

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



**FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE**

Diplomová práce

Ivana Blašková

Vztah typu locus of control na výskyt depresivity u neplodných osob

Relation locus of control on prevalence of depresivity by infertil person

České Budějovice 2015

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D za vedení mé diplomové práce a příjemnou spolupráci.

Velmi také děkuji všem, kteří mi věnovali svůj čas a cenné rady: a to především doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph.D. a MUDr. Pavlovi Rokytovi za konzultace. Dále pak Ing. Ludvíku Friebelovi, Ph.D.; Ing. Mgr. Markovi Vrankovi a Bc. Martinovi Čadkovi za konzultace statistického zpracování.

Tuto práci bych také nemohla realizovat bez ochoty všech, kteří mi byli nápomocní při sběru dat, tímto děkuji MUDr. Ivetě Haouiové a její zdravotní sestře Jiřině Kočerové a všem ženám, které byly ochotné vypnit dotazníky.

Za pomoc se závěrečnými úpravami děkuji své švagrové Ing. Lucii Blaškové.

Děkuji také svým rodičům, rodičům mého manžela a všem blízkým za podporu v průběhu celého studia.

Velmi děkuji svému manželovi za pomoc a důvěru po dobu mého studia i psaní této práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Českých Budějovicích, dne 10. prosince 2015

Ivana Blašková

Abstrakt

Předkládaná diplomová práce se věnuje tématu neplodnosti a její léčby. Teoretická i empirická část chce postihnout ženské aspekty spojené s touto oblastí.

Teoretická část poskytuje přehled klíčových informací důležitých pro orientaci v předkládané problematice. Zabýváme se vymezením pojmů, popisem příčin neplodnosti z hlediska psychologického i fyziologického, procesem léčby neplodnosti a s ní spojenými aspekty. Zaměřujeme se na depresivitu v souvislosti s neplodností a její léčbou a dále na typ locus of control ve vztahu k prožívané míře depresivity.

V empirické části je naším cílem popsat míru depresivity, zjistit typ locus of control u dvou námi získaných souborů žen a postihnout možné souvislosti. Výběrový soubor je tvořen 58 ženami, které se v současné době léčí pro neplodnost a kontrolní soubor je složen z 58 zdravých žen. Sběr dat proběhl za pomoci těchto metod - Beckův inventář depresivity (BDI-II), Rotterovo Internalita-externalita škály a anamnestického dotazníku.

Na podkladě získaných dat jsme objevili jistá specifika v míře depresivity a typu locus of control u těchto souborů žen.

Klíčová slova: neplodnost
sterilita
léčba
locus of control
depresivita
ženy

Abstract

This master thesis deals with infertility and its treatment. Both in the theoretical and empirical part, it focuses on the female aspects of the issue.

The theoretical part summarizes an overview of key information important to understand the presented problems. We define the terms, describe the psychological and physiological causes of infertility, the process of treatment of infertility and aspects thereof. We focus on the depression rate related to infertility and its treatment, furthermore, we deal with type locus of control related to the experienced rate of depression.

Our aim in the empirical part is to describe the depression rate, type of locus of control within the two samples of women acquired by us and capture the possible connections. The sample is made of 58 women who are currently undergoing a treatment for infertility and of the control group, which is made of 58 healthy women. To collect the data, we used the Beck Depression Inventory BDI-II, the Rotter's Internal-External Scale and the anamnestic questionnaire.

Based on acquired data, we found out some specificity in depression rate and type of locus of control within our samples of women.

Key words: infertility
 sterility
 treatment
 locus of control
 depression
 women

OBSAH

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| ÚVOD..... | 9 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST..... | 11 |
| 1. Neplodnost..... | 11 |
| 1.1. Co je neplodnost?..... | 11 |
| 1.2. Užití základních pojmů | 12 |
| 1.3. Neplodnost v číslech | 14 |
| 1.4. Faktory ovlivňující plodnost | 16 |
| 1.5. Příčiny neplodnosti | 18 |
| 1.5.1. Příčiny z pohledu psychologie | 20 |
| 1.6. Léčba neplodnosti | 25 |
| 1.6.1. Vyšetření pro neplodnost..... | 25 |
| 1.6.2. Metody léčby neplodnosti | 28 |
| 1.6.3. Techniky asistované reprodukce..... | 29 |
| 1.6.4. Další metody léčby neplodnosti | 30 |
| 1.7. Psychologické aspekty spojené s neplodností a její léčbou | 32 |
| 1.7.1. Psychologické aspekty neplodnosti..... | 32 |
| 1.7.2. Psychologické aspekty léčby neplodnosti | 34 |
| 1.7.3. Role psychologa v neplodnosti a její léčbě | 36 |
| Shrnutí | 40 |
| 2. Depresivní onemocnění..... | 41 |
| 2.1. Definice..... | 41 |
| 2.2. Epidemiologie | 42 |
| 2.3. Příznaky | 43 |
| 2.4. Klasifikace | 44 |
| 2.5. Diagnostika a léčba | 45 |
| 2.6. Depresivní porucha podle Aarona T. Becka | 46 |
| 2.7. Deprese a neplodnost z různých úhlů pohledu..... | 48 |
| 2.7.1. Deprese jako příčina neplodnosti..... | 48 |
| 2.7.2. Deprese jako důsledek léčby neplodnosti..... | 51 |
| 2.8. Locus of control v souvislosti s depresí a neplodností..... | 52 |

| | | |
|------------|----------------------------------------------------|------------|
| 2.8.1. | Co rozumíme pod pojmem locus of control..... | 52 |
| 2.8.2. | Locus of control a deprese | 55 |
| 2.8.3. | Locus of control a neplodnost | 57 |
| 2.8.4. | Vztah locus of control, deprese a neplodnosti..... | 59 |
| | Shrnutí | 60 |
| II. | EMPIRICKÁ ČÁST | 61 |
| 1. | Cíl výzkumu | 61 |
| 2. | Sběr dat..... | 62 |
| 3. | Charakteristika souborů | 64 |
| 4. | Použité metody..... | 71 |
| 4.1. | BDI-II | 71 |
| 4.2. | I-E škála..... | 75 |
| 4.3. | Anamnestické dotazníky..... | 77 |
| 5. | Metody zpracování dat..... | 78 |
| 6. | Analýza dat a výsledky | 78 |
| 6.1. | Výsledky BDI-II..... | 80 |
| 6.2. | Výsledky I-E škály | 83 |
| 6.3. | Souvislosti mezi výsledky BD-II a I-E škály | 84 |
| 7. | Diskuze | 86 |
| | ZÁVĚR | 94 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 95 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 109 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 110 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 111 |

Seznam frekventovaných zkratk

- **BDI-II** - Beck Depression Inventory (Beckův inventář deprese)
- **I-E škála** - Rotterova Internalita-externalita škála
- **LOC** - locus of control, „místo řízení“
- **WHO** - World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
- **VS** - výběrový soubor
- **KS** - kontrolní soubor
- **ART**- techniky asistované reprodukce
- **IVF** - in vitro fertilizace

ÚVOD

Fenomén snížené plodnosti, případně medicínou klasifikované infertility, je nejen v České Republice, ale i celosvětově stále aktuálnějším problémem - zejména pro hospodářsky vyspělé země. Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, WHO) předpokládá, že potíže s plodností má každý rok nově asi dva miliony párů (WHO, 2015). Odborníci identifikovali mnoho příčin neplodnosti – je to množství poruch jak na straně žen, tak na straně mužů, včetně nepříznivých vlivů životního stylu a prostředí, vzácností není ani jejich vzájemné propojení.

Neplodnost je vždy problém celého páru, z podstaty léčebných metod ale větší zátěž spadá na ženina bedra. Rozhodli jsme se tedy přistoupit k neplodnosti z pohledu žen, i když vůbec nechceme podceňovat nároky, které obnáší léčba pro muže, jeho roli v celém procesu, stejně jako aspekty vztahové, které pokládáme za neméně zásadní.

Přestože se úspěšnost léčby díky pokroku lékařské vědy, především díky technikám asistované reprodukce (dále ART), zvyšuje, a mnoho párů tak má možnost dosáhnout vlastní reprodukce, je diagnóza neplodnosti i její terapie v životě páru velmi náročnou životní zkušeností. Je běžné, že je léčba neplodnosti často přirovnávána k běhu na dlouhou trať, která pro partnery připravila k překonání množství překážek a problémů, které zasahují jak fyzické, tak psychické zdraví.

Když odhlédneme od dopadů týkajících se tzv. biologické dimenze reprodukce a zaměříme se na psychosociální stránku tohoto problému, dostaneme se k lékařským odborníkům, kteří jsou stále více a častěji konfrontováni právě s emočním vlivem nesplněného přání po vlastním dítěti na život pacientů. S přihlédnutím k této skutečnosti a k možnostem péče v této oblasti u nás, musíme podotknout, že odborná lékařská péče zaměřená na fyzické zdraví je samozřejmá, na rozdíl od poradenských a psychoterapeutických intervencí. Aktuální světový trend volá při léčbě neplodnosti nejen o pozornost medicíny, ale také psychologie. Té se jí konečně dostává - důkazem je množství psychologických výzkumných studií a publikací, které se týkají neplodnosti a s ní spojenými aspekty.

V teoretické části bychom rádi čtenáře zasvětili do problematiky neplodnosti, a to jak z pohledu psychologie, tak lékařství. Neplodnost není primárně psychologickou oblastí, a proto je nutné, abychom téma pojali komplexně. Práce tedy začíná vymezením základních pojmů a údajů, dále se zabývá možnými příčinami a následně léčbou a jejími

následky. Vždy se budeme pokoušet zmínit nejen psychologické, ale i fyziologické a medicínské souvislosti. Vycházíme z toho, že pro uchopení celé problematiky není možné tyto pohledy oddělit.

Literatura publikovaná k tématu je obsáhlá. Za cíl si klademe využívat novějších zdrojů. Předpokládáme, že mnoho aspektů prožívání neplodnosti se může velmi rychle měnit, protože například ART se rychle rozvíjí a jsou stále dostupnější. Proto neuvádíme některé starší práce, i když jsme si vědomi, že výrazně pomohly svou hodnotou rozvoji tématu.

Neplodnost je zdrojem velkého distresu - především úzkosti a deprese. Není těžké si představit, že roky trvající léčba a její nejisté výsledky představují velkou životní zkoušku. Téma deprese zaujímá v současné psychologii značný prostor, stručně tedy jen přiblížíme základní informace a zaměříme naši pozornost tam, kde se zmíněné oblasti protínají. Blíže se budeme věnovat depresi jak v roli možné příčiny neplodnosti a neúspěchu léčby, tak jako produktu léčby. Zaměříme se na vztah deprese a locus of control (LOC, „místo řízení“) a také na souvislosti mezi LOC a neplodností. Léčba neplodnosti svou povahou totiž často vede ke ztrátě kontroly. Diagnostické procedury a průběh samotné léčby neplodnosti je invazivní, technicky komplikovaný a pro laika náročný na pochopení.

V empirické části chceme identifikovat rozložení LOC a míru depresivity u žen podstupujících léčbu neplodnosti a posléze prozkoumat jejich souvislosti, výsledky budeme následně porovnávat s kontrolní skupinou zdravých žen. Uvědomujeme si, že jedná o velmi komplexní oblast, přesto se pokusíme podat referenci o určitém, konkrétním tématu.

Budeme velice rádi, kdyby naše práce mohla být malým příspěvkem do rozsáhlé oblasti studia neplodnosti či se stala podnětem dalším studentům či odborníkům.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Neplodnost

1.1. Co je neplodnost?

Neplodnost je stav, se kterým se potýká v naší společnosti a v ostatních vyspělých zemích stále více mužů a žen. V české i zahraniční literatuře je neplodnost nejčastěji popisována jako stav, kdy po jednom roce nechráněného pohlavního styku nedojde k otěhotnění (Cedars & Cedars, 2005; Konečná, 2009; Mardesić, 1996; Novotny, 1997; Ulčová-Gallová, 2006; Zvěřina 1992). Současně je důležitý charakter styku ve smyslu jeho pravidelnosti (Koryntová, 1999; Mardešić, 2013; Řežábek, 2014), jeho dobré načasování (Doherty & Clark, 2006) či počet pohlavních styků v určitém časovém období, kdy Řežábek (2004) stanovuje minimální frekvenci pohlavního styku 2x týdně, Ulčová-Gallová a Lošan (2013) 4x až 5x týdně.

Předpokládáme, že délka jednoho roku v definicích neplodnosti vychází ze skutečnosti, že zdravá žena ve dvaceti letech otěhotní v průměru po čtyřech cyklech, ve věku 25-35 let za šest cyklů a od třiceti pěti let je potřebná doba pro otěhotnění mnohem delší. Šance otěhotnět tedy u žen prudce klesá kolem pětatřiceti a po čtyřicátém druhém roce je téměř rovna nule (Řežábek, 2014). Člověk je tvor s relativně nízkou plodností, a proto šance, že zcela zdravý pár otěhotní v jednom menstruačním cyklu, není nijak velká – pouze asi 25%, 60% párů otěhotní v průběhu šesti měsíců, 80% po devíti měsících a až 85% po dvanácti měsících intenzivních snah. Zbýlých 15% se potýká s většími či menšími problémy (Mardešić, 2002).

O sterilitě hovoříme až po dvou letech pravidelného pohlavního styku, během nichž nedojde k otěhotnění – dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO, 2015). Tuzemská literatura ještě donedávna také operovala při vymezení neplodnosti s časovým údajem dvou let (Ulčová-Gallová, 2002). V současnosti je toto určení nahrazeno vymezením jednoho roku (Ulčová-Gallová, 2006). Řežábek (2008a) píše, že tato časová hranice je stanovená uměle. Teprve až stanovení - vyslovení – diagnózy choroby (zde neplodnosti) je racionálním důvodem pro aktivní léčbu. Oddalovat tedy zahájení vyšetření a případné léčby po celé dva roky by mohlo být ve vyšším věku ženy spojeno s rizikem – s postupujícím časem bude její plodnost prudce klesat.

Z tohoto důvodu je vhodné vyšetření pro neplodnost zahájit vždy s přihlédnutím k věku žen – u žen nad 35 let je výhodné mnohdy nečekat ani uvedený jeden rok. Nicméně se setkáváme i s páry, které odrážejí současnou podobu společnosti orientovanou na výkon a úspěch, které nemají reálnou představu o pravděpodobnosti šance otěhotnět, a které vyžadují vyšetřování již po třech měsících snahy o otěhotnění. To je nesmyslné a neekonomické (Jarošová, 2011).

1.2. Užití základních pojmů

Při studiu tématu neplodnosti narážíme na různý pojmový aparát, kdy ne všechny termíny jsou používány shodně. Pro přehlednou orientaci v problematice je nezbytné vymezit některé pojmy, zvláště ty, u kterých by mohlo dojít k záměně.

Jak píše Konečná (2009) ten, kdo se poprvé vydá k lékaři se stížností, že se už několik měsíců snaží bezvysledně otěhotnět, pravděpodobně uslyší slovo **neplodnost**, **sterilita** nebo **infertilita**. Všechny tři termíny mají v podstatě stejný význam, i když při jejich používání neplatí úplná shoda. V českých podmínkách termín sterilita vyjadřuje neschopnost páru otěhotnět po více než jednom roce nechráněného styku, termín infertilita pak neschopnost donosit plod, čili potrácivost (Konečná, 2009; Novotny, 1997; Řežábek, 2008a). Potrácivost je onemocnění, při němž žena není schopna donosit nebo porodit životaschopný plod. Celkově se předpokládá, že 80% ze všech oplodněných vajíček končí ve 20 % potracením a zbytek samovolně zanikne během následujícího menstruačního krvácení, aniž by si toho žena všimla. Potrácivost se v populaci žen reprodukčního věku vyskytuje ve 4 % (Konečná, 2009).

Konečná (2009) dále píše, že v zahraniční literatuře je termín infertilita užíván většinou pro všechno: souběžně pro neplodnost i potrácivost ženy, dále také pro případy neplodnosti muže a celkově pro neplodnost páru. Toto rozlišení je smysluplné, dělení na sterilitu a infertilitu nemusí být vždy správné, obvykle totiž vlastně nevíme, jestli vajíčko nebylo vůbec oplodněné, nebo zdali k oplodnění došlo, ale zaniklo během menstruace. Vidíme tedy, že v anglosaské literatuře se podobný pojmový aparát užívá odlišně od terminologie české. S pojmem „sterility“ se setkáváme jen velmi zřídka (Řežábek, 2008a). Diagnóza „sterility“ v anglosaské literatuře ve svém významu těhotenství naprosto vylučuje. Na rozdíl od infertility se tedy jedná o stav nezvratný (Vlasová, 1997). Bohužel toto vymezení není zcela spolehlivé, například Kubíček (2004) ve své publikaci píše o mužské sterilitě. V českých publikacích jsou ale povětšinou pojmy neplodnost a

sterilita používány shodně (Řežábek, 2008a). Je tedy především na čtenáři se v pojmosloví náležitě zorientovat.

Někdy bývá **neplodnost** ještě dělena na **primární** a **sekundární** (Doherty & Clark, 2006; Konečná, 2009; Řežábek 2008a). Při primární neplodnosti k otěhotnění nikdy nedošlo, v případě sekundární v minulosti k otěhotnění došlo, ale v současnosti ani po roce snažení ne. Znovu zde vyvstává otázka, zda otěhotnění proběhlo, nebo jen nebylo zjištěno. Někteří autoři označují primární neplodností také stav, kdy žena nemá ani neměla vlastní biologické děti (Sexton, Byrd & von Kluge, 2010) a přítomnost potratu v takovém případě není pro diagnostiku sekundární neplodnosti určující. **Idiopatická** (nevysvětlitelná) **sterilita** (Konečná, 2009; Mardesić 2013; Řežábek, 2008a) je termín, který je užíván v případě, že lékař ani po provedeném gynekologickém, andrologickém, endokrinním, mikrobiologickém, genetickém a imunologickém vyšetření nezjistí žádnou příčinu. Dle Ventruby (2008) bychom idiopatickou neplodnost neměli považovat za diagnózu, jelikož jde spíše o nedostatky diagnostiky, díky kterým nebylo možné zjistit příčiny neplodnosti.

Hodně autorů chybně tvrdí, že když neobjevíme žádné vysvětlitelné příčiny neplodnosti, musí být neplodnost jasně psychogenní. Čepický (2011) tento postup zavrhuje, protože pro prokázání psychogenní neplodnosti je nutné najít psychické příčiny neplodnosti. Obdobně jako když prohlásíme neplodnost za endokrinní, musíme najít také endokrinní příčiny.

