,773
4	19,925	45,423	6,740	0,487	0,754
5	19,342	43,629	6,605	0,480	0,754
6 {R}	19,571	45,028	6,710	0,470	0,756
7	19,882	42,601	6,527	0,686	0,729
8	19,901	43,543	6,599	0,649	0,735
9	20,242	46,904	6,849	0,426	0,762
10 {R}	19,528	46,783	6,840	0,290	0,782

Sexuální stres

položka	Souhrn pro měř.: Prům=16,4783 SmOdch =6,40419 Plat. N:161 (dotazník_FPI) Cronbach. alfa: 0,821763 Standardiz. alfa: --,833256 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po (odstr.)	Rozptyl (po ods.)	SmOdch (po ods.)	Prv-Celk (Korel.)	Alfa po (odstr.)
11	14,56522	31,62463	5,623578	0,636299	0,789299
12 {R}	14,29193	32,14459	5,669620	0,549528	0,800279
13 {R}	14,41615	33,89514	5,821953	0,437290	0,814705
14	14,61491	31,23059	5,588433	0,604547	0,792476
15	14,34783	30,61194	5,532805	0,575776	0,796576
16	14,84472	33,55974	5,793077	0,690352	0,791754
17	14,16149	30,74411	5,544737	0,505344	0,809147
18	14,10559	32,19382	5,673960	0,449275	0,815972

Stres v partnerství

položka	Souhrn pro měř.: Prům=22,4969 SmOdch =7,38759 Plat. N:161 (dotazník_FPI) Cronbach. alfa:0,804073 Standardiz. alfa: --,820904 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po (odstr.)	Rozptyl (po ods.)	SmOdch (po ods.)	Prv-Celk (Korel.)	Alfa po (odstr.)
19	20,22360	44,49659	6,670576	0,515312	0,782811
20	20,22360	43,55248	6,599431	0,614875	0,772185
21 {R}	20,38509	45,52872	6,747498	0,543753	0,781362
22	20,32298	41,43605	6,437084	0,695622	0,760767
23	20,69565	46,41048	6,812524	0,525113	0,784225
24	19,64596	43,52062	6,597016	0,387723	0,803467
25 {R}	20,22360	45,60218	6,752938	0,305254	0,812866
26	20,58385	44,66533	6,683212	0,533617	0,781101
27	20,67081	44,74257	6,688988	0,654858	0,772067
28 {R}	19,49689	48,93322	6,995228	0,228317	0,813840

Odmítání bezdětnosti

proměnná	Souhrn pro měř.: Prům=30,9752 SmOdch =7,46739 Plat. N:161 (dotazník_FPI) Cronbach. alfa: 0,847861 Standardiz. alfa: --,845548 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po (odstr.)	Rozptyl (po ods.)	SmOdch (po ods.)	Prv-Celk (Korel.)	Alfa po (odstr.)
29 {r}	27,24845	46,14945	6,793339	0,436009	0,846824
30 {r}	27,24224	43,47548	6,593594	0,570839	0,831409
31 {r}	27,25466	42,11528	6,489628	0,687553	0,817296
32 {r}	26,13043	48,27491	6,948015	0,321578	0,858676
33 {r}	27,39752	40,67428	6,377639	0,695999	0,815048
34 {r}	27,36646	42,94024	6,552880	0,626597	0,824671
35 {r}	27,03106	41,02388	6,404989	0,672290	0,818260

36{r}	27,15528	42,14359	6,491809	0,664639	0,819827
-------	----------	----------	----------	----------	----------