Imunologická neplodnost znamená, že oba nebo jeden z partnerů vytváří protilátky proti spermii. Příčiny mohou být jak na straně ženy, tak na straně muže. V obou případech imunitní systém vyhodnotí spermie jako cizorodé látky, protilátky je napadnou a poškodí a znemožní transfer k vajíčku.

Zdánlivá neplodnost označuje situaci, kdy se páru nedaří otěhotnět, ale důvodem neúspěchu není neplodnost, pár jen nedodrhuje dostatečnou frekvenci soulože. Široké veřejnosti totiž není známa reálná pravděpodobnost otěhotnění, totiž že i pro ženu na vrcholu její maximální plodnosti (tj. kolem 20 let), je šance otěhotnět během jednoho koitu pouze 3% (Čepický, 2011).

Partnerská neplodnost označuje ty případy, kdy neplodnost je výsledkem specifických charakteristik páru, které se samostatně neobjevují, např. imunologická neshoda partnerů (Flamini, 1998).

Všechny výše uvedené termíny jsou medicínské, zároveň se běžně používají v životě (Konečná, 2009). Hlavně slovo sterilita navozuje představu něčeho, co je kompletně zbaveno jakéhokoli projevu života. Když o někom řekneme, že je neplodný, zní to jako by nikdy nic dobrého nevykonal a ani v budoucnu bychom s ním raději neměli moc počítat. Někdy se můžeme setkat s pojmem **narušená plodnost**, která má význam synonyma pojmu neplodnost (Mardesić, 2010). Tento termín je z pohledu pacienta či pacientky vhodnější, protože neplodnost ve svém významu pro pár vzbuzuje nepříjemný dojem nezvratnosti. Konečná (2009) ještě uvádí pojem „**porucha plodnosti**“, který na rozdíl od pojmu „neplodnost“ neimplikuje u páru cosi definitivního a bezvýchodného, ale má v sobě naději. Hodí se například pro páry, které již děti či dítě mají, ale jejich cesta za dalším potomkem je neúspěšná. Na termín „porucha plodnosti“ je důležité upozornit a doporučit ho k obecnému užívání, je totiž výstižnější. Většina české literatury ale pracuje s označením klasickým.

Angličtina je v tomto směru ohleduplnější a důsledně rozděluje psychologické „childless“ a „childfree“, což obojí znamená bezdětnost, kdy v prvním případě se jedná o situaci, kdy něco schází a v druhém případě naopak mluvíme o stavu zřejmě chtěném. U nás se v poslední době začíná užívat spojení „**nedobrovolně bezdětný**“ s cílem vyjádřit onen psychologický aspekt věci. Tento termín je sice trochu těžkopádný, nesrozumitelný a zavádějící, lepší bohužel zatím nemáme. Nedobrovolně bezdětný člověk je ten, který děti nemá, ačkoli si je přeje. Důvodem není jen porucha plodnosti, může to být také absence partnera/partnerky nebo neúspěch v adopčním řízení. Tento psychologický termín mezi příčinami nenaplněného rodičovství také kromě těch biologických zahrnuje i příčiny psychosociální (Konečná, 2009).

V rámci této práce se budeme řídit vymezením, kdy pojem infertilita je užíván ve významu neschopnosti dítě donosit a pojmy neplodnost shodně s pojmem sterilita jako absence otěhotnění po jenom roce pravidelného nechráněného pohlavního styku.

1.3. Neplodnost v číslech

Ačkoli z hlediska všeobecného povědomí se zdá, že těhotenství je zcela běžnou záležitostí a přirozeným výsledkem rozhodnutí muže a ženy počít dítě, je dle současných statistických údajů nepochybným faktem, že míra neplodnosti v rozvinutých zemích narůstá, a to především díky odkládání těhotenství do pozdějšího věku, narůstajícímu výskytu pohlavně přenosných nemocí, především infekce chlamydiemi, vliv má také

životní styl, a to hlavně kouření a obezita (Ostró, Pilka & Lešník, 2009). Početí se tak stalo otázkou mnohem komplexnější a složitější, než tomu bylo dříve.

Otázkou je, zda se reprodukční schopnosti lidstva zhoršují, či zda dokonce můžeme předpokládat epidemii neplodnosti. Weiss (2015) prezentuje výsledky sexuologického ústavu, které žádný negativní trend v kvalitě spermioqramu českých mužů, na základě porovnání spermioqramů od poloviny minulého století, nepotvrdily. Weiss o žádné populační katastrofě nehovoří, podprůměrné spermioqramy z neplodných manželství jsou vysvětlitelné průměrným věkem, který je dnes přibližně o deset let vyšší než před dvaceti lety. Řežábek (2015) píše, že plodnost je pravděpodobně stálá, možná lepší než dříve. Může za to včasná léčba zánětů, a také skutečnost, že díky ART jsou i dříve neplodní muži docela dobře plodní. V osmdesátých a devadesátých letech byly u nás nejběžnější příčinou ženské neplodnosti poškozené vejcovody jako následek pánevního zánětu. Dnes jsou pacientky s takovými obtížemi vzácné. Zároveň mužům stačí „jen několik málo spermií“ a jsou schopni mít dítě.

Úspěchy center asistované reprodukce daly paradoxně vzniknout dojmu, že se dítěte snadno dočkají všichni bez ohledu na věk. Často má řada párů až slepou důvěru v současnou medicínu a nepřipouští si riziko možného neúspěchu a nemá představu o reálných statistikách. Zásadní informací je, že dobrý výsledek asistované reprodukce závisí především na věku.

V tuzemsku je pravděpodobně 10 až 15 % neplodných párů (Koryntová, 1999; Mardesić 2010; Řežábek, 2002). Výjimečně můžeme narazit i na vyšší čísla, například Ulčová-Gallová (2006) udává 20 – 25 % párů, které jsou nedobrovolně bezdětné, o stejném číle hovoří Šulová, Fait a Weiss (2011). S ohledem na užitá kritéria a charakteristiky populace se v zahraniční literatuře setkáváme s rozpětím 8 až 33 % neplodných párů (Lapane et al., 1995). Např. Johansson a Berg (2005) píší, že přibližně 15% všech párů v reprodukčním věku, je nedobrovolně bezdětných.

Úspěch léčby neplodnosti je ovlivněn mnoha vlivy. Někdy pár otěhotní v jejím průběhu spontánně, v některých případech se ale setkáme také s tím, že ani moderní léčebné postupy nedokáží páru pomoci. Celkově můžeme říci, že medikamentózní léčba a možnosti, které nabízejí metody asistované reprodukce, pomohou otěhotnět přibližně 90 % žen (Řežábek, 2008a). V některých hospodářsky vyvinutých zemích (a s příznivou legislativou) se již dnes rodí 5-6% všech dětí po mimotělním oplodnění (Mardesić, 2013).

Na příčinách neplodnosti se ve 40 % podílí muž, v 50 % žena a u 10 % párů lékaři žádnou příčinu nenalezou. U části párů, přibližně 20 % je porucha současně na straně ženy i muže (Roztočil & Bartoš, 2011). V tomto případě někdy dochází k tomu, naneštěstí nikoli výjimečně, že je-li nalezena příčina u jednoho partnera, druhý již vyšetřen není. Setkáváme se také s údaji, které hovoří o tom, že na neúspěchu při snaze otěhotnět, se partneři podílejí v podstatě rovným dílem, kdy lehce převažují andrologické příčiny (Konečná, 2009). Ještě donedávna lidé předpokládali příčinu neúspěšných snah otěhotnět téměř vždy na straně ženy. Když byl muž potentní, automaticky se považoval za plodného. Jenže potence jasnou zárukou úspěchu není. Často lékaři používají frázi „vina je na straně muže/ženy“, „může za to muž/žena“. Pokud je nutné určit příčinu poruchy plodnosti páru, mělo by se říkat, že „příčina“, nikoli „vina“ je na straně muže/ženy, popřípadě je vhodné užít medicínského termínu andrologická/gynekologická porucha plodnosti (Konečná, 2009).

1.4. Faktory ovlivňující plodnost

V souvislosti s plodností můžeme hovořit o některých obecných faktorech, které mají k reprodukci bezprostřední vztah. Jedná se především o věk, sexuální aktivitu a vlivy zevního prostředí (Mardešić, 2010). Neplodnost tak může mít mnoho příčin, které nejsou jen biologické, ale i společensko-ekonomické a kulturní. V naší společnosti například budování kariéry, délka studia, dosažení určitých ekonomických podmínek, neochota snížit si životní úroveň nebo si nejdříve „trochu užít“, odsouvá rozhodnutí pro otěhotnění do pozdějšího věku, s čímž se pojí snížení fertility.

Za nejdůležitější faktor, mající vliv na ženskou plodnost, považují odborníci věk. Je totiž biologickou skutečností, že se fertilní potenciál ženy od 35 let věku podstatně snižuje. Hodně žen si myslí, že když se udržují v dobré psychické a fyzické kondici, jsou ve stejné kondici i jejich vaječníky, ty ale stárnou rychleji než ostatní orgány. S přibývajícím věkem klesá počet normálních ovulačních cyklů, zvyšuje se pravděpodobnost vzniku děložních patologií jako příčin sterility, například myomů, polypů či změn v cévním řečišti dělohy aj., klesá též sexuální aktivita. Snížená plodnost starších žen mimo jiné souvisí i s vyšším výskytem spontánních potratů. Pravděpodobnost potratu je u čtyřicetileté ženy 40 % (Konečná, 2009). Tento fakt byl potvrzen při léčbě sterility metodou mimotělního oplodnění za použití oocytů dárkyň, kdy bylo zjištěno, že určité procento potratů souvisí s věkem dárkyně, nikoli s věkem příjemkyně, z čehož jasně vyplývá, že je problém s otěhotněním, případně těhotenské

ztráty starších žen způsoben především abnormalitami oocytů a to především chromozomálními (Mrázek, 2003). U žen se maximum plodnosti pohybuje v období od 19 do 25 let, u mužů omezení jejich nejplodnějšího období neexistuje, neboť máme k dispozici přesné genetické záznamy o tom, že zdraví jedinci mužského pohlaví jsou schopni oplodnit ženu i ve vysokém věku svého života (Ostró, Pilka & Lešník, 2009).

Při nechráněném pohlavním styku páru 4-5x do týdne, žena pravděpodobně otěhotní do půl roku, je-li zároveň splněna podmínka neporušeného reprodukčního zdraví obou partnerů. Z toho plyne, že páry, které mají častější frekvenci pohlavních styků, mají vyšší šanci otěhotnět, než je tomu u páru s frekvencí pohlavních styků nižší. Zdravá sexuální aktivita je tedy žádoucí na rozdíl od jejího poklesu. Důvodem je efektivní využití periovulačního období, protože vajíčko i spermie mají jen omezenou dobu životnosti. Oocyt má životnost maximálně 24 hodin, spermie pak 48 hodin. K vlastní ovulaci dochází nejčastěji uprostřed cyklu, tedy 14. až 16. den cyklu, pak je vajíčko schopno oplození po dobu přibližně dvou dnů. Jak bylo výše uvedeno, spermie žije maximálně 48 hodin, což znamená, že doba vhodná pro oplodnění trvá asi jen 3-4 dny (Řežábek, 2014). Můžeme se také setkat s informací, že spermie jsou schopné oplodnit vajíčko i pět až šest dní po pohlavním styku. Musejí-li čekat tak dlouho, jejich funkčnost je omezena a pravděpodobnost oplodnění je nižší. Nejlépe je, když se dostanou spermie do pochvy ženy jeden den předtím, než vajíčko ve vaječníku dozraje. V tomto případě období ideální pro oplodnění může být i týden (Řežábek, 2004).

Nelze pochybovat o tom, že v našem okolí přicházíme do styku s množstvím škodlivých látek, které mohou negativně ovlivnit naše reprodukční děje. Avšak prokázat skutečnou důležitost a vliv faktorů zevního prostředí je velice náročné, neboť u mnohých z těchto látek není dosud zcela známo, jakým způsobem mohou ovlivňovat plodnost či zárodek v raných stádiích těhotenství. U alkoholu, cigaret, drog, organických rozpouštědel, radioaktivního záření, olova, rtuti, pesticidů a vinylomonomerů používaných při výrobě plastů jsou už tyto negativní vlivy prozkoumány (Rob, Martan & Citterbart, 2008). K největším zdrojům toxických látek patří bezpochyby cigarety, alkohol a drogy, jejichž konzumování zcela zásadně ovlivňuje proces tvorby spermií, jejich kvalitu a také fertilitu ženy. Z dosud získaných poznatků odborníků je totiž zřejmé, že spermogenní epitel je velmi citlivý vůči toxickým vlivům zevního prostředí. Tento názor jasně koresponduje s kontinuálním celosvětovým poklesem průměrného počtu spermií v ejakulátu mužů, který je sledován již od počátku minulého století a je

pravděpodobně následkem všeobecného zhoršování kvality životního prostředí. Stejně vlivy negativně působí i na fertilitu žen, u nichž má mimo jiné také daleko větší vliv centrální nervový systém při stresu či jiná nadměrná psychická zátěž nebo nepřiměřená fyzická námaha (Řežábek, 2014).

1.5. Příčiny neplodnosti

Pokud chceme studovat neplodnost, je nutné zabývat se její podstatou, tedy jejími příčinami. To dělají jak lékaři, tak psychologové, a na tu samou otázku nacházejí různé odpovědi. A stejně, jako na sebe mají navzájem vliv fyzické a psychické prožívání, i tyto dva způsoby vnímání se v jistých styčných bodech překrývají.

I když v následující kapitole zmiňujeme v základním přehledu příčiny neplodnosti mužské i ženské, vzhledem k zaměření práce se posléze budeme více věnovat příčinám ženské neplodnosti.

Neplodnost je diagnózou páru, proto ji rozdělujeme na neplodnost mužskou a ženskou, zároveň nezapomínáme, že se můžeme setkat i s případy, kdy je porucha přítomna u obou partnerů zároveň. Často pak dochází ke kompenzaci mírných poruch jednoho z páru dobrým zdravotním stavem druhého z partnerů. V diagnóze neplodnosti hraje závažnou roli čas.

N97 je kódem pro **Ženskou neplodnost** v MKN - Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (2008, pp. 502), která má tyto podskupiny:

- N970 - ženská neplodnost spojená s anovulací,
- N971 - ženská neplodnost tubárního původu,
- N972 - ženská neplodnost děložního původu,
- N973 - ženská neplodnost cervikálního původu,
- N974 - ženská neplodnost spojená s mužskými faktory,
- N978 - ženská neplodnost jiného původu,
- N979 - ženská neplodnost (nespecifikováno).

K výše uvedené klasifikaci je užitečné pro praxi připojit ještě toto patofyziologické rozdělení (Řežábek, 2014) - najdeme zde, včetně již zmíněných, i takové příčiny neplodnosti, jejichž podstata nemusí být nutně uložena v oblasti pohlavních či rozmnožovacích orgánů, ale jejichž dopady k neplodnosti vedou.

Základní rozdělení neplodnosti ženy (Řežábek, 2014, s. 24)

Typ preovariální: typickým příkladem je centrální hypogonadismus, mentální anorexie, hypofyzární poruchy a nádory, st. p. hypofyzektomii, Sheehanův syndrom, hyperprolaktinemie, adrenogenitální syndrom, diabetes mellitus, tyreopatie, nadměrná obezita, pseudocyesis, snad anovulace při syndromu polycystických ovarií (PCO), užívání hormonální antikoncepce nebo jiných léků s estrogením a/nebo gestagením účinkem.

Typ ovariální: ageneze a dysgeneze ovarií, kastrace chirurgická, postradiační nebo toxická - cytostatika, ovariální vyčerpání, syndrom neprasklého folikulu, snad anovulace při syndromu PCO, defektní oocyt, luteální insuficience.

Typ postovariální: tubární neprůchodnost - st. p. tubární sterilizaci, st. p. oboustranné salpingetomii, postinfekční uzávěr vejcovodů, protilátky proti spermii, autoimunitní příčiny, endometrióza, chronická endometritida, chybění endometria (Ashermanův syndrom), užívání gestagení antikoncepce, nepřítomnost cervikálního hlenu, vaginismus.

Rozdělení neplodnosti ženy podle etiologie se věnuje např. Řežábek (2014, pp. 25).

MKN nerozděluje podrobněji neplodnost u muže, u kódu N46 **Mužská neplodnost** pouze slovně poznamenává, že existuje azoospermie a oligospermie (MKN, 2008). K těmto příčinám přidáváme ještě patofyziologické rozdělení mužské neplodnosti (Řežábek, 2014, s. 23):

Základní rozdělení neplodnosti muže:

- **Typ pretestikulární:** centrální hypogonadismus pooperační nebo farmakologicky navozený.
- **Typ testikulární:** ageneze testes, neléčený kryptorchismus, otrava - cytostatika, kadmium, gossypol, varikokéla, stp. úrazu nebo operaci, toxický vliv nádorů, tvorba spermií neschopných oplodnit oocyt (nepohyblivé, s defekty akrozomu), autoimunitní poškození spermií.
- **Typ posttestikulární:** obstrukční - stp. sterilizaci, postinfekční uzávěr ductus deferens, neurogení a psychogení příčiny (impotentia coeundi - neúspěšné pokusy o pohlavní styk, anejakulace, retrográdní anejakulace).

V návaznosti na tyto přehledy musíme zmínit, že je velmi problematické rozdělovat psychologické a fyziologické příčiny neplodnosti, často se tak děje mimo jiné za účelem realizace výzkumných studií.

Někteří lidé berou jako jediné podmínky otěhotnění mít heterosexuálního partnera / partnerku a nutnost mít dobrou vůli k oplození a schopnost k němu. Z toho plyne, že porucha plodnosti je jakási zvláštní nemoc. Jako kdyby to ani nebyla nemoc v pravém slova smyslu, ale ne-moc ve smyslu ne-schopnosti (především u mužů), nebo ne-chtění, chybění dobré vůle, byť jen nevědomě (především u žen). Mnoho terapeutů, výzkumníků, ale i pacientů a laiků pokládá za jednu z možných hlavních příčin poruch plodnosti nějakou psychickou příčinu. Za dostatečný důkaz se obvykle uvádí otěhotnění po adopci, otěhotnění po první návštěvě či změně lékaře nebo objednání na novou léčebnou proceduru, narušení dříve normálního ovulačního cyklu v okamžiku plánování umělého oplodnění, otěhotnění po psychoterapii, psychofarmakoterapii nebo placeboterapii atd. (Konečná, 2009).

Toto je pohled lineární kauzality, kdy platí, že když vymizí psychická příčina, zmizí i problém. Často jako příčinu označují psychické problémy z neznalosti ti, kteří potřebují problém nějak zdůvodnit. Ostatní se často k tomuto závěru uchýlí, poté co u nich nebyla nalezena žádná biologická příčina neúspěchu při snahách otěhotnět. Zaměřuje se tak tzv. idiopatická porucha plodnosti za psychogenní. Označení psychické příčiny na jedné straně poskytuje naději na vyléčení, protože existuje léčba v podobě psychoterapie, současně lidé ale obvykle špatně snáší (u jakékoli nemoci) určení příčin v oblasti psychiky.

Nicméně, nejen z důvodu léčby sterility, ale také z psychologických důvodů je dobré, známe-li možné příčiny neplodnosti. Důležitá součást organické poruchy je i psychologická komponenta, a to jak na místě příčiny, tak součinitele nebo následku (Matějů, Weiss & Urbánek, 2005b).

1.5.1. Příčiny z pohledu psychologie

Velké množství psychologických teorií se snaží o vytvoření teoretického základu vlivu psychologických pochodů na tělesné fungování a vznik nemoci.

Trendem současné medicíny se pomalu stává prosazovat psychosomatický model nemoci člověka. Psychosomatika rozšiřuje tradiční pojetí medicíny a chce člověka nahlížet jako biopsychosociální (popř. ještě spirituální) jednotku a jeho nemoc jako

něco, co vzniklo v těle na základě somatických změn, ale také v určitém sociálním kontextu a za určitého psychického stavu. Psychosomatické hledisko tedy při vzniku nemoci bere na vědomí nejen somatické příčiny, ale také psychický stav člověka. Léčba mnoha nemocí by tak ideálně měla být realizována na somatickém pracovišti působením na tělo nemocného v kombinaci s psychoterapií (Danzer, 2001). Stále ovšem zůstává nezodpovězeno, jak jsou tyto dvě složky - psychická a somatická - u dané nemoci a konkrétního člověka zastoupeny.

Ventruba (2008) například uvádí, že příčiny neplodnosti ženy mohou být až z 5% psychogenního původu. Do souvislosti s psychosomatickou sterilitou bylo dáno více než 50 faktorů, avšak u většiny se nepodařilo prokázat, že jde o více než jen nepodložené spekulace (Čepický, 1993).

Vývoj postupných změn v tendenci výkladu příčin neplodnosti z hlediska proměny role psychického faktoru jako příčiny a následku zpracoval Van Balen (2002).

K důležitým modelům patřil model psychogenní, a to hlavně v období po druhé světové válce. Neplodnost nahlížel jako výsledek určitých specifických psychologických mechanismů u ženy. Samozřejmě bral v potaz i fyziologické problémy spojované s neplodností. Ty byly ale v zásadě důsledkem psychického působení. S tímto pohledem je jako jedna z prvních spojována především Helena Deutchová (Van Balen, 2002).

Jak postupovala kupředu lékařská věda a diagnostické možnosti, větší váhu dostávaly také argumenty z oblasti genetiky, výzkumu nemocí či infekcí, které vedou k neplodnosti. V roce 1960 byl počet případů neplodnosti bez prokázané příčiny 50%, na počátku osmdesátých let již jen přibližně 15%. To vyústilo ke změně pohledu na psychické a somatické aspekty podílející se na vzniku neplodnosti. Psychologické a fyziologické příčiny byly odděleny, tj. nemoc, genetická příčina a úraz vedou k neplodnosti s objasněnou somatickou příčinou a psychické obtíže mají za následek psychogenní neplodnost. Částečně byla také neplodnost bez objasněné příčiny ztotožněna s psychologicky podmíněnou neplodností (Van Balen, 2002).

Osmdesátá léta přinesly další změnu výkladu, i když se jednalo jen o některé typy neplodnosti jako následek určitých psychologických procesů. Stres, úzkost a deprese, společně s psychickými konflikty nyní vznik neplodnosti nezpůsobovaly, nýbrž byly jejím důsledkem. Výzkumníci nebyly schopni s jistotou říci, že je psychologická příčina hlavní, do popředí se dostávaly pocity provázející léčbu neplodnosti, která rychle

postupovala vpřed. Neplodnost začala být v odborném světě vnímána jako náročná životní zkušenost. Tzn. Genetická příčiny, úraz, šance otěhotnět a neobjasněné příčiny vedou k nedobrovolné bezdětnosti, která se pojí s psychickými obtížemi (Van Balen, 2002).

Poslední a v současnosti jeden z nejrozšířenějších výkladových rámců je cyklický model neplodnosti, který vychází z teoretických základů výše zmíněných přístupů. Nikdo dnes nezpochybňuje negativní vlivy zkušenosti s neplodností a léčbou, které by podle některých vědců mohly mít špatný vliv na výsledek léčby, a to především díky hormonální nerovnováze způsobené stresem. Model tedy znázorňuje, že genetická příčina, nemoci, úraz a šance otěhotnět vede k nedobrovolné bezdětnosti, která způsobuje psychické obtíže spouštějící určité somatické mechanismy, které zase dále mohou ovlivňovat stav nedobrovolné bezdětnosti (Van Balen, 2002).

I přes doposud zmiňované přístupy a pojetí psychologických příčin neplodnosti stále platí, že vědci usilují o potvrzení dominantního vlivu psychiky při neplodnosti v konkrétních případech a prokázání psychologické příčiny neplodnosti, jen „nulová hypotéza doposud nebyla potvrzena“. Podrobněji přiblížit, či dokonce dokázat psychogenní původ neplodnosti, je tedy pro výzkumníky zabývající se tímto tématem velká výzva. Výchozím bodem jejich bádání jsou většinou dvě teorie, za pomoci kterých se snaží příčiny neplodnosti vysvětlit. První vychází z teoretických základů psychoanalýzy, druhá staví na stresu a jeho vlivu na zdraví, v tomto případě tedy na lidskou reprodukci (Kipper & Zadik, 1996).

Psychoanalyticky orientované teorie

Sigmund Freud a jeho žáci a žačky položili základy moderní psychosomatiky. I když můžeme psychoanalytickým koncepcím vytýkat slabou vědeckou podloženost, hraje tento výkladový rámec v psychologii důležitou roli.

Dynamicky orientovaní terapeuti tvrdí, že ženy s diagnózou funkční sterility nevědomě pociťují úzkost a hostilitu k narození dítěte, obávají se nároků, které na ně dítě bude klást. Tyto nevědomé pocity se transformují na somatické úrovni do neplodnosti.

Wischmann (2011) píše, že touha po dítěti je obecně ambivalentní, to znamená, že i rodiče bez problémů s otěhotněním po dítěti současně touží a zároveň se bojí změn, které s příchodem dítěte nastanou a kterým budou muset čelit. Ambivalence spojována s narozením dítěte tedy jako příčina neplodnosti neobstojí.

Jak píše Konečná (2009), k dalším vnitřním konfliktům, které mohou vést k neplodnosti, patří podle těchto teorií odmítání vlastního ženství, emoční nezralost a identifikace s hostilní matkou. Psychoanalýza shledává patologický vztah mezi matkou a dcerou jako hlavní příčinu narušených reprodukčních schopností (Matějů, Weiss & Urbánek, 2005a). Deutschová spatřuje příčinu sterility v podvědomém pocitu viny ženy. Sestavila pět typologií žen s problémem plodnosti - dětinská nevyzrálá žena, která je závislá na matce nebo manželovi, mateřská žena s dětinským partnerem, který ji potřebuje, zaneprázdněná žena, agresivní a mužná žena, která odmítá svou feminitu, a nakonec emočně chudá žena (Sayers, 1999).

Některé teze psychoanalýzy našly svá potvrzení i na fyziologické úrovni. Studie prokázaly, že emoční prožívání má vliv na ovulaci a může vést až k anovulaci, u mužů pak ovlivňuje spermatogenezi (Domar, Seibel & Benson, 1990). Obdobně obavy z mateřství a zvýšená úzkost vedou ke stažení dělohy a vejcovody nedovolí pohybu spermií k vajíčku (Northrup, 2008).

Apfelová a Keylor (2002) napsali, že psychoanalýza svým dlouhodobým zájmem o neplodnost přinesla mnoho cenných podnětů pro práci s neplodnými muži a ženami, zároveň ale také nezdravě podpořila mýtus psychogenní neplodnosti.

Teorie stresu

Často se můžeme setkat s případy, kdy je za psychickou příčinu považován stres. Stres může pramenit z určité léčebné procedury, z tlaku rodiny, partnera, z vlivů sociálního okolí, aktuální životní situace, ale také třeba velké radosti.

Stres má vliv na reprodukční fungování. Vlivem stresu dochází k mobilizaci celého organismu, kdy jsou současně inhibovány všechny neuroendokrinní systémy, tedy i systém zodpovídající za reprodukci (Matějů, Weiss & Urbánek, 2005a). Děje se tak, když kortikoliberiny a endorfíny, které působí na hypotalamus, blokují produkci gonadotropinů. Ženy v chronickém stresu nemenstruují ani neovulují. U mužů může stres narušit sexuální život například poruchou erekce (Zvěřina, 2010).

Vliv stresu na plodnost dokazuje také studie, kterou provedli Ebbesen et al. (2009). Autoři porovnávali chronický stres u žen, které v rámci léčby neplodnosti podstoupily IVF a otěhotněly, s ženami, které se podrobily stejné léčbě, ale otěhotnět se jim nepovedlo. Výzkum ukázal, že ženy, u nichž léčba neproběhla úspěšně, již před léčbou prožívaly více stresových situací a byly obecně depresivnější. Tyto ženy měly také signifikantně nižší počet zralých oocytů, což přirozeně vedlo k nižší úspěšnosti IVF.

Někteří odborníci, vycházející ze skutečnosti, že stres způsobuje neplodnost, uvádí jako případ adopce, kdy ženy po rozhodnutí osvojit si dítě otěhotněly, protože se přestaly soustředit na početí. Adopce může skutečně zmírnit napětí, což může dále pozitivně ovlivnit fungování biologických procesů a vytoužené početí tak může přijít přirozeně. Některé studie tvrdí, že adopce může zvýšit šance na početí, potvrdily, jiné zase hovoří proti (Born, 1989).

Konečná (2009) zmiňuje výzkumy, které prokázaly, že míra úzkosti a neuroticismu u žen s dětmi a u žen s diagnózou organické neplodnosti je signifikantně nižší, než u žen s funkční sterilitou. Tyto studie byly především v 50. a 60. letech vnímány jako jasné potvrzení psychogenní příčiny neplodnosti. V 80. letech se mnoho odborníků od tohoto názoru odklonilo, protože je těžké určit příčinu a následek, a přijali pohled, že psychické odchylky jako je neuroticismus a úzkost, jsou spíše důsledkem neplodnosti, než její příčina (Sobotková, 2007).

Konečná (2009) psychické faktory neplodnosti nahlíží velmi opatrně, tvrdí, že nejprve musíme pečlivě vyloučit jiné příčiny neplodnosti, které jsou nám v současnosti dobře známé, a až pak můžeme opatrně začít hovořit o příčinách psychického původu. U psychogenních poruch plodnosti zmiňuje cirkulární kauzalitu, kdy problémy s otěhotněním mohou způsobit psychickou nepohodu a ta může posléze zase zhoršovat možnost otěhotnět.

Wischmann (2011) odmítá čistě psychologický pohled na problém neplodnosti, stejně tak je pro něj neadekvátní hledisko čistě somatické. Neplodnost vnímá vždy jako psychosomatický celek. Tvrdí, že se u párů s nevysvětlitelnými příčinami neplodnosti psychické poruchy neobjevovaly častěji, než je tomu u běžné populace.

Čepický (2011) reaguje na Wischmanna, se kterým víceméně souhlasí, jen vyžaduje pečlivé oddělení psychogenní a idiopatické neplodnosti. Psychogenní neplodnost je způsobená psychickými faktory a není nijak výjimečná - jsou to případy poruchy menstruačního cyklu při některých psychických poruchách (neléčené psychózy, poruchy příjmu potravy, stres, psychogenní hyperprolaktinémie). Všechny tyto poruchy jsou spjaty s neplodností - tu ovšem vnímáme nikoli jako „psychogenní“, ale jako „hormonální“ (anovulační). Tuto situaci bychom mohli nazvat psychoendokrinní sterilita. Podle Čepického (2011) můžeme ještě za psychogenní poruchy neplodnosti považovat také příčiny psychoimunitní a psychovegetativní (dyskineze vaječníků).

Jsme přesvědčeni, že i somatická nemoc je v různé míře ovlivněna psychogenní komponentou. Současně se ukazuje, že určit psychogenní příčiny nemoci objektivními fakty je velice náročné. Jde o otázku paradigmatu, tedy zda spíše věříme, že nemoc má somatickou příčinu, nebo jestli jsou určitou měrou účastné i jiné faktory. Toto konkrétní pojetí pak může být jednoduše podloženo fakty, které jej potvrzují.

Přírodovědecký pohled na danou problematiku může vypadat následovně - když neobjevíme biologické příčiny nemoci, nemůžeme se přiklonit k psychickým příčinám, problém je pravděpodobně v současné úrovni poznání, která nedosáhla ještě takového pokroku, aby biologické příčiny odhalila. Důkazem jsou onemocnění, kde dříve příčina nalezena nebyla, a tak původ nemoci byl psychogenní, ale dnes je díky pokroku vědy a zjištění somatické příčiny můžeme léčit čistě somatickými postupy.

Druhé pojetí může argumentovat tím, že se dnes setkáváme s velkým počtem nemocí, které západní medicína dokáže zmírnit, ale nedovede je zcela vyléčit. Navíc se průběh těchto chorob zcela prokazatelně zhoršuje ve chvílích psychického vypětí. Nemocemi ukazující nedostatky západního způsobu léčení jsou např. astma, bolesti hlavy, či ekzémy.

Spojení těchto dvou pohledů, tedy materialistů akcentujících tělo člověka a idealistů, zdůrazňujících původ nemocí v duši člověka, představuje obor neuropsychologie, který se zabývá vztahem mozku (tj. částí lidského těla) a psychickými procesy.

1.6. Léčba neplodnosti

Předpokládáme, že v naší společnosti má dnes skoro každý dospělý člověk zkušenost s nějakým druhem lékařského vyšetření či zákroku. O nárocích vyšetření a léčby si tedy můžeme udělat představu již při bližším seznámení s vyšetřovacími metodami a metodami léčby.

1.6.1. Vyšetření pro neplodnost

Jedna z možností, jak jako nedobrovolně bezdětný pár mít dítě, je se léčit. Terapií nedobrovolné bezdětnosti je přitom myšleno její řešení, ne jen léčebné postupy v obvyklém slova smyslu, nýbrž i řešení v podobě náhradní rodinné péče či rozhodnutí zůstat bez dítěte. Co tedy dělá pár, vyznívá-li jeho snaha o rozšíření rodiny naprázdno? Nejdříve se snaží přijít na to, proč tomu tak je. Pro oplození potřebujeme mít kromě heterosexuálního partnera / partnerky, dobré vůle a schopnosti k oplození také oplození

schopné sperma, oplození schopné vajíčko, prostupné a správně fungující genitální cesty a vhodné podmínky pro uhnízdění a vývoj vajíčka (Konečná, 2009). Pár tedy začíná pátrat, zda je vše z toho v pořádku, a to za pomoci odborníků. Každá návštěva u lékaře znamená jistou ztrátu soukromí. A protože plození dětí je věcí velmi intimní, představuje i vyšetřování a léčba poruch plodnosti mnohem větší zásah do soukromí než je například léčba chřipky.

Na odhalování příčin snížené plodnosti se podílejí specialisté z několika oborů: gynekologie, andrologie, imunologie, endokrinologie, sexuologie, urologie, genetiky atd. Nejběžněji se do koloběhu vyšetřování dostane pár přes gynekologa, praktického lékaře nebo urologa či androloga. Vyšetření pro zjištění příčin neplodnosti je celá řada. Část z nich jsou nebolestivé nebo jen lehce nepříjemné výkony nevyžadující hospitalizaci, část je spojena s pobytem v nemocnici a bolestí. Pro představu, co znamená zjištění příčin neplodnosti, přiblížíme základní diagnostické metody. Předem je nutné zdůraznit, že při vyšetření příčin neplodnosti bereme v potaz, že se jedná o nemoc celého páru, ať už je diagnóza na straně muže či ženy (Konečná, 2009; Koryntová & Mára, 2004; Ulčová-Gallová, 2002). Krátce tedy přiblížíme i vyšetřovací metody muže, podrobněji se pak budeme věnovat vyšetřovacím metodám ženy.

Základní vyšetřovací metodou je vždy detailní anamnéza, která i přes všechny dnešní technické možnosti představuje pro lékaře díky skutečnostem zjištěným při pohovoru s pacientem, stále jeden z nejdůležitějších nástrojů pro stanovení správné diagnózy. Je patrné, že anamnestický rozhovor zasahuje do intimních oblastí a dotýká se velmi osobních témat. Některé páry tuto skutečnost mohou vnímat jako velmi nepříjemnou. Jednoduchá situace to nemusí být také v případě, kdy jeden z partnerů neví o druhém veškeré údaje a dozví se je až při této příležitosti. Lékař plánuje až na základě závěrů z anamnézy další diagnostické kroky.

U muže je základní vyšetřovací metodou spermio logické vyšetření, to pomáhá zjistit, zda jsou spermie schopné oplození a zda jich je dost. V současnosti je propagováno, aby toto vyšetření byl první diagnostický krok následující po detailní anamnéze.

Dalším krokem je fyzikální vyšetření genitálního ústrojí, které pomáhá zpřesnit anamnestický závěr a optimalizovat diagnostickou cestu. Další možné metody vyšetření jsou hormonální, bakteriologické a genetické vyšetření v případě, že se jedná o primární azoospermii (Řežábek, 2002). Pokud výsledek spermio gramu nedopadne dobře, bývá obvykle indikováno umělé oplodnění. Operativně se řeší pouze v určitých případech

azoospermie. Výhodou je možnost zamražení spermatu, díky čemuž je možné jej opakovaně použít bez nutnosti dalšího odběru (Slepičková, 2009).

Diagnostika neplodnosti u ženy by se dala formulovat třemi základními otázkami, které zjišťují, zda dozrávají vajíčka, zda je průchodný hlen děložního hrdla a jestli jsou průchodné vejcovody. Ovulaci lze například určit z analýzy krve, z analýzy děložního hlenu a také ultrazvukem. Za pomoci ovulačních testů nebo měření bazálních teplot můžou samy ženy určit, zda ovulují, některé ženy dokáží ovulaci poznat i z kvality děložního hlenu. Ovulační testy odhalují vzestup luteinizačního hormonu v moči krátce před ovulací. Tyto testy je možné zakoupit běžně v lékárně, vyznačují se vysokou spolehlivostí a používají se podobně jako gravitesty. Vyšetření není časově náročné, trvá cca pět minut každý den. Má velký vliv na psychiku, protože žena sama sebe stále sleduje a ještě více se zaměřuje na cíl otěhotnět. Na druhé straně jí může dát měření dobrý pocit z toho, že je sama aktivní v diagnostice a tím tak pomáhá snížit pocit vlastní bezmoci.

Vyšetření děložního hlenu má zjistit, zda má žena prostupné genitální cesty pro spermie, díky němu je také možné stanovit termín ovulace, lze ho použít k vyšetření penetrace spermií či k mikrobiologickým analýzám.

Další metodou je vyšetření dělohy a pochvy. Děloha a pochva představují významnou část cesty spermie za vajíčkem, v děloze zároveň vajíčko zahnízdí a vyvíjí se zde, proto je důležité zjistit poměry v děloze a pochvě pomocí stěru či biopsie.

Vyšetření krve laboratorními metodami je běžné a informuje nás o hormonálních hladinách a infekcích, o přítomnosti různých protilátek, o imunitě, genetické výbavě atd. Nevýhodou je nutnost častého opakování, někdy dlouhé čekání na výsledky. Nejnáročnější je v tomto ohledu asi genetické vyšetření. Laparoskopie umožňuje přímou vizuální kontrolu pánevních a břišních orgánů. U ženských poruch plodnosti má význam diagnostický a terapeutický. Hysteroskopie slouží k přímému pozorování děložní dutiny, zjišťuje tedy průchodnost genitálních cest a podmínky pro uhnízdění a vývoj embrya, může být také využita jak diagnosticky, tak terapeuticky. Hysterosalpingografie zobrazuje dutinu dělohy a vejcovodů, ty se naplní kontrastní látkou a snímají se rentgenem. Sonografie, známější spíš pod názvem ultrazvuk, zobrazuje na obrazovce vnitřní orgány pomocí ultrazvuku. Procedura slouží k určení ovulace, kvality vajíček, průchodnosti genitálních cest, stavu dělohy, stáří a stavu plodu, u mužů stavu varlat či prostaty (Konečná, 2009).

Řežábek (2014) uvádí jako zásadní pro prognózu léčby neplodnosti ženy, a pro metody asistované reprodukce zvláště, zjištění ovariální zásoby - rezervy, tedy počtu sekundárních folikulů schopných zareagovat na hormonální stimulaci.

Nyní máme alespoň hrubou představu o základních vyšetřovacích metodách, které si muž a žena ve větší či menší míře musejí nechat udělat, pokud chtějí zjistit příčiny své neplodnosti. Podle výsledků vyšetření je pak navržen způsob léčby, který rozebereme v dalším oddílu.

1.6.2. Metody léčby neplodnosti

Existují různé způsoby léčby, které pár může na své cestě za dítětem postoupit. Léčba je vedena vždy s ohledem na to, jakou patologii vyšetření odhalilo. Při možnosti výběru je volena metoda co nejméně náročná z hlediska zdravotní, časové a finanční zátěže pacientů, vždy však s ohledem na její efektivitu. Léčba musí zohledňovat věk ženy, blíží-li se čtyřiceti rokům, je vhodné použít intenzivnějších metod léčby (Řežábek, 2014). Ne vždy je léčba invazivní, někdy dostane pár doporučení týkající se změny stravování, ať už se jedná o nízkou či naopak příliš vysokou hmotnost nebo např. pití alkoholu (Ostró, Pilka & Lešník, 2009).

Úplně základní a nejčastější léčbou jsou medikamentózní metody, typ léku je pak dán typem onemocnění. Při léčbě poruch plodnosti rozlišujeme tři základní medikamentózní metody. Terapie infekce si klade za cíl vyléčit záněty reprodukčních orgánů vyskytujících se u mužů i žen, které mohou být příčinou neúspěchu při snahách otěhotnět. Jako léčba se podávají celkově a místně antibiotika a vitamíny.

Druhá metoda řeší imunologické poruchy plodnosti, ty se mohou projevovat jako imunitní reakce proti spermiím. V tomto případě se doporučuje používat po určitou dobu kondom, který tuto imunitní reakce utlumí, současně v kombinaci s kortikoidy, někdy se doporučuje intrauterinní inseminace (IUI). Další imunitní poruchou je reakce proti vajíčku a reakce proti embryu, konkrétně proti trofoblastu. Zde pomáhají malé dávky kortikoidů, někdy se doporučuje in vitro fertilizace (IVF).

Posledním typem medikamentózní léčby je hormonální léčba. Ta se v praxi široce využívá, protože se tím efektivita léčby několikanásobně zvyšuje (Řežábek, 2014). K hormonální nebo také endokrinní léčbě se přistupuje především v případech, kdy je porucha plodnosti způsobena hormonální nedostatečností, která narušuje průběh ovulace nebo tvorbu spermií. Lze ji využít k hormonální stimulaci nebo k náhradě

chybějících hormonů, jež jsou pro otěhotnění nezbytné (Konečná, 2009). Někdy mívají léky negativní vedlejší příznaky, jako jsou výkyvy nálad, bolesti hlavy, návaly, napětí v prsou, nevolnost, či nárůst hmotnosti, snížení vlhkosti v pochvě, a u injekční formy bolest v místě vpichu a celkově zvýšené riziko mnohočetného těhotenství (Doherty a Clark, 2006). U mužů je hormonální léčba vhodná jen v ojedinělých případech a její úspěšnost je nízká. Z hlediska pacientů je velkou nevýhodou pomalý efekt hormonální léčby, který je často patrný až za několik měsíců.

Dále se můžeme setkat s chirurgickou léčbou neplodnosti. Ta přichází na řadu v případě anatomické odchylky v reprodukčním systému (Konečná, 2009).

1.6.3. Techniky asistované reprodukce

Velkým převratem v léčení poruch plodnosti jsou techniky asistované reprodukce (ART), které jsou známy také pod názvem umělé oplodnění, mimotělní oplodnění nebo oplodnění ve zkumavce. *„Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi, a to s cílem otěhotnění ženy“* (Řežábek, 2014, s. 12).

Prvním dítětem „ze zkumavky“ byla Angličanka Luisa Brownová, která se narodila díky umělému oplodnění vajíčka mimo tělo matky a následnému embryotransferu v roce 1978 (Mardesic, 2002). U nás se metodou asistované reprodukce narodilo první dítě v roce 1982, díky týmu vedenému prof. MUDr. Ladislavem Pilkou, DrSc., a to metodou GIFT, kterou profesor se svým týmem vyvinul, a která znamená přenos gamet (vajíček a spermií) do vejcovodu. V tzv. východním bloku jsme byli – ještě jako Československo – první (Konečná, 2009).

Asistovaná reprodukce příčiny poruch plodnosti neléčí, dalo by se říci, že je spíše obchází. K nejběžnějším metodám patří umělá inseminace (intrauterinní inseminace – IUI) a in vitro fertilizace/embryo transfer (IVF/ET). Další metodou je již výše zmiňovaný gamete intrafallopian tube transfer (**GIFT**) a zygote intrafallopian transfer (**ZIFT**), což je přenos oplodněného vajíčka do vejcovodu. Poslední dvě metody se v současné době používají jen výjimečně. Metoda **IUI** spočívá v zavedení speciálně upravených spermií pomocí zvláštního nástroje až do dělohy. Nejčastěji se používá v případech snížené plodnosti u muže, při imunologických příčinách nebo při abnormitách hlenu na děložním čípku. Používá se také v případech použití spermatu od dárce (Doherty & Clark, 2006), V tomto případě pak hovoříme o tzv. heterologní inseminaci, jejíž indikací

je muž bez spermií schopných oplození nebo muž přenašeč genetické vady. Úspěch IUI lze podpořit hormonální stimulací vaječnicků, jež vyvolá dozrání a uvolnění většího množství vajíček (Konečná, 2009).

In vitro fertilizace **IVF/ET** znamená oplodnění mimo tělo. Byla vyvinuta pro léčbu neplodnosti tubárního faktoru, ale dnes je využívána pro léčbu všech typů poruch plodnosti (Ventruba, Žáková & Višňová, 2002). Nejběžnější indikací je tubární sterilita, neplodnost podmíněná andrologicky, neplodnost při endometrióze, sterilita s imunologickou příčinou, idiopatická neplodnost a v případech, kdy je nutné využít darovaného oocyty (Mardesić, 2002). IVF začíná hormonální stimulací, zajišťující dozrání několika vajíček, ne tedy jen jednoho, jak je to při běžném menstruačním cyklu. Podle individuálního plánu (stimulačního protokolu) jsou ženě po určitou dobu dávkovány hormonální léky, obvykle v injekcích nebo injekčních perech, celý cyklus je monitorován, ženě se odeberou oocyty a provede se jejich inseminace, oplozené oocyty se kultivují, následně proběhne transfer embryí do dělohy a zamrazení nadpočetných embryí pro další použití. Po transferu následuje podpora luteální fáze cyklu a dále je buď diagnostikováno, nebo vyvráceno těhotenství (Ventruba, Žáková & Višňová, 2002). Po IVF otěhotní přibližně 50% žen, kterým byla transferována dvě embrya (Řežábek, 2014).

Pravděpodobnost početí po intrauterinní inseminace je 10-15 %. Vyšší procento úspěšnosti po IUI většinou doprovází vyšší incidence mnohočetného těhotenství. Statistické údaje o úspěšnosti IVF programu v České republice chybí, ale podle odhadů se pohybují mezi 25-40 % klinických těhotenství na embryotransfer (Weiss, 2011).

Každý pár přistupuje k léčbě jinak, někdo je ochoten podstoupit maximálně perorální léčbu či IUI, jiný pár absolvuje všechny možné metody AR krom užití darovaných vajíček či spermií (Doherty & Clark, 2006). Velmi důležitá je komunikace s párem, informace by měly být předávány jasně a srozumitelně, aby měl pár příležitost rozhodnout se odpovídajícím způsobem o průběhu léčby, který si pro sebe žádá (Ostró, Pilka & Lešník, 2009).

1.6.4. Další metody léčby neplodnosti

Balneoterapie označuje lázeňskou léčbu, která využívá jako svůj prostředek léčby některých onemocnění přírodní léčivé zdroje. V České republice se mohou pacienti s gynekologickými problémy, tedy i s neplodností, léčit ve Františkových Lázních (Šindelář, 2004).

V naší zemi máme originální léčebnou metodu, která dovede léčit poruchu plodnosti způsobenou špatným stavem kosterně-svalového aparátu. Metodu vypracovala Ludmila Mojžíšová a nese název „**Rehabilitační léčba některých druhů funkční ženské sterility**“. Léčba vychází z principu, že páteř a vnitřní orgány jsou spojeny reflexivním vztahem. Když je dysfunkční páteř, funguje špatně také určitý vnitřní orgán a naopak. Špatná svalová kondice může např. vést k bolestem zevních pohlavních orgánů, bolestem při pohlavním styku, anorgasmii, nepravidelné a bolestivé menstruaci, neprůchodnosti vejcovodů, opakovaným potratům apod. (Novotná, 2007).

Léčba není bolestivá, vyžaduje cvičení ráno a večer, večer pak s asistencí partnera. Součástí léčby je dodržování pitného režimu, péče o správné držení těla a vynechání některých sportovních aktivit (Volejníková, 2005). Léčba trvá zhruba šest měsíců, k zásahu terapeuta dochází jednou měsíčně v délce jedné hodiny. Za nepříjemnou, především psychicky, považují pacienti tzv. nápravu kostrče, která se provádí konečníkem. Doporučuje se, zvolit tuto metodu souběžně se začátkem léčby. Pro koho je metoda vhodná, tomu pomůže po několika měsících cvičení a páry, kterým k dítěti nepomůže, mohou díky ní aspoň lépe zvládnout dlouhou dobu vyšetřování, kdy se jako pacienti často cítí hodně bezmocní. Ačkoliv bylo metodě Mojžíšové uděleno osvědčení ministerstvem zdravotnictví, má nejen mnoho zastánců, ale i odpůrců, často také mezi gynekology, kteří zpochybňují její účinnost (Novotná, 2007). Podle Ulčové-Gallové (1999) je metoda účinná hlavně u úzkostných žen s nevysvětlitelnou příčinou neplodnosti.

Zmíníme také **hormonální jógovou terapii**, což je dynamická sestava cviků, která trvá zhruba 30 minut a balancuje hormonální hladinu ženy. Je vhodá pro každou ženu po 35 roce, které se začínají snižovat hladiny hormonů. Cvičení tohoto typu jógy omezuje projevy menopauzy a problémy, které se k tomuto období vážou, dále pozitivně ovlivňuje potíže s premenstruačním syndromem, s menstruací, cysty na vaječnicích, potíže s otěhotněním, nedostatečnou činnost štítné žlázy, předčasnou menopauzu a nízké libido. Cvičení po 3-4 měsících vede k citelným výsledkům a eliminaci symptomů (Rodrigues, 2014).

Jak píše Konečná (2009), někteří pacienti řeší neplodnost všemi možnými cestami, i za pomoci méně běžných metod jako je akupunktura, homeopatie, fyto terapie, přikládání rukou či astrologický výpočet.

1.7. Psychologické aspekty spojené s neplodností a její léčbou

Lidský život je sled větších či menších jistot, a jistotu, že budeme mít děti, radíme většinou do kategorie těch nejjistějších. O to víc nás pak tedy zaskočí, když tato velká jistota selže. Reakce na takovéto selhání je ovlivněna pozicí jistoty v hodnotovém žebříčku, osobními dispozicemi, momentálním psychickým stavem a různými vnějšími okolnostmi. Neplodnost úplně neodpovídá našemu obrazu o nemoci. Řekneme-li o někom, že je nemocný, představujeme si, že kulhá, kašle, má bolesti, musí držet dietu, je obvázaný, prostě nějak očividně fyzicky trpí. Pár, který nemůže mít děti, oproti tomu nekulhá, nekašle, nic ho nebolí a často vypadá lépe než pár, který se stará o tři malé děti. Pokud nějak trpí, pak pravděpodobně „jen“ psychicky. Nemoc vykládáme jako pozitivní přítomnost něčeho, neplodnost je v tomto směru tedy pravým opakem.

Někdy nebývá neplodný pár nahlížen okolím jako nemocný, ale spíše jako sobecký, protože své rodičovství nevhodně odkládá (Matějů, Weiss & Urbánek, 2005a). Bezdětnost je, jak píše Hašková (2009) naší společností nahlížena negativně - bývá spojována se sobectvím, kariérismem, hédonismem, individualismem a nezodpovědností jedince. Dobrovolná bezdětnost je odsuzována a spojována s nepochopením, naopak nedobrovolná bezdětnost vyvolává v okolí větší soucit a lítost, protože postižený pár si svoji situaci svobodně nevybral. Žena je tlačena společností k tomu, aby byla matkou, a viní ji z toho, když se tak nestane.

V osmdesátých letech byly psychologické studie zacíleny především na reakce neplodného páru na diagnostikovanou neplodnost - pocity ztráty, šoku, frustrace, zklamání a sociální izolace (Sobotková, 2007). Dále byl zkoumán způsob vyrovnávání se s procesem asistované reprodukce. Oproti tomu se dnešní studie zaměřují více na psychickou odolnost páru (Righetti & Luisi, 2007).

1.7.1. Psychologické aspekty neplodnosti

Neplodnost, ať už je zapříčiněna jakkoli, znamená pro pár značnou psychickou zátěž, na kterou každý reaguje po svém. Tato zátěž je o to horší, že trvá dlouho a nejsme schopni určit, zda vlastně někdy skončí a pokud ano, tak kdy a jak. Existují dvě možné řešení této situace, kterou prochází nedobrovolně bezdětný pár - buď se změní situace (žena otěhotní, podaří se adopce) nebo se změní postoj páru k bezdětnosti.

Neplodnost, jak píše Kirca a Pasinlioglu (2013b) je pro pár komplexní krizová situace, která má fyzické, psychické, sociální, emocionální a finanční dopady. Neplodný pár

nezřídka skrývá pro ně mimořádně soukromý problém neplodnosti, cítí se pod velkým sociálním tlakem, tímto přístupem může přicházet o možnou emoční podporu svých rodin a okolí. Mnoho párů definuje jejich zkušenost s neplodností jako nejvíce stresující zážitek jejich života.

Psychická odpověď na neplodnost zahrnuje pocity deprese, hněvu a viny. Deprese je reakcí na ztrátu a stres. Ztráta při neplodnosti má velice zvláštní podobu, neexistuje nic hmatatelného, co by se ztratilo. To dále vede ke komplikovanému zpracování pocitů, nemáme také rituály k vyrovnání se s takovou ztrátou. Sterilní pár ztrácí zdraví, status, prestiž, sebeúctu, pocit bezpečí, naději na plnění fantazijních přání. Vyšetření a léčba sterility je běh na dlouhou trať plný nepříjemných událostí. Dle Čepického (1993) psychologické následky sterility jsou pro praxi významnější než případné psychogenní příčiny neplodnosti.

Neplodné páry se často bojí budoucnosti, cítí velkou nejistotu, co je čeká, bojí se plánování (Sobotková, 2007). Neplodnost se často stává ústředním tématem, životním plánem, který upozadí vše ostatní. Pár musí řešit problém, jaké si stanovit dlouhodobější cíle ve svém životě, kde jediným jejich cílem je potomek (Cousineau & Domar, 2007). Neplodnost narušuje naplnění jak individuálních, tak partnerských životních cílů, což je spjato s mnohem větší dynamikou (Matějů, Weiss, Urbánek & 2005b).

V partnerském vztahu dochází někdy také k situacím, kdy zdravý partner viní toho druhého z jeho neplodnosti a obviňuje ho z nemožnosti přirozeného početí vlastního potomka (Sobotková, 2007).

Dohertyová a Clarková (2006) popisují tyto reakce, nedaří-li se ženám otěhotnět. Nejprve přichází panika, šok a popírání skutečnosti, že by se jich vůbec neplodnost mohla týkat. Návštěva lékaře přichází až tehdy, když si žena přizná, že má s plodností potíže a je připravena nastalou situaci řešit. Často se můžeme během léčby neplodnosti setkat také s hněvem, kdy se žena může zlobit na sebe sama, na své dosavadní rozhodnutí či to, jak se v minulosti chovala. Hněv může také směřovat na partnera, lékaře, lidi, kteří již potomky mají, na Boha atd. Obvyklým pocitem je také závist, vztahující se na lidi, kteří mohou mít děti bez problémů. Velmi běžnou emocí je smutek z nenaplnění vlastních snů a z neschopnosti naplnit sny svého partnera.

O podobných emocích píše Keye (1984) ve svém dělení reakcí na neplodnost. Hovoří o třech fázích, kdy první zahrnuje zjištění páru, že má potíže s otěhotněním a že pravděpodobně nemůže počít dítě přirozenou cestou. Na tuto situaci pár reaguje šokem a popřením, hledá vysvětlení pro objasnění celého problému. Nezřídka dochází také k obviňování za to, co v minulosti udělali nebo neudělali.

Druhá fáze přichází po určitém čase s neúspěchem léčby a je o oplakávání „ztráty“ nenarozeného dítěte a ztráty prožívání sebe sama v roli rodiče. Třetí fáze nastává tehdy, kdy pro ně pár zvažuje vhodné alternativní možnosti rodičovství (Keye, 1984). Je mnoho variant, které zahrnují oplodnění spermii dárce až po adopci či dokonce bezdětnost.

Ženami, které absolvovaly asistovanou reprodukci bez úspěchu, se zabýval výzkum Wirtberga et al. (2007), který chtěl odpovědět na otázku vlivu neplodnosti z dlouhodobého hlediska. Longitudinální studií 20 let sledovali 14 švédských žen po neúspěšné léčbě neplodnosti. 11 ze 14 žen potvrdilo, že se jim povedlo bezdětnost přijmout a najít si smysl života jinde než v rodičovské roli - věnovaly se svým zájmům, profesnímu životu nebo péči o děti svých sourozenců či známých, popř. péči o zvířata. Každopádně studie ukázala, že pro všechny ženy je bezdětnost ústředním tématem života, kterým se stále zabývají, a který má pořád vliv na jejich osobní i sociální život. Sebeúcta a snížený pocit vlastní hodnoty popisovala většina dotazovaných žen. Neplodnost také u poloviny žen vedla k sociální izolovanosti, negativně ovlivnila jejich sexuální život a partnerský vztah, osm žen bylo rozvedených, šest z nich uvádělo jako příčinu rozvodu neplodnost.

1.7.2. Psychologické aspekty léčby neplodnosti

V současnosti existuje mnoho metod, jak léčit neplodnost. Na každý pár pak konkrétní metoda působí jinak a pár ji může také odlišně prožívat. Neplodnost do partnerství vnáší stres a nejistotu. Stres je způsobený primárně nemožností otěhotnět a druhotně pak léčbou a dalšími situacemi s ní spojenými. Stres ovlivňuje schopnost početí u ženy, ale také průběh těhotenství a samotný porod. Čepický (1999) popisuje tři roviny stresu, které se při léčbě sterility vyskytují: somatickou, psychickou a interpersonální. Podle různých zdrojů se psychické obtíže při léčbě vyskytují u 25 - 65% sterilních párů. Více než polovina sterilních žen pak (dle dotazníku SCL-90-R) vykazují známky patologických hodnot.

Studie Downeyho a McKinneyho (1992) se zabývala skupinou 118 neplodných žen, k nimž vybrala skupinu 83 pacientek v běžné lékařské péči. Skupina neplodných žen se signifikantně nelišila od druhé skupiny, co se týče psychiatrických symptomů, počtu a závažnosti minulých depresivních epizod, aktuálního self-esteem a sexuálních funkcí. Rozdíl mezi skupinami nebyl ani v anticipaci mateřství nebo blízkosti vztahu k vlastní matce během dětství a dospívání. Neplodné ženy vyjadřovaly prožívání většího štěstí ve vztahu se svými partnery, než tomu bylo u kontrolní skupiny. Nicméně se objevil u první skupiny signifikantní počet změn nálad a změna sebehodnocení od té doby, co se cítí znepokojené kvůli svým problémům s početím.

Kirca a Pasinlioglu (2013a) v následujícím výčtu uvádějí emoce, které ženy prožívaly během léčby neplodnosti: stres, depresi, úzkost, selhání, ztrátu naděje, zklamání, zuřivost, vztek, ztrátu sociálního statusu, utrpení, sociální izolaci, vinu, stigma, nedostatečnost, sníženou sebeúctu, narušení sociálních vztahů, ambivalenci, narušení koncentrace, trapnost a ztrátu soukromého života.

Miller (2009) jmenuje tyto negativní vedlejší psychické účinky, které doprovázejí medikamentózní léčbu neplodnosti, jsou to úzkost, poruchy spánku, změny nálad či podrážděnost, dále pak deprese nebo naopak manické stavy a poruchy myšlení.

Schmidt et al. (2005) provedl studii, v níž se u 2250 pacientů léčících se pro neplodnost zajímal o stav jejich partnerského vztahu. Po roce léčby neplodnosti 26% žen vnímalo subjektivní posílení vztahu se svým partnerem a větší blízkost, což autoři označují jako tzv. manželské benefity. U mužů se takovéto odpovědi vyskytovaly o něco méně, o posílení vztahu se vyjádřilo jen 21% respondentů. Záporně vztah ovlivňovaly určité strategie zvládání zátěže - vyhýbání se kontaktu s těhotnými či s dětmi, útěk k pracovní aktivitě, neochota o problému mluvit či jeho tajení.

Dopad neplodnosti na partnerský vztah je samozřejmě obsahem mnohých výzkumných prací. Nelze pochybovat o tom, že tato životní situace má na partnerský vztah významný vliv. Nemůžeme však s jistotou říci, zda kladný, či záporný.

Možnost léčby za pomoci ART nevyužijí všechny ženy, jimž byla diagnostikována neplodnost. McCarthy a Chiu (2011) měli ve své studii tři skupiny žen s potížemi s neplodností, které navzájem srovnávali, a sice:

- ženy léčící se pro neplodnost, kdy léčba úspěšná byla,
- ženy, které se pro léčbu neplodnosti rozhodly, ale léčba úspěšná nebyla,
- ženy volící život bez léčby.

První skupina ze všech tří vnímala rodičovství jako nejdůležitější a vykazovala také vyšší životní spokojenost. Ženy, které se rozhodly neléčit, vnímaly rodičovství jako méně zásadní součást svého života a současně byly v životě méně spokojené a méně si sebe sama vážily, než tomu bylo u léčících se žen z úspěšné i neúspěšné léčby (McCarthy & Chiu, 2011).

Johansson a Berg (2005) zkoumali prožívání bezdětnosti u žen dva roky po skončení in vitro fertilizace (IVF). Objevili pět hlavních oblastí, kterými se většina dotazovaných žen ve svém životě zabývá:

- bezdětnost je stále ústřední otázkou jejich života,
- IVF vnímají jako pozitivní a důležitou součást života, období léčby IVF vnímají jako plné naděje,
- kontakt s jinými lidmi pro ně není až tak důležitý,
- stále ještě pro ně existuje naděje na dosažení těhotenství, přestanou věřit až s příchodem menopauzy,
- pokouší se najít jiný smysl svého života prostřednictvím různých činností, např. cestování.

Většina žen pociťovala velikou lítost nad tím, že jsou bezdětné, nad nemožností reprodukce a nemožnost naplnit si možnost rodičovské role (Johansson & Berg, 2005).

1.7.3. Role psychologa v neplodnosti a její léčbě

Odborná lékařská péče zaměřená na fyzickou oblast neplodnosti je samozřejmá, poradenská a psychoterapeutická péče při léčbě neplodnosti je už mnohem vzácnější. Aktuální světový trend v léčbě neplodnosti ale hovoří o potřebě integrativního přístupu. Například ve Švýcarsku či Německu je takto ideálně péče o neplodné klienty pojímána.

Medikalizací neplodnosti dochází nevědomky k ignorování emocionálních reakcí páru. Ukázalo se, že psychologické zásahy, hlavně ty zaměřené na zvládání stresu a copingové strategie, mají pozitivní vliv na pacienty s neplodností. Pacienti léčící se pro neplodnost často vykazují větší míru úzkosti a depresivních symptomů, což vede k řadě problémů, s nimiž je mimo jiné konfrontován také zdravotnický tým, a které ovlivňují ukončení léčby a možná negativně také šance otěhotnět. Cousineau a Domarová (2007) navrhuje integrovat do týmu zdravotníků také odborníky poskytující odbornou psychosociální pomoc.

Klienti u nás, kteří se léčí pro neplodnost, jsou z velké části odkázáni převážně na pomoc privátních psychologických či psychoterapeutických ambulancí. Tuto pomoc si buď vyhledávají sami, nebo jsou přímo odkazováni na tento druh pomoci ošetřujícími lékaři, protože centra asistované reprodukce, která nabízejí vlastní psychologickou pomoc klientům přímo v centru, jsou v menšině.

Jak se vyslovují výzkumy k odborné psychologické pomoci a svépomoci při neplodnosti a její léčbě? Wischmann a Stammer (2010) ve své studii, která pracovala s 1000 páry zatím marně plánující početí, ze kterých se část účastnila terapeutických konzultací a část ne, ukázala, že terapeuticky či poradensky pracovat na stresu plynoucího z absence otěhotnění vede ke snížení tohoto stresu, ale ke zlepšení pravděpodobnosti početí tato aktivita nevede. Jak u párů, které se snažily vyrovnat se s neplodností svépomocí, tak u párů spolupracujících s odborníky, bylo konečné číslo překonání neplodnosti stejné, jednalo se přibližně o 25 % případů. Domarová a Kellyová (2004) dospěly k podobnému závěru. Jejich léčba MBMI (Mind/body treatment of infertility patients) výrazně nezvyšovala šance na otěhotnění, zásadně ale přispěla ke zmírnění distresu plynoucího z neplodnosti a její léčby.

Jak tedy v neplodnosti prakticky funguje psychologie? Psycholog nebo terapeut by se měl s klientem především potkat na tom úseku cesty k rodičovství, kde se právě v tu danou chvíli klient nachází. Měl by pomoci klientovi objevit různé možnosti, jak se stát rodičem a navigovat ho, jak jednat se svým okolím (Hart, 2002).

Psycholog se setkává s pacienty řešícími různé potíže v souvislosti s neplodností, jako např. neúspěšný IVF cyklus, potrat, přijetí či nepřijetí dárcovského vajíčka, spermií nebo embrya, chronickou nemoc ve spojení s neplodností, neplodnost jako důsledek diagnózy rakoviny, náhradní mateřství či objevování života bez dětí. Řeší také, jestli léčbu začít či skončit.

Zajímavé je se podívat na skončení léčby. Ukončení léčby je citlivé místo, kterému se nedostalo patřičné pozornosti ve výzkumech. Je velice těžké ukončit léčbu, uznat, že všechno doposud vynaložené úsilí se nesetkalo s úspěchem, veškerá fyzická i psychická zátěž byla marná, a že pár již žádné další možnosti asistované reprodukce nevyužije. Pár se zaobírá otázkami, co kdyby byl další pokus úspěšný? Co tomu dát ještě jednu šanci? Úplně poslední!? Nemáme k dispozici žádnou normu nebo pravidlo, které by napovědělo, kdy nadešel vhodný čas léčbu ukončit. Rozhodnout se je velmi složité, poslední slovo ovlivňuje vyjádření lékaře a subjektivní hodnocení pacienta.

Důvodem ke skončení léčby můžou být finanční náklady na léčbu, věk pacientky, vliv léčby na pracovní život, ohrožení integrity partnerského vztahu, nebo když se pacienti vnímají silně ohrožení po fyzické či psychické stránce. Více stresu a depresivních stavů zažívají pacienti, kteří se pro ukončení léčby dobrovolně nerozhodli, než ti, kteří dospěli při rozhodování o konci léčbě k oboustranné dohodě (Cousineau & Domar, 2007).

Jak píše Boivin a Takefman (1996), malá naděje vkládaná do léčby, společně s nízkým očekáváním, jsou při rozhodování o konci léčby silným protektivním faktorem, protože pacienti s tímto postojem poslední fázi léčby procházejí snáze. Naopak pacienti silně motivovaní, kteří o léčbě pozitivně smýšlí a jsou optimističtí, velmi špatně snášejí rozhodnutí s léčbou přestat.

Pacienti mohou vyhledat buď psychologické poradenství či psychoterapii. Poradenství je vhodné jako příprava na konkrétní medicínskou léčbu (např. IVF) nebo třeba při řešení vztahových nebo emocionálních problémů. Můžeme tedy říci, že poradenství je popůrná činnost obnášející rady a vedení, zatímco psychoterapie je forma léčby zacílená na psychiatrické či emociální potíže za použití široké škály technik (Burns, Resolve Fact Sheet Series). Poradenství v neplodnosti či v oblasti reprodukčního zdraví nemusí nutně vykonávat jen psycholog. Často se mu věnují také psychiatři, sociální pracovníci, rodinní a pároví terapeuti, duchovní či zdravotní sestry. Tato práce obnáší vzdělání v oblasti psychologie a reprodukční medicíny, popř. alespoň v práci se somatickými pacienty.

Poradenství v neplodnosti (Burns, Resolve Fact Sheet Series) se zabývá následujícími oblastmi. Pomáhá při získávání informací pro informované rozhodnutí v léčbě neplodnosti, asistuje u rozhodnutí týkající se léčby, pomáhá zvládat léčbu, chce přivést klienta k pochopení a zvládnutí jeho emocionálních reakcí na neplodnost a psychických obtíží, snaží se omezit negativní vliv neplodnosti na vztah s partnerem, rodinou, kolegy a

přáteli, je nápomocné při objevování jiných alternativ podoby rodiny, učí klienta redukovat stres, úzkost a depresivitu, komunikovat efektivněji s rodinou, přáteli, partnerem a lékařským personálem, bojovat s velkým množstvím smutku pramenícím z neplodnosti a pracuje s dalšími psychickými obtížemi jako jsou poruchy příjmu potravy, deprese, úzkost a záchvaty paniky.

Poradenství či psychoterapie může probíhat v bud' s jedním z páru nebo oběma, krátkodobě či dlouhodobě. Můžeme se také setkat s podpůrnými skupinami, které jsou často vytvořeny jako specializované skupiny zaměřující se na určitou oblast (např. potrat, adopční řízení).

Jako primární léčbu u poruch plodnosti psychoterapii využíváme v případech potíží psychického charakteru, tj. např. u poruch erekce u mužů či vaginismu u žen (Řežábek, 1999). Jako doplňková léčba slouží psychoterapie ale i u ostatních poruch plodnosti.

Čepický (2011) psychoterapii sterilnímu páru doporučuje, ale nikoli jako léčbu neplodnosti, nýbrž jako prevenci (a terapii) sekundárních následků neplodnosti (a léčby neplodnosti, např. reakce na neúspěch cyklu asistované reprodukce).

Klimeš (2009) v případě neplodnosti doporučuje postiženým sestavit si krizový plán. Jak píše, čekat na zpožděný vlak není nijak zvláště příjemná situace a všichni si uvědomujeme, že i když bychom chtěli, aby vlak přijel dříve, nejsme schopni příjezd uspišit. Takovýto pohled na situaci zcela chybí u dlouhodobě neplodných osob. Jejich myšlenky a úvahy jsou svázány představou nedostupného dítěte a nezdravě se upínají na měsíční cyklus, kdy se střídají dvě fáze - očekávání a zklamání. Můžeme u nich vidět způsob myšlení typický pro hazardní hráče. Malé výhry a lehké záchvěvy naděje, třeba zpráva o otěhotnění, která ale vyústí spontánním potratem, přivádí tyto postižené do euforických stavů, které u sebe pozoruje hráč, když se z automatu začnou sypat mince. O to horší jsou pak pocity, když tato naděje skončí.

Klimeš (2009) zmiňuje, že pár by měl mít při hrozící dlouhodobé neplodnosti naplánované důležité milníky, měl by jednoduše vědět, co dělat v té či oné situaci. Kupříkladu, že si pár na léčbu ART vyčlení následující tři roky nebo určí maximální počet pokusů a sumu, kterou je ochoten do léčby investovat, a kterou nepřekročí. Je dobré také s partnerem hovořit o dalších možnostech aktuálních až v budoucnosti, jako je přijetí dárcovských spermií nebo adopce.

Pokud se např. asistovaná reprodukce nepodaří, pár se může rozhodnout pro náhradní rodinnou péči. Zároveň s asistovanou reprodukcí se bude zajímat i o náhradní rodinnou péči, tedy bude o ní studovat informace a může se mimo jiné zúčastnit vzdělávacího kurzu. Je také vhodné, když se pár věnuje dobrovolné činnosti s dětmi, mohou vést např. nějaký zájmový kroužek. Cílem je, aby v době neplodnosti byli v kontaktu s dětmi, což alespoň částečně mírní prožívanou frustraci. Tento postup ale většinou u neplodných párů nepozorujeme. Mnoho párů popisuje, jak je pozvolné vyprchání naděje na biologického potomka je emocionálně náročné. Chybí v něm totiž výrazný zlomový bod! Proto se neplodným párům doporučuje, aby se drželi předem stanovených předsevzetí a pravidelně bilancovali svůj život (Klimeš, 2009).

Shrnutí

Diagnózu neplodnost pár nejčastěji slyší po jednom roce nechráněného pohlavního styku o dostatečné frekvenci, v jistých případech tomu tak může být i po čase kratším. Následují základní specializovaná vyšetření s cílem odhalit příčinu neplodnosti. Lékařská věda doposud popsala a prozkoumala celé spektrum možných příčin neplodnosti.

Co se týká psychologie, podíváme-li se na vliv psychiky jako příčiny neplodnosti, není situace tak jednoznačná. Pohled na tuto problematiku prošel vývojem, kdy nejprve se díky vlivu psychoanalýzy předpokládalo, že neplodnost má psychogenní původ, posléze se jasně oddělily psychogenní a fyziologické příčiny, následně byl psychologický původ neplodnosti odmítnut a nakonec uznán model cyklický. Ten se snaží propojit psychologické obtíže pramenící z neplodnosti s jejich zpětným působením na snahu o početí a léčbu a zároveň vnímá roli stresu v průběhu léčby neplodnosti. Žádná z výše uvedených teorií nebyla s jistotou prokázána či vyvrácena a každé je také připisován odlišný význam.

Když již známe diagnózu, můžeme navrhnout vhodný léčebný postup. Neplodnost hodnotíme jako náročnou životní situaci, která je velmi zatěžující pro oba partnery, protože je vždy nemocí páru. Z povahy léčby větší zátěž padá na ženu. Neplodnost znamená fyzické obtíže způsobené vyšetřovacími a léčebnými metodami a také určité komplikace praktického rázu. Je důležité zmínit také psychosociální aspekty, které jsou s neplodností a její léčbou spojeny. Zkušenost s neplodností se dotýká také pojetí vlastní identity, mateřství, rodičovství, sebeúcty a sebedůvěry. Může mít vliv na partnerský

vztah, byť ne vždy jen v negativním smyslu, dále také na rodinné, přátelské a pracovní vztahy. Především déletrvající neplodnost a její léčba je obdobím velkého emočního vypětí.

Při snaze uchopit tak komplikované téma, jakým je neplodnost, narážíme na mnoho protichůdných pohledů na tuto oblast. Žádný však neodporuje názoru, že osobní zkušenost s neplodností a její léčba, znamenají pro postižené velmi náročnou zkušenost.

2. Depresivní onemocnění

Přestože je tato diplomová práce zaměřena na vztah typu LOC na výskyt depresivity u neplodných osob, považujeme za důležité uvedení některých termínů deprese ve smyslu psychického onemocnění včetně jeho diagnostických kritérií. To je důležité především pro rozlišení mezi běžnou (normální) úrovní depresivní symptomatiky, která bude analyzována v empirické části této práce u žen léčících se pro neplodnost a zdravých žen, a příznaky, které již signalizují depresivní poruchu ve smyslu patologie. Přechod mezi normální hladinou depresivní symptomatologie a psychickou poruchou přitom může být velmi plynulý.

Depresivní porucha může postihnout kohokoli. Je to jedna z nejrozšířenějších nemocí, která jde často ruku v ruce s dalšími vážnými onemocněními. V posledním čase se deprese dostává do popředí zájmů, a to z několika důvodů. V současné době ve vyspělých zemích pět z deseti hlavních příčin způsobující neschopnost (*disability*, kterou WHO definovala jako omezení či ztrátu schopnosti zabývat se normálními aktivitami z důvodu dané poruchy) tvoří psychické poruchy (World Federation of Mental Health, 2012). Také ekonomické důsledky deprese jsou enormní.

Očekává se, že v roce 2020 bude deprese druhou vedoucí příčinou neschopnosti, morbidit a mortality ve světě, hned za ischemickou chorobou srdeční. Strategie, jak zamezit tomuto vývoji, spočívá v posunutí diagnostiky a léčby depresivní poruchy na úroveň primární péče, k lékařům prvního kontaktu (World Federation of Mental Health, 2012).

2.1. Definice

World Federation of Mental Health (2012) definuje depresi jako chorobný stav projevující se depresivními rysy. Typický je smutek, pesimismus, ztráta zájmu a potěšení, pocity viny, méněcennosti, vtíravé myšlenky, poruchy spánku či chuti k jídlu,

pocity únavy a snížená koncentrace. Deprese může zásadně ovlivnit schopnost člověka vyrovnat se s nároky běžného života a postarat se sám o sebe, bývá často doprovázena úzkostnými příznaky a v krajním případě může skončit sebevraždou.

Depresivní epizoda/fáze je výskyt jediné epizody deprese. Po odeznění příznaků se nemusí nikdy vrátit. Podle intenzity a množství příznaků rozlišujeme mírnou, střední a těžkou formu deprese (Orel, 2012). Depresivní epizoda/fáze by měla trvat minimálně dva týdny (Raboch, 2012).

Termín deprese je často používán chybně. Lidé jej často užívají při hodnocení svého psychického stavu, třeba v případě, kdy se jim v daný den určitá věc nedaří nebo se aktuálně necítí psychicky zcela dobře. Tyto případy lépe vystihuje depresivní rozlada, která má s depresí jako duševní poruchou pramálo společného.

Depresivní poruchu je zásadní oddělit také od běžného (normálního) smutku, který můžeme pozorovat například v podobě truchlení po smrti blízké osoby. Smutek v porovnání s depresí trvá přiměřeně dlouho a člověk se svým okolím díky němu zažívá spíše sblížení. Tento smutek je přirozený a patří k životu. Naopak chorobná nálada - deprese, znamená více než běžná zkušenost trpícího člověka. Druzí ji nevnímají jako rozumem odůvodnitelnou, a také její délka a hloubka přesahuje normální smutnou náladu. Trpícího jedince pak od okolí spíše izoluje (Honzák, 1999).

2.2. Epidemiologie

V kterémkoli okamžiku na světě má 340 milionů lidí depresi. Prevalence depresivních poruch se těžko určuje z důvodu různých způsobů diagnostiky nebo rozdílných kritérií. Jak píše Češková (2012), celoživotní prevalence deprese je přibližně 16%, tyto údaje jsou podobné jak v USA, tak v Evropě, nejnižší výskyt deprese je v Japonsku a Číně (1-2 %).

Daňková (2005) uvádí odlišná čísla šetření výskytu deprese v 27 zemích, kdy depresí trpí přibližně 12% populace. Porovnání České republiky s ostatními zeměmi ukázalo, že se zde deprese vyskytuje spíše pod průměrnou hodnotou - u 7,8 % obyvatel. Nejvíce nemocných s depresí najdeme v USA a Nizozemsku, nejméně pak v Japonsku. Tato data jsou výsledkem výběrového šetření. Demografický informační portál upozorňuje, že data mohou být zkreslena skutečností, že účastnit se šetření, kde je třeba uvědomit si a přiznat svoje potíže, je ochotna jen určitá oblast lidí.

Cikrt (2000) píše, že klinická forma deprese postihuje 5 % české populace, přičemž více jsou ohroženy ženy. Nějakou formu unipolární deprese prodělá v životě kolem 20 % žen oproti 10 % mužů, neboť ženy mají k depresi větší genetické dispozice. Dystimií (mírnější depresivní nálada s delším trváním) trpí 3-5 % populace.

Depresivní porucha se často objevuje v mladém věku a často se vrací. Nejvíce postižených depresí je ve věku 25-44 let, podstatně nižší procento depresí vzniká ve věku nad 65 let (Smolík, 2002). WHO řadí k rizikovým faktorům pohlaví, chudobu, sociální nevýhody (např. nízký stupeň vzdělání, genetické predispozice, expozice násilí, být rozvedený nebo žít odděleně a chronické onemocnění) (World Federation of Mental Health, 2012).

Je důležité zmínit ještě **rekurentní depresivní poruchu**. Pro depresi je typická recidiva, s tendencí k chronicitě. Dlouhodobé sledování ukazují, že výskyt jedné depresivní epizody je vzácný, riziko rekurence je přibližně 50% (Češková, 2012).

Psychotická deprese znamená též výskyt dalších příznaků - bludů (nejčastěji mikromanické - když nezemřu, bude konec světa) a halucinací. **Atypická deprese** se vyskytuje u mladších pacientů, jsou pro ni typické vegetativními symptomy, zvýšená spavost a chuť k jídlu. **Sezonní deprese** se typicky rozvíjí na podzim, přetrvává přes zimu a na jaře obvykle ustupuje. **Sekundární depresivní porucha** vzniká v důsledku jiné duševní nebo tělesné choroby. Když se u jednoho pacienta střídají jak depresivní, tak manické epizody, jedná se o bipolární afektivní poruchu (Raboch, 2012).

2.3. Příznaky

Deprese má tři základní komponenty - somatickou, výkonnostní a afektivní. K somatickým příznakům patří poruchy spánku, změny chuti k jídlu nebo poruchy sexuální apetence. Mezi afektivní komponenty řadíme symptomy vyjadřující poruchy nálady. Výkonnostní komponentou souboru symptomů deprese jsou příznaky vztahující se například ke změnám psychomotorického tempa, zvýšené únavnosti nebo ztráty energie (Raboch & Zvolský, 2001).

Pro depresi je typická depresivní nálada v délce alespoň dvou týdnů, hodnocená subjektivně nebo objektivně. Depresivní nálada je charakteristická smutkem, ztrátou zájmů, potěšení a spontánní motivace. Depresivní nálada je nejintenzivnější ráno - mluvíme o tzv. ranních pesimech. Mezi další příznaky patří pocity ztráty energie provázené ztrátou výkonu, výrazné pesimistické ladění, časté pocity viny, bezcennosti,

bezvýchodnosti. Deprese má vliv na koncentraci pozornosti, snižuje mentální výkon, je provázená anhedonií, úzkostí, strachem a iritabilitou. U deprese pozorujeme také sníženou chuť k jídlu, která se může projevit poklesem tělesné hmotnosti, část nemocných ale naopak depresivní symptomatiku „zajídá“, u nich se tedy hmotnost zvyšuje. Běžné jsou poruchy spánku, změny psychomotorického tempa - útlum nebo agitovanost (Raboch & Zvolský, 2001).

Somatický syndrom se může nebo nemusí u depresivní poruchy vyskytovat. Některé příznaky deprese jsou všeobecně brány za zvlášť klinicky významné a nazýváme je „somatické“. Pro definování somatického syndromu je nutná přítomnost alespoň čtyř z následujících příznaků (Smolík, 2002):

- ztráta zájmu a hedonie,
- nedostatek emočních reakcí,
- ranní probouzení,
- ranní pesima,
- porucha psychomotoriky ve smyslu jasné retardace či agitovanosti,
- ztráta chuti k jídlu,
- úbytek hmotnosti,
- ztráta libida.

Deprese může mít letální průběh, odhaduje se, že až 15 % postižených spáchá sebevraždu (Raboch, 2012). Asi 2/3 nemocných uvádí myšlenky na sebevraždu. Těžké deprese nejsou spojovány s dostatečnou energií a motivací k impulzivnímu či násilnému chování. Překvapivě až se zlepšením stavu může nemocný získat sílu k realizaci suicida (Češková, 2012).

2.4. Klasifikace

V současnosti se již neuvádí dělení na endogenní a larvovanou depresi. Endogenní deprese označovala těžší formy deprese bez zjištěných zevních příčin. Larvovaná deprese označovala tělesné obtíže, které se nepojí se změnou nálady, ale průběhem, prognózou a odpovědí na léčbu depresi připomínaly. Dnes jsou tyto poruchy zařazeny mezi somatoformní poruchy (Smolík, 2002).

Klasifikaci depresivní poruchy najdeme v MKN - 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize) a v DSM (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti - 4. revize). Klasifikace vychází ze základního projevu - depresivních epizod, které jsou vymezeny okruhem příznaků (Smolík, 2002).

Podle závažnosti dělíme depresivní poruchu na lehkou, střední a těžkou. Oba manuály pracují s přítomností/nepřítomností somatického syndromu (v DSM-IV melancholických rysů) a psychotických příznaků (odpovídajících/neodpovídajících náladě). DSM-IV navíc pracuje ještě s charakteristikami chronicity, katatonními rysy, atypickými rysy, se začátkem po porodu. Opakují-li se depresivní epizody, klasifikujeme pak Rekurentní depresivní poruchu. Podle manuálu DSM-IV patří mezi Depresivní poruchy také Dystymní porucha (Dystymie) (Smolík, 2002).

2.5. Diagnostika a léčba

Rozhodující a nejdůležitější je včasné rozpoznání deprese, či její rozpoznání vůbec. Teprve pak může být deprese léčena. Nemocní se především obrací na lékaře prvního kontaktu, ti by měli depresi poznat a umět ji léčit. Přitom se ukazuje, že značná část praktiků depresi neobjeví, a to bohužel ani ti cíleně proškolení. Předepisují pacientům pouze benzodiazepiny, analgetika popř. antidepressiva v nedostačujících dávkách. To má často za následek přerušování léčby, návštěvy mnoha lékařů a velké množství vyšetření pátrajících po somatickém onemocnění. Deprese má velký vliv na zdraví populace a na finanční výdaje za zdravotní péči (Češková, 2012).

V diagnostice deprese je zásadní vyloučit somatické příčiny deprese. Je mnoho tělesných a neurologických chorob, léků a návykových látek, které mohou imitovat obraz deprese (Češková, 2001).

K hodnocení depresivní poruchy jsou často používány různé škály - sebesuzovací a posuzovací. V zahraničí i u nás používaná, osvědčená, citlivá, validní, vhodná i pro východní kultury je Beckova sebesuzovací škála depresivity (BDI, Beck Depression Inventory). Zungova dvacetipoložková sebesuzovací škála deprese (Zung Self Rating Depression Scale) zjišťuje míru deprese dotazovaného na čtyřbodové škále. Sebehodnotící škály jsou vhodné u méně intenzivní poruchy, určité míry kooperace a vzdělání.

Hamiltonova škála pro depresi (HAMD, Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression) má 21 položek a škála Montgomeryho a Asbergové (MADRS, Montgomery Asberg Depression Rating Scale) 10 položek (Roth, Preiss & Urbanová, 1999).

Diferenciální diagnostice deprese se blíže věnuje Smolík (2002), etiologii a patogenezi (Orel, 2012; Smolík, 2002), prognóze (Češková, 2012; Smolík, 2002) a biologické a nebiologické terapii depresivní poruchy (Češková, 2012; Kryl, 2006).

Deprese, ať se jedná o depresivní epizodu či o periodickou depresivní poruchu, je dobré léčit nejenom farmakoterapeuticky, ale také psychoterapeuticky. Tato kombinovaná léčba je prokazatelně úspěšnější než použití pouze jen jedné z této metod. Léky velmi účinně bojují s příznaky nemoci, psychoterapie zase pomáhá osvětlit, co se s člověkem děje, učí, jak se vyrovnat s příznaky a problémy v životě, a následně trénuje dovednosti, které mohou v budoucnu předcházet rozvoji nové epizody (Češková, 2012).

K dispozici máme velké množství navzájem se lišících psychoterapeutických systémů. Problematická je otázka průkaznosti účinnosti podle kritérií evidence - based medicine. Postupy jsou určeny různorodými teoretickými základy a s jejich výsledky pak pracujeme za pomoci rozdílné metodiky (Kryl, 2006).

2.6. Depresivní porucha podle Aarona T. Becka

Vidíme jako důležité stručně nastínit některé Beckovy poznatky, které se týkají deprese a jeho zkušeností s pacienty trpícími depresí. Beck využil svých vědomostí a poznatků o depresi mimo jiné při tvorbě dotazníku BDI (Beck Depression Inventory).

Beck k teoretickému i prakticky využitelnému modelu deprese přispěl zejména tím, že podrobně popsal její jednotlivé fáze z hlediska závažnosti. Na začátku své praxe byl ovlivněn psychoanalýzou. Ta depresi viděla jako „*výsledek potlačeného nepřátelství, jež se obrátí proti člověku samému a bere na sebe podobu potřeby trpět*“ (Hunt, 2000, pp. 553). Člověk pak dosáhne uspokojení této potřeby prostřednictvím chování, které ve druhých vyvolává odmítání a odsuzování (Hunt, 2000). Z této definice Beck vycházel a snažil se o její empirické ověření. Během pozorování a následné analýzy ale zjistil, že lidé s depresí svým chováním, ať již na více či méně vědomé úrovni, chtějí přijetí a potvrzení druhými (Hunt, 2000). Všiml si také, že jeho pacienti vnímají velmi negativně seba sama, okolní svět a budoucnost, dále také vykazovali značný rozpor mezi svým přehnaně negativním sebehodnocením a objektivní skutečností, která o nich vypovídá jinak (Beck, 1972).

Popsal tedy u depresivních pacientů typické vzorce myšlení, které pojmenoval jako „**kognitivní triádu**“, kterou vystihují následující tři tvrzení:

- Lidé v depresi interpretují veškeré události ve svém životě jako převážně negativní.
- Nemají se rádi.
- Svou budoucnost rovněž vnímají negativně (Beck, 1972).

Tento negativní způsob hodnocení sebe i okolního světa vede u jedinců s depresí k dalším vnitřním maladaptivním, automatickým formulacím a představám, které je zásadní odhalit během terapie a dopomoci pacientovi k jejich přehodnocení logickým a empirickým testováním - tzv. „**kognitivní restrukturalizací**“ (Beck, 1970).

Kromě „kognitivní triády“ identifikoval Beck u svých pacientů ještě přítomnost jistých dysfunkčních postojů, o nichž soudí, že jsou hlavní příčinou depresivních pocitů. Označuje je jako „**kognitivní omyly**“ (Prochaska & Norcross, 1999). Patří k nim:

- **Přílišné zobecňování** - lidé s depresí se domnívají, že negativní zkušenost z jedné situace se přenáší i do dalších, byť jen trochu podobných.
- **Selektivní zkreslování** - nezdary si jedinec velmi dobře pamatuje, pozitivní a úspěšné jednání zapomíná, neúspěchy jsou tak jediným měřítkem sebe sama.
- **Přílišná zodpovědnost** - jedinec je přesvědčen o tom, že může za všechny špatné věci, neúspěchy a negativní události ve svém životě.
- **Vztahovačnost** - pacienti s depresí si myslí, že se jim dostává pozornosti zejména v těch případech, kdy se jim něco nedaří.
- **Dichotomie myšlení** - osoby s depresí na svět nazírají černobíle - vše je buď dobré nebo špatné.

Beck (1972) také sestavil následující výčet atributů, které typicky doprovázejí depresivní onemocnění, a které jej odlišují od běžných depresivních rozlad:

- **Specifické změny nálady** - smutek, apatie, pocit osamělosti.
- **Negativní sebepojetí** - sebeobviňování a sebevyčítání.
- **Regresivní přání a represivní sebehodnocení** - jedinec chce uniknout, skrýt se či dokonce zemřít.

- **Vegetativní změny** - nechutenství, nespavost, ztráta sexuální apetence.
- **Změny v hladině aktivity** - zpomalení nebo naopak agitovanost.

Beck se zabýval otázkou, jestli už pouhé změny nálady, které u sebe občas pozorují i zdraví jedinci, mohou souviset s abnormálním stavem - například mírnou hladinou deprese (Beck, 1972). Toto přemýšlení dovedlo Becka k tvorbě sebeposuzovacího dotazníku - Beckova inventáře deprese, který se orientuje na zhodnocení jednotlivých symptomů deprese z hlediska jejich intenzity a hloubky. Posouzení závažnosti fáze deprese považoval Beck za zásadní nejen pro diagnostiku, ale také z důvodu volby vhodné terapie (léčby). Z hlediska intenzity příznaků dělí Beck depresi do tří kategorií (fází): mírná deprese, střední deprese a těžká deprese (Beck, 1972).

Beck také popsal typické příznaky u pacientů s depresí - smutná nálada, snížení potěšení, ztráta emočních vazeb, oslabení vůle, vyhýbání se, únik, snížení touhy, zvýšená závislost, únava, plačtivost, negativní pocity vůči sobě, snížené sebehodnocení, negativní očekávání, sebekritika, pocit viny, nerozhodnost, zkreslení obrazu vlastního těla, suicidální přání, ztráta libida (Beck, 1972).

2.7. Deprese a neplodnost z různých úhlů pohledu

2.7.1. Deprese jako příčina neplodnosti

Kauzální role psychologické poruchy ve vývoji neplodnosti je stále ještě předmětem debaty. Otázka, zda psychika může nebo ovlivňuje proces početí, vystupuje převážně v případech nevysvětlitelné (idiopatické) neplodnosti, kde lékaři nedokáží jasně určit biologickou příčinu.

Více studií ukázalo, že depresivní ženy postupující léčbu neplodnosti pomocí metody IVF měly menší pravděpodobnost otěhotnět, než ženy bez deprese podstupující stejný typ léčby (Demyttenaere et al. 1992, Thiering et al. 1993).

Otázku, zda prožívaný stres, úzkost a deprese během léčby neplodnosti může ovlivnit její úspěch, si položila Domarová a Kellyová (2004). Po studiu této oblasti přišly s vlastní léčbou neplodnosti - MBMI (Mind/body treatment of infertility patients). Tato léčba pacientek se sníženou neplodností snižuje jejich psychologické problémy a zvyšuje mírně šance na otěhotnění.

Studie zabývající se MBMI pracovala se 185 ženami, které se pokoušely otěhotnět po dobu jednoho až dvou let a rozdělila je do tří skupin (10- týdenní skupina MBMI, 10-týdenní podpůrná skupina a kontrolní skupina s běžnou péčí). Během sledování rok po skončení programu otěhotnělo 55 % žen z MBMI skupiny, 54 % žen z podpůrné skupiny a v kontrolní skupině to bylo 20% žen. Kromě těchto výsledků, pacientky z MBMI skupiny hovořily oproti ostatním skupinám o významném zlepšení psychického stavu – deprese, úzkost a hněv se zmírnily.

Podobnou otázkou se zabýval výzkum Thieringa et al. (1993), který se pokoušel zjistit, zda úzkost a deprese ovlivňují početí. Vliv úzkosti na početí nebyl prokázán, ale bylo zjištěno, že ženy s depresí mají výrazně nižší šanci otěhotnět, než ženy bez deprese.

Lapane et al. (1995) provedli studii 58 žen, která ukázala dvojnásobné riziko neplodnosti u žen s historií depresivních symptomů. Nicméně výzkumníci nebyli schopni ošetřit další proměnné, jako kouření, užívání alkoholu, snížené libido a body mass index, které mohou zásadně ovlivnit plodnost. Domarová a Kellyová (2004) dospěly ke stejnému výsledku, jejich studie také ukázala, že u žen s příznaky deprese existuje oproti zdravým ženám poloviční pravděpodobnost, že otěhotní.

Boivin, Griffiths a Venetis (2011) ve své metaanalýze, která vycházela ze čtrnácti studií o celkovém počtu 3583 respondentek, dospěli k tomu, že nelze prokázat, že existuje rozdíl v míře deprese u žen, které před zákrokem otěhotněly a těmi, které ne, i když v některých dílčích studiích tyto závěry vyvozeny byly.

Vědci dospěli k závěru, že míra úspěšnosti high-tech léčby neplodnosti může být nepříznivě ovlivněna psychickým stresem, ukazuje se, že psychický stres může poškodit reprodukční schopnosti a mít významný nepříznivý dopad na úspěšnost in vitro fertilizace. Depresivní symptomy zase mohou snižovat účinnost léčby neplodnosti.

Chiaffarino et al. (2011) měl ve své studii tisíc párů, které vyhledali poprvé pomoc centra asistované reprodukce v léčbě neplodnosti. Zajímal se o prevalenci a incidenci deprese a úzkosti u žen, kterou měřil Zungovo škálou deprese. Depresivní symptomy vykazovalo 17,9 % žen, úzkostné symptomy pak 14,7 % dotázaných žen. Vyšší míru subjektivních obtíží vykazovaly velmi mladé ženy, dále páry, které se již delší čas léčí pro neplodnost a páry s více neúspěšnými pokusy.

Ebbesen et al. (2009) se zabýval výskytem negativních životních událostí, které se udály v období jednoho roku před léčbou neplodnosti. Předpokládali, že stres může mít vliv na plodnost - např. může dojít k přerušení menstruačního cyklu nebo odpověď vaječníků na léčbu IVF a embryotransfer může být slabší. Zkoumal tři oblasti - negativní životní události (List of Recent Events - LRE), míru stresu (Perceived Stress Scale - PSS - 10) a výskyt depresivní symptomatiky (Beck Depression Inventory - BDI - II). Zjistil, že ženy, které se těhotenství po IVF a embryotransferu dočkaly, vykazovaly během uplynulého roku menší počet negativních stresujících zážitků. Ve výsledcích ostatních škál ale žádné významné statistické rozdíly nenašel.

Rádi bychom ještě upozornili na skutečnost, že samotné otěhotnění nelze bez jistých připomínek brát jako pozitivní výsledek léčby. Metody asistované reprodukce, především IVF, značně zvyšují riziko mimoděložního těhotenství, předčasného porodu, porodu mrtvého plodu, porodu císařským řezem, zamlklého těhotenství, také riziko potratu je v případě otěhotnění za pomoci IVF 24 - 30 %. Další riziko představuje například nízká porodní váha dítěte, které je oproti přirozenému otěhotnění až 5x vyšší a vyšší je také pravděpodobnost vícečetného těhotenství (Marcus, 2011). Otěhotnění tedy ještě nutně neznamená porod živého dítěte ani z pohledu možných psychologických faktorů, které mohou být minimálně spolučinitelem v případě neúspěšně ukončeného těhotenství (Chvála et al., 1991).

Je velmi obtížné zkoumat vztah psychických charakteristik v souvislosti s příčinou neplodnosti, protože existuje obrovské množství proměnných vstupujících do tohoto vztahu, které by bylo třeba obsáhnout. Musíme zmínit následující fakta, které mohou mít zásadní vliv, i když není snadné je ve výzkumu eliminovat, stejně tak jako ani ve výzkumu in vivo není reálné je ošetřit. To může být také důvod, proč se výzkumy často orientují na metodu umělého oplodnění, protože to představuje alespoň sjednocení metody léčby. Následující připomínky se přímo vážou k metodě umělého oplodnění a bezprostředně ovlivňují výsledek léčby. Levi-Setti et al. (2003) významný vliv na dosažení otěhotnění za pomoci metody IVF a embryotransferu připisují více faktorům - věku ženy a kvalitě oocyty, kvalitě laboratoře, zkušenostem personálu, typu kultivačního média, zkušenostem operátora, stimulaci kontrakcí dělohy během embryotransferu, typu použitého katétru a dalším lékařským úkonům v průběhu embryotransferu, dále také bakteriální kolonizaci cervixu nebo délce časového intervalu určeného k odpočinku po embryotransferu. Věk ženy samozřejmě můžeme změřit, další zmiňované faktory je

však velmi náročné postihnout. Jde o hodně náročný úkol, který s sebou nese nemálo otázek při zamyšlení nad výsledky a jejich interpretaci.

Zmíněné studie můžeme vztáhnout čistě jen k vlivu deprese na výsledek léčby, protože tyto studie se zabývají ženami podstupujícími nějaký druh léčby. Ženy, které pomoc nevyhledají, nejsou nijak zachyceny (Greil, 1997). Je tedy obtížné hovořit o depresi jako o příčině neplodnosti obecně.

2.7.2. Deprese jako důsledek léčby neplodnosti

Peterson et al. (2014) ve své studii zjistil, že depresivní symptomy souvisejí s distresem pramenícím z neplodnosti u obou partnerů v neplodném páru. Deka a Sarma (2010) popisují depresi jako častý důsledek neplodnosti. Jak píše, řada studií ukázala prevalenci deprese u žen se sníženou plodností v rozmezí 15-54 %. Je jasné, že diagnóza neplodnosti, stres z léčby a deprese v anamnéze jsou rizikové faktory pro rozvoj deprese v budoucnosti u těch, kdo se léčí pro neplodnost.

Newton, Hearn a Yuzpe (1990) zkoumali úroveň úzkosti a deprese před a po IVF cyklu. Neúspěšný cyklus IVF se stal příčinou zhoršení deprese a úzkosti jak u žen, tak i u mužů. Cousineau a Domarová (2007) zjistili, že po neúspěšném IVF cyklu je po uplynutí 18 měsíců 66 % žen a 40 % mužů depresivních. Podobné výsledky získali ve své studii i Hynes a Callan (1992), kteří navíc zjistili i významné snížení sebevědomí. Dlouhodobý neúspěch v léčbě neplodnosti a stále se prohlubující stav deprese mohou ženu dovést k řešení nepříznivé situace sebevraždou (13 % z 47 žen) (Baram et al., 1988).

Ramezanli a Kargar (2014) hovoří o 48 % žen, které jsou po neúspěšné léčbě depresivní. Většina žen se sníženou plodností shledává neplodnost jako nejhorší zážitek svého života a vykazuje rovnocennou úroveň úzkosti a deprese jako například ženy s rakovinou, HIV či onemocněním srdce. Obecně hladina distresu u žen se sníženou plodností vrcholí mezi 2. a 3. rokem (Domarová, 2000).

Alhassan, Ziblim a Muntaka (2014) provedli studii, ve které bylo 100 neplodných žen dotazováno po dobu pěti měsíců pomocí BDI. 62 % žen bylo depresivních. Míra depresivity byla vyšší u žen s nižším vzděláním, nezaměstnaných žen, žen s primární neplodností a žen neplodných déle než tři roky. Ženy, které při boji se stresem pramenícím z léčby neplodnosti volí strategii úniku a izolace, častěji upadají do deprese (Collins et al., 1992).

Chen et al. (2004) diagnostikovali ve svém výzkumu depresivní poruchu u 17 % žen se sníženou plodností, Yu-Chen, Hui-Lan a Shi-You (2012) u 12 % žen. Gengxiang et al. (2014) zkoumal 280 žen podstupujících IVF. Zjistil, že deprese byla přítomna u 22,6 % žen. Prevalence deprese byla vyšší u žen, které byly vdané osm a více let, ženy, které se léčily s neplodností déle jak šest let, ženy s nízkým měsíčním příjmem a popřením jako strategií zvládnání.

Moafi, Dolatian a Alimoradi (2014) na základě literatury publikované v letech 2000-2014 na téma neplodnost, sociální a psychosociální podpora došli k výsledku, že neplodné ženy častěji trpí depresí, pokud se jim nedostává sociální opory. Málo sociální opory během léčby také vede k většímu stresu, úzkosti, bezmoci, stigmatizaci, vztahovým, sexuálním a sociálním problémům, nižšímu self-esteem, kvalitě života a kompliance, může také stát za rozhodnutím přerušit léčbu.

Sobati, Khaefi a Sabeti (2015) píší, že některé studie poukazují na vyšší míru deprese u neplodných žen, jiné studie zase rozdíl ve výskytu deprese a úzkosti u plodných a neplodných žen neodhalily. Uvádějí, že deprese u neplodných žen může být spojena s příčinou neplodnosti a délkou jejího trvání, dále také se vzděláním a profesí ženy.

K podobným výsledkům došla i studie Downeyho et al. (1989), která srovnávala neplodné ženy s ženami v běžné gynekologické péči. Obě skupiny se zásadně nelišily v partnerské spokojenosti, sexuálnímu fungování nebo self-esteem. Rozdíl výzkumníci neobjevili ani v míře psychiatrické symptomatologie a aktuálně nebo dříve prožívané depresivní epizodě.

Neplodnost je velmi komplexní problém, složitý a emočně nabitý stav a do výsledku studií může zasahovat vliv mnoha proměnných, proto je z mnoha důvodů obtížné výsledky zobecnit.

2.8. Locus of control v souvislosti s depresí a neplodností

2.8.1. Co rozumíme pod pojmem locus of control

Jedno z nejčastěji uváděných pojetí atribučních teorií je bezesporu koncepce „locus of control“ (dále jen LOC) Juliana Rottera týkající se místa řízení. Termín „locus of control“ nebývá většinou překládán, pokud ano, lze se setkat s překlady např. „lokalizace kontroly (Kebza 2005, pp. 96) a „místo kontroly“ (Hošek, 1997, pp. 58). V práci tento

termín nepřekládáme, používáme jej v původním anglickém jazyce, i když za nejlepší překlad považujeme „místo řízení“.

Rotter (1966) přišel s jednodimenzionálním modelem vnímaného řízení, kdy atribuce může být buď interní (vnitřní), nebo externí (vnější). Tento model se těší velké oblibě a je hojně využíván ve spojení s osobnostními charakteristikami. Rotter také vytvořil vlastní teorii osobnosti, která zahrnuje následujících šest kategorií potřeb: potřeba uznání, vlivu a moci, nezávislosti, ochrany a závislosti, lásky a přijetí, potřebu tělesného pohodlí a pohody (Baštecká & Goldmann, 2001).

Pojetí LOC vychází z předpokladu, že mezi lidmi je rozdíl v generalizovaném očekávání a přesvědčení, jak jsou determinováni ve svém chování a jeho důsledcích. Jedinci s vnější (externí) LOC, tzv. externalisté, věří, že jejich život determinují vnější okolnosti, šťastná náhoda, osud či silné osobnosti a oni sami na něj nemají zásadnější vliv. Domnívají se, že výsledky jejich činnosti nezávisí na jejich cílevědomém úsilí, ale právě na vnějších faktorech, které se vymykají jejich vlivu. Zároveň se jim výsledky jejich činnosti jeví jako nevyzpytatelné, nekontrolovatelné, považují je za věc náhody či štěstí. Jedinci s vnitřní (interní) LOC, tzv. internalisté, vnímají závislost jejich života hlavně na svých schopnostech, úsilí a aktivitě, jsou přesvědčeni, že mají život pevně ve svých rukou. Věří, že mohou řídit dění kolem sebe, že dokáží zvládat většinu na ně kladených požadavků tím, že vykonají, co je třeba (Kebza, 2005). Výsledky svého jednání považují za předpověditelné (Svoboda, 1999).

Osoby s vnitřní lokalizací kontroly se ve stresové situaci zaměřují na řešení problému, osoby s vnější lokalizací reagují spíše emocionálně (Declerck et al. 2002). Podstatným aspektem této koncepce je faktor zodpovědnosti za výsledky vlastních činů. Vnitřní LOC (internalismus, internalita) je spojován se zodpovědností, vnější LOC (externalismus, externalita) naopak souvisí s obviňováním ostatních (Baštecká & Goldmann, 2001). Za proměnné, které významně ovlivňují LOC, je považováno pohlaví, věk, příslušnost k minoritní skupině a socioekonomický status. Významnou roli hrají také pracovní podmínky a nezaměstnanost (Gil-Lacruz & Gil-Lacruz, 2010).

Jinými slovy u každého člověka sledujeme určitý trvalý sklon hodnotit některé příčiny důležitých událostí dle oblasti vlivu jako více či méně podstatné, kdy jedna oblast může být přeceňována a druhá zase podceňována. Tomuto jevu se psychologie věnuje již od padesátých let minulého století. Pojmy, které jsou s ním ve vztahu, jsou „příčinné přisuzování“ (causal attribution - Heider 1958), „motiv kompetence“ (competence

motive - White 1959), naučená bezmoc“ (learned helplessness - Seligman 1975), „vlastní účinnost“ (self-efficacy - Bandura 1977), „přisuzovací styl“ (attributional style), osobní příčinná orientace (personal causality orientation - Weiner, Deci, Ryan) aj. Je důležité podotknout, že zmíněné koncepty jsou z velké míry propojené (Mikšík, 2007).

Mezi LOC a zdravím můžeme nalézt určité souvislosti. LOC představuje nejen protektivní prvek ovlivňující osobní pohodu, ale také salutoprotektivní prvek. Konstrukt LOC může být použit při ovlivňování chování a přesvědčení souvisejícími se zdravím (Kebza, 2005). Vnitřní LOC stojí za efektivnějším zvládnutím náročných životních situací v podobě aktivních, samostatných, sebevědomých a účelných stylů zvládnutí.

Jedinci s interním LOC si oproti lidem s externím LOC celkově snáze udržují své zdraví, je pro ně typické preventivní chování jako strategie předcházení nemocí, nemoc chápou jako důsledek svého chování (např. nezdravý životní styl, nevhodná strava, zdravotní oslabení) a při zvládnutí nemoci se spoléhají na vlastní kompetence. Internalisté jsou oproti externalistům spíše schopni nemoc přijmout, vyrovnat se s ní a spolupracují při rehabilitaci. Externalista se domnívá, že jeho zdraví je ovlivňováno vnějšími silami a odpovědnost za něj přisuzuje vnějším autoritám a činitelům. Za příčinu svého onemocnění považuje vnější okolnosti, nemoc je tak podle jeho přesvědčení způsobena např. nešťastnou náhodou, nakažením od ostatních či nevhodnou lékařskou péčí. Pokud se stává pacientem, pak je spíše pasivním příjemcem nemoci. Třetí typ interpretace se zakládá na transcendentálním rozměru a vyskytuje se ve větší míře u osob s náboženským vyznáním. Faktory mající vliv na zdraví a nemoc stojí mimo jedince a kontrolu nad nimi on sám nemá, nemá je ani autorita či společenská síla. Nemoc se tak může jevit jako trest, či „dědičný hřích“. (Sarafino, 2005).

Výzkumy, které se zabývají tzv. health LOC ukazují, že pacienti s interním LOC oproti pacientům s externím LOC vyhledávají více informace o svém zdraví, vykazují pozitivnější zdravotní chování, pozitivněji hodnotí svůj zdravotní stav po lékařském zásahu, dodržují doporučení zdravotníků a řídí se vlastními režimy péče, což predikuje pozitivní výsledky léčby (Gil - Lacruz & Gil - Lacruz, 2010).

Nemocní při interpretaci svých obtíží kombinují všechny výše zmíněné tři typy interpretací. Nemůžeme tedy předpokládat, že by se jeden typ vyskytoval v čisté ideální podobě. Zahraniční výzkumy ukázaly, že neexistují signifikantní rozdíly mezi nemocnými podle pohlaví, vzdělání či rodinného stavu (Křížová, 2005).

Hodně výzkumů dokumentuje benefity vnímané kontroly při odpovědi na stres (Averill, 1973; Thompson, 1981). Laboratorní studie pracující se stresory jako jsou elektrické šoky, hlučné výbuchy či ponoření do ledově studené vody, spojují vnímanou kontrolu se zvýšenou tolerancí k bolestivým a škodlivým podnětům (Kanfer & Goldfoot, 1966; Kanfer & Seider, 1973; Staub, Tursky & Schwartz, 1971), slabší fyziologickou odpovědí (Geer, Davison & Gatchel, 1970), menší úzkostí (Holmes & Houston, 1974; Houston, 1972) a méně fyzickými symptomy (Pennebaker, Burnam & Harper, 1977). I studie mimo laboratoř ukázaly, že větší kontrola může redukovat negativní reakce na stres. Například Langer a Rodin (1976) zjistili, že obyvatelé domu pro seniory, kterým v rámci experimentu poskytli jistou míru kontroly nad jejich prostředím, byli čilejší a spíše se podíleli na plánování různých činností, ve srovnání s těmi obyvateli, kterým větší kontrolu výzkumníci nedali. Hobfoll a Lerman (1988) studovali vzorek Izraelských matek, které zažívaly stres kvůli nemoci svého dítěte. Ženy, které u sebe vnímaly vysoký stupeň všeobecné kontroly nad svým okolím a budoucími událostmi, pociťovaly méně stresu a více spokojenosti s jejich sociální oporou než ženy vnímající menší kontrolu.

Psychologové zdraví se také zabývali rolí kontroly ve vztahu ke zdraví (Michela & Wood, 1986; Wallston et al., 1987) a provedli mnoho studií zaměřených na vztahy mezi kontrolou nad zdravím a psychickým přizpůsobením. Taylor, Uchtmann a Wood (1984) zjistil, že pacientky s rakovinou prsu, které věřily, že mohou kontrolovat svoji nemoc, vykazovaly signifikantně lepší přizpůsobení. Další studie se věnovala pacientům s revmatoidní artritidou a došla k podobným výsledkům. Pacienti, kteří cítili kontrolu nad léčbou, vykazovali lepší přizpůsobení (Affleck, Tennen & Fifield 1987). Tyto výsledky společně s těmi laboratorními podporují tvrzení, že vnímaná kontrola je adaptivní.

Některé výzkumy se ale vyslovují o tom, že vnímaná kontrola nemusí být vždy výhodná. Wortman a Brehm (1975) navrhuje, že největší přizpůsobení nekontrolovatelné situaci se děje v podobě její akceptace. Pokus získat či obnovit kontrolu může vést k odložení přijetí situace a oddálení copingu. Takže vnímaná kontrola může mít jak své výhody, tak také nevýhody.

2.8.2. Locus of control a deprese

Podíl internality a externality ve vztahu k depresi je již delší čas řešenou otázkou. Starší metaanalýza Benassiho, Sweeneyho a Dufoura (1988) ukázala, že vyšší externalita je spojena s vyšší mírou deprese.

Existuje cirkulární vztah mezi externím místem řízení a depresí, jak píše Jaswal a Dewan (1997). Deprese jako klinický symptom je úzce spojena s místem řízení. Externí nízké očekávání osobní kontroly a pocity bezmoci vedou k depresi. A naopak deprese vede k pasivitě, nerozhodnosti, bezmoci a beznaději, takže jedinec se ani nepokouší získat nové zážitky, které by mu přinesly pocit úspěchu. Autoři dále rozlišují kongruentní a defenzivní externalisty. Kongruentní externalisté věří, že jsou kontrolováni abstraktní mocí - „chance“, jako je osud nebo náhoda, jejich chování je pasivní. Defenzivní externalisti jsou ti, které kontroluje nějaká konkrétní moc v podobě rodičů, učitelů či zaměstnavatele - „the powerful others“, druzí lidé, a jejich chování je aktivní a orientované na výkon. S tímto rozlišením na „trojí styl atribučování“ (internalitu, externalitu - druzí lidé, externalitu - osud, náhoda) pracuje také Balcar (1996) a Gil-Lacruz a Gil-Lacruz (2010). Jaswal a Dewan (1997) také dospěli k podobným výsledkům jako předchozí studie. Jejich vzorek 139 dívek ukázal negativní korelaci mezi depresí a internalitou a pozitivní korelaci mezi externalitou („powerful others“ a „chance“). Autoři tedy vztah objevili, každopádně korelační koeficienty nejsou nijak vysoké, také zdůrazňují, že jak místo řízení, tak depresi ovlivňuje velké množství proměnných a především, korelace nutně nemusí implikovat kauzalitu. Píší, že deprese může být jak příčina, tak následek externího místa řízení.

Zawawi a Hamaideh (2009) zkoumali ve své studii 492 studentů, zajímali se o prevalenci depresivních symptomů, jejich korelaci s LOC a životní spokojeností. Výsledky ukázaly, v návaznosti na předchozí studie, signifikantní negativní vztah mezi interním místem řízení a depresí. Externí LOC („powerful others“) nebyl ve vztahu s depresí, zatímco externí místo řízení („chance“) signifikantně pozitivně korelovalo s depresí.

Friedland (1992) zkoumal vysokoškolské studenty v podmínkách velkého stresu. Tato situace vedla k tomu, že se studenti více spoléhali na štěstí, než v nestresové situaci.

Aarts et al. (2015) zkoumal vztah mezi depresí, copingovými strategiemi a místem řízení u pacientů s rakovinou. Zjistil, že aktivní copingová strategie, na rozdíl vyhýbání, stejně tak jako vyhledávání sociální opory, vede k menšímu riziku rozvoje deprese. Překvapivě interní locus of control byl spojen s vyšším rizikem deprese, externí locus of control („powerful others“) představoval nižší riziko deprese.

Podobně studie Gibsona et al. (2013), která u 143 pacientů se srpkovitou anémií zkoumala místo řízení, depresivitu a životní spokojenost, ukázala, že interní místo řízení není spojené s lepší kvalitou života a méně depresivními symptomy. Ty se více vyskytovaly u lidí s externím místem řízení (typu „other people“).

2.8.3. Locus of control a neplodnost

Neplodnost je definována také jako ztráta kontroly nad plodností. Doposud se jen nemnoho systematických empirických výzkumů věnovalo tomu, jak se objektivní skutečnost neplodnosti překládá do subjektivní zkušenosti osobní kontroly. Na jednu stranu jsou si neplodní jedinci bolestivě vědomi neschopnosti kontrolovat svoji plodnost, a tento nedostatek kontroly může zvyšovat psychologický distres. Na druhé straně se mezi sebou mohou neplodní jedinci výrazně odlišovat v tom, jak interpretují svůj neúspěch ve snaze otěhotnět. Někteří kladou velký důraz na dostupné možnosti pro zvýšení šance otěhotnět, spíše než aby se zabývali minulými neúspěchy při svých pokusech počnout. Obzvláště pro ty, kteří jsou vytrvalí ve snaze otěhotnět, je zásadní, že jejich úsilí může nastalou situaci změnit (Campbell, Dunkel-Schetter & Peplau, 1991).

Není náročné si představit, proč léčba neplodnosti může vyvolat ztrátu kontroly. Pár musí řešit s lékařským personálem detaily svého sexuálního života, také léčebné zásahy do načasování a frekvence styku jsou běžné. Takovéto jednání narušuje vnímání kontroly páru nad jejich soukromím a sexuálním životem (Mathews & Mathews, 1986). Sofistikované postupy asistované reprodukce vyžadují expertní přístup od lékařského personálu, zatímco neplodný pár se podílí aktivně na léčbě jen velmi omezeně. To také může změnit vnímání kontroly neplodného jedince nad situací neplodnosti.

Valentine (1986) vyvodil z rozhovorů s neplodnými páry, že jedna z nejzásadnějších ztrát, kterou jim neplodnost přináší, je ztráta kontroly nad jejich tělem. V dospělosti se totiž podstatnou část svých reprodukčních let snažíme vyhnout nechtěnému těhotenství, a proto posléze neschopnost kontrolovat možnost otěhotnět je pro neplodné páry zdrojem velkého stresu. Platt, Ficher a Silver (1973) také došli k tomu, že neplodní jedinci prožívají ztrátu kontroly. Neplodné páry srovnávali s páry bez problémů s početím a zjistili, že neplodnost postižení jedinci vnímají mnohem častěji jako situaci, kdy jsou kontrolováni vnějšími silami. Výsledky své studie vědci shrnuli tak, že zkušenost ztráty kontroly nad plodností může změnit celkové vnímání množství kontroly v životě neplodného jedince obecně.

Studie McMahona et al. (2003) ukázala, že ženy, které otěhotněly pomocí IVF, měly většinou externí místo kontroly, což autoři interpretují jako výsledek nutnosti podrobit se množství lékařských zásahů, aby k otěhotnění došlo.

Studie Aflaksiera a Masoumeha (2013), jejímž cílem bylo předpovědět míru stresu spojenou s místem řízení u 120 žen léčících se pro neplodnost v Shirazu, ukázala, že externí LOC („chance“) a délka trvání neplodnosti je signifikantní prediktor distresu spojeného s neplodností. Zbylé dva typy místa řízení - interní a externí („powerful others“) nepředpovídaly míru prožívaného stresu.

WHO (2009) dokonce uvádí externí místo řízení jako jednu z možných příčin vzniku neplodnosti.

Jedinci, kteří vyhledají léčbu neplodnosti, nemají nikdy jistotu, jestli počnou a tato nejistota může ovlivňovat změny vnímání osobní kontroly. Zatímco někteří jedinci věří, že mohou udělat jen velmi málo pro to, aby změnili svoji situaci, jiní jsou přesvědčeni, že mohou zásadně zvýšit šance na otěhotnění změnou svého chování, např. tak, že budou držet nějakou dietu, budou přesně dodržovat plán léčby, budou usilovat o udržení pozitivního přístupu k celé situaci, apod. Výzkum vnímané kontroly u neplodnosti tak vede k dalším otázkám. Mění nejistota početí způsob, jak neplodní jedinci nazírají na svoji osobní kontrolu nad celou situací? Mění se míra vnímané kontroly s ohledem na psychické přizpůsobení se neplodnosti?

Folkmanová (1984) také přispěla ke studiu kontroly. Zdůrazňuje důležitost dvou odlišných typů kontroly, generalizovaném přesvědčení o kontrole a situačně-specifickém hodnocení kontroly. Vzhledem k druhému typu vyvstává důležitá otázka „kontroly nad čím“? Zmiňuje, že v každé situaci je často více než jen jedna možnost kontroly. To znamená, že jedinec nad jedním aspektem situace může vnímat kontrolu, ale nad dalším ne. S dalším rozlišením kontroly přišla Thompsonová (1981), která definovala „behaviorální kontrolu“, jako víru, že jedinec má k dispozici behaviorální odpověď, která může změnit nastalou situaci a „kognitivní kontrolu“, kdy má jedinec k dispozici kognitivní strategii.

Výzkum Campbellové, Dunkel-Shetterové a Peplauové (1991) se ptal respondentek, které se léčily pro neplodnost za pomoci IVF, na behaviorální a kognitivní kontrolu pravděpodobnosti, že otěhotní, léčby neplodnosti a jejich emocionálních reakcí na

neplodnost. Odpovědi ukázaly překvapivě pestré možnosti kontroly žen procházejících IVF.

Odpovědi týkající se behaviorální kontroly nad otěhotněním nejčastěji obnášely vzdání se cigaret, alkoholu a jiných návykových látek, pokusy zdravě se stravovat, dodržovat cvičební plán a snahu co nejméně se stresovat. Položky týkající se kognitivní kontroly nad těhotenstvím zahrnovaly ženami zmiňovanou důležitost smýšlení a přístupu k otěhotnění. Hodně žen zmiňovalo pozitivní naladění, protože spatřovaly souvislost mezi jejich duševním rozpoložením a fungováním těla. Otázky, jak mohou kontrolovat svoji léčbu, ženy nejčastěji zodpovídaly možnostmi výběru lékaře, lékařského centra či typu léčby. Mohou si také vyhledávat informace ohledně možností léčby. Zvládat negativní pocity dokázaly nejčastěji ženy díky hledání informací, sociální opoře a zaměření se na cíl mít vlastní dítě. Většina respondentek udávala, že má určitou perspektivu co se týče léčby, nebo je ochotna změnit způsob přemýšlení nad celou situací neplodnosti.

2.8.4. Vztah locus of control, deprese a neplodnosti

Výzkum, zabývající se neplodností, místem kontroly a depresivitou byl proveden Campbellovou, Dunkel-Schettrovou a Peplauovou (1991). Přesněji zkoumaly vnímanou kontrolu a přízpůsobení neplodnosti u žen procházejících IVF. V rámci mapování přízpůsobení zkoumaly přítomnost depresivity a vnímanou kvalitu života. Co se týče depresivity, ženy vykazovaly jen mírně vyšší hodnoty než kontrolní soubor zdravých žen, zároveň však výrazně nižší než psychiatrická populace žen. Když se podíváme na kvalitu života, ženy byly se svým životem „většinou“ spokojené. S ohledem na místo řízení u žen z tohoto výzkumu autorky objevily vyšší míru interní orientace.

Výzkum Paulsona et al. (1988) srovnával skupinu 150 žen s diagnostikovanou neplodností s 50 zdravými ženami, skupiny byly sjednoceny věkem a délkou manželství. Výzkumníci u souboru zkoumali úzkost, depresi, místo řízení a sebepojetí. Obě dvě skupiny skórovaly podobně, neplodné pacientky nevykazovaly signifikantně větší emoční nepřizpůsobení své situaci.

Sobati, Khaefi a Sabeti (2015) píší, že neplodnost může způsobit změnu místa řízení. Ve svém výzkumu zkoumali u 312 osob (163 žen a 149 mužů léčících se pro neplodnost) depresivitu a místo řízení. Objevili negativní vztah mezi interním místem řízení a depresí, pozitivní korelaci mezi externím místem řízení („powerful people“) a depresí a

slabou pozitivní korelaci mezi externím místem řízení („chance“) a depresí. Výsledky regresní analýzy ukázaly, že zdroj interní a externí kontroly je prediktor deprese.

Shrnutí

Téma neplodnosti v souvislosti s depresí je velmi diskutovanou oblastí.

Na vztah neplodnosti a deprese pohlížíme z různých úhlů pohledu. Je možné, že deprese ovlivňuje plodnost jako takovou a je také možné, že má určitý podíl na neúspěchu léčby. Pozornost je věnována i depresi pramenící z přítomnosti diagnózy neplodnosti i nároků léčby. Ve všech třech případech nemůžeme říci, že by mezi jednotlivými výzkumy panovala shoda. Nicméně vyloučit nebo potvrdit působení deprese jako příčiny neplodnosti ani její vliv na úspěch léčby se zatím nepodařilo.

V otázce deprese jako důsledku léčby není situace o moc jasnější, na základě dosavadních studií této oblasti nelze s jistotou říci, zda s léčbou neplodnosti souvisí zvýšená míra prožívané depresivity. Každopádně neplodnost je zdroj distresu, zůstává ale otázkou, zda neplodný pár prožívá větší distres než běžná populace. Některé studie také dospěly k závěrům, že depresivní symptomy mohou snižovat úspěšnost léčby neplodnosti.

Léčba neplodnosti běžně vyvolává ztrátu kontroly. Diagnostické procedury a celkově podoba léčby je invazivní, technicky komplikovaná a pro laika náročná na pochopení. Místo řízení, jako subjektivní přesvědčení o schopnosti kontroly a ovládání své činnosti, nejen ve vztahu k neplodnosti a depresi, představuje salutoprotektivní prvek a prvek ovlivňující osobní pohodu. Konstrukt místa řízení může být uplatňován při ovlivňování a chování a přesvědčení souvisejícími s neplodností.

Výsledky studií zabývající se interakcí místa řízení a neplodnosti jsou nejednoznačné. U žen podstupujících léčbu neplodnosti bylo zkoumáno místo řízení a míra depresivity. Bylo poukázáno na určitá propojení, která jsou uvažována jak v kontextu situace neplodnosti a její léčby, tak v závislosti na osobnostních charakteristikách. Můžeme se setkat jak se studii, které objevily vztah externího místa řízení a neplodnosti, tak studii, které neplodnost spojují s interním místem řízení.

Co se týká vztahu místa řízení a deprese, obojí je ovlivněno velkým množstvím proměnných, a doposud se nepodařilo s jistotou prokázat, zda s depresí souvisí interní či externí místo řízení a zda je deprese příčina či následek konkrétního typu místa řízení.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Cíl výzkumu

Ani v závislosti na mnohaletém výzkumu nedokážeme s určitostí říci, jakou konkrétní roli hraje deprese v etiologii neplodnosti či jaký podíl má na úspěchu či spíše neúspěchu léčby (Greil, 1997). Nicméně je evidentní, že samotná přítomnost diagnózy neplodnosti i její léčba jsou náročným životním obdobím. Dále také víme, že míra prožívané depresivity může souviset s „locus of control“ (dále LOC).

Výzkumné studie se často zaměřují na skupinu žen podstupující léčbu in vitro fertilizace a embryotransfer. My se nezaměřujeme na tak úzkou skupinu žen, neklademe si za cíl odhalit příčinu neplodnosti nebo vliv deprese a místa řízení na výsledky léčby.

Cílem výzkumu je zachytit míru depresivity a rozložení místa řízení u žen zdravých a žen podstupujících léčbu neplodnosti. Doufáme, že výsledky naší práce by mohly obohatit zmíněnou oblast zejména na poli psychologické intervence.

Klademe si tři výzkumné otázky:

1. Jaká je míra depresivity u žen léčících se pro neplodnost a u zdravých žen?
2. Jak vypadá rozložení LOC u těchto dvou skupin žen?
3. Je možné objevit vztah mezi mírou depresivity a LOC u žen léčících se pro neplodnost a u zdravých žen?

Zároveň formulujeme následující výzkumné hypotézy:

H0(1): Míra depresivity není signifikantně vyšší u žen léčících se pro neplodnost než u zdravých žen.

HA(1): Míra depresivity je u žen léčících se pro neplodnost signifikantně vyšší než u zdravých žen.

H0(2): Mezi ženami léčícími se pro neplodnost a zdravými ženami není statisticky významný rozdíl na škále LOC.

HA(2): Mezi ženami léčícími se pro neplodnost a zdravými ženami existuje statisticky významný rozdíl na škále LOC.

H0(3): U žen léčících se pro neplodnost a u zdravých žen nepozorujeme statisticky signifikantní vztah mezi externím LOC (vyšším skóre) a depresivitou měřenou BDI-II.

HA(3): U žen léčících se pro neplodnost a u zdravých žen