Potřeba rodičovství

proměnná	Souhrn pro měř.: Prům=36,5127 SmOdch =7,76710 Plat. N:158 (dotazník_FPI) Cronbach. alfa: 0,791058 Standardiz. alfa: --,788920 Prům. kor. mezi prvky:--				
	Prům. po (odstr.)	Rozptyl (po ods.)	SmOdch (po ods.)	Prv-Celk (Korel.)	Alfa po (odstr.)
37	32,24051	51,01810	7,142696	0,393767	0,780985
38	31,61392	53,42690	7,309371	0,370542	0,783046
39	33,15190	48,79971	6,985679	0,489041	0,769598
40	33,88607	52,08829	7,217222	0,324962	0,789102
41	33,34810	46,74592	6,837099	0,569724	0,758749
42	34,06329	52,13523	7,220473	0,333700	0,787783
43{r}	32,58861	49,07759	7,005540	0,506418	0,767643
44	33,08228	48,10083	6,935476	0,534251	0,763887
45	32,36709	48,14373	6,938568	0,495443	0,768781
46	32,27215	47,29935	6,877452	0,589891	0,756883

Příloha č. 4

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR - OTÁZKY

Prosím, odpovězte nejprve na následující otázky:

1. Váš nynější věk:
2. Vaše vzdělání:.....
3. Kolik let jste se snažila o dítě?
4. Zнала jste příčinu neplodnosti?.....
5. Podařilo se Vám nakonec mít dítě (ať již biologické či adoptované)? Pokud ano, můžete říci před kolika lety a jakým způsobem?.....

Můžete nyní prosím říct, jak neplodnost ovlivnila Váš život?

Neplodnost vždy významným způsobem zasáhne do života partnerů, ženy i muže. Zamyslete se prosím nad tím, jak neplodnost ovlivnila a změnila Váš život v níže uvedených oblastech (manželství, vztahy s druhými lidmi...atd.). Pokuste se prosím tyto změny popsat, co Vám přinesly dobrého a špatného. Tam, kde budete mít pocit, že nemáte k dané oblasti co říci, nemusíte. Stejně pokud máte pocit, že nelze změnu označit za pozitivní/negativní, lze ji jen uvést a nezařazovat.

Manželství, vztah s partnerem	
Negativa:	Pozitiva:
Vztahy s druhými lidmi, (přátelé, známí, příbuzní)	
Negativa:	Pozitiva:
Intimní manželský život	
Negativa:	Pozitiva:
Práce a zaměstnání	
Negativa:	Pozitiva:
Výhledy a plány do budoucna	
Negativa:	Pozitiva:
Hodnoty, víra	

Negativa:	Pozitiva:
Vztah k dětem	
Negativa:	Pozitiva:
Vztah k sobě samé, svému zdraví	
Negativa:	Pozitiva:
Volný čas, zájmy, koníčky	
Negativa:	Pozitiva:
Co jste si díky této zkušenosti pro sebe ještě uvědomila?	

UKÁZKA PŘEPISU ROZHOVORU A KÓDOVÁNÍ

Přepis rozhovoru	kódování
<p><i>Hm. Tak jo, tak další z těch okruhů je žebříček hodnot, případně víra, nevím, jestli jste věřící a tak klidně jen žebříček hodnot. Jak se to do něho promítlo jako, jestli tam něco v tom změnilo a jako jestli byste mohla popsat třeba, jak?</i></p>	
<p>No, já si pořád myslím, že důležitá je ta, že hrozně důležitá je rodina. Hm. To si myslím jako, že je hrozně důležitý, že je to asi nejdůležitější, co je.</p> <p>Nicméně tu rodinu už nechápu jenom jako, jako rodiče a děti, ale chápu ji v nějakým jakoby širším, širším spektru.</p> <p>Mně to jako hodně dalo i to, že vlastně, že když, když něco je tradice a něco se tak obecně očekává, tak to ale neznamená, že to tak musí mít každý.</p> <p>Byť prostě nejsem ta, co se jako svobodně, co se svobodně rozhodla, že mít děti nechce, tak to vnímám tak, že vlastně (kašel), že prostě cel... společnost si myslí, že prostě takhle se to dělá, takhle by to mělo bejt, ale prostě já to tak nemám a neznamená to, že jsem jako vadná nebo, že jsem jiná nebo, že jsem jako míň kvalitní nebo, že sem nezapadám, jo.</p> <p>A k tomu jsem se celkem jako dlouho pracovala. A myslím si, že... jako pomohlo mi, že jsem si to v sobě takhle srovnala, byť jako ne všichni vokolo to maj takhle srovnány.</p> <p>Že prostě i... myslím si, že my jsme celkem jakoby zvláštní i v tom, že my vlastně s partnerem nejsme, nejsme jako sezdaný. A já tady třeba fakt vidím rozdíl mezi Čechama a Moravou, kde mám pocit, že na tý Moravě, byť jsme spolu jako teď 10 let, tak prostě dokavad' nejsme sezdaný, tak jako pořád to asi nemyslíme vážně, jako. Jo a to, že pros... člověk, že spol..., že jsme spolu postavili dům, že jsme spolu prošli nějakýma těmahle, že jsme chtěli děti a tak dále, tak mám pocit, že pro ně to není jako dost, dostatečně jako záruka, že se dost milujem, když prostě nes... nemáme ten papír, jo, jo.</p> <p>A já ty hodnoty mám prostě postavený úplně jinak, jo si říkám: „Prostě pro mě ten papír</p>	<p><i>Rodina jako nejdůležitější hodnota</i></p> <p><i>Změna chápání - rodina ≠ rodiče a děti, rodina = širší spektrum</i></p> <p><i>Tradiční očekávání nemusí splnit každý (svobodnější přístup k normativnímu tlaku)</i></p> <p><i>„neplnění norem“ není vždy svobodné rozhodnutí</i></p> <p><i>Nevyplnění norem ≠ „méně kvalitní člověk“</i></p> <p><i>Ocenění sebe sama za zvládnutí těžkého úkolu</i></p> <p><i>Nesezdaný pár není brán tak vážně jako manželský pár</i></p>

<p>není důležitější, pro mě je důležitý, co máme my dva mezi sebou a, a, a, a jak se s tím vyrovnáváme a jak se jako dokážeme podržet.“</p> <p>A co mně to dalo asi taky hodně, a to se možná netýká té víry, ale spíš jakoby toho, toho partnerského života je, že jsme se naučili ve finále mluvit i vo těchhle těch jako bolestných věcech. Byť to prošlo prostě fázema křiku, vyčítání, jo... tak jsme se nakonec naučili jakoby vo tom mluvit tak, abysme se navzájem pochopili. A to bylo hrozně těžký.</p> <p>Bylo to hrozně těžký a myslím si, že co byl pro mě taky takovým jako vlastně velkým překvapením bylo, když vlastně partner mi řek, že, že jako se ani nebrání tomu jako jít třeba k psychologovi nebo to, jo. Což vím, že jako z z... dřív si myslím, že jako k tomu měl nějaký apriori ne nebo, že to... a, a naopak je velkou... jako oporou, takže já opravdu jsem se utvrdila v tom, že jako důležitý je to, co člověk má v té rodině skutečně.</p>	<p><i>Důležité je, jaký vztah je mezi partnery skutečně</i></p> <p><i>Naučili se s partnerem mluvit o bolestných věcech</i></p> <p><i>Uznání těžkosti procesu, který vedl ke vzájemnému pochopení mezi partnery</i></p> <p><i>Pozitiv. změna i ze strany partnera</i></p> <p><i>Partner je oporou- důležité je, co má člověk doopravdy</i></p>
<p><i>A že tu rodinu jste schopná chápat jako vy a partner?</i></p>	
<p>Jako já a partner a, a jako i třeba širší jako rodiče, brácha, byť se prostě nevidáme třeba často s bráchou, tak jakoby ale v tomhle tom širším s... slova smyslu no.</p>	<p><i>Chápání rodiny v širším slova smyslu</i></p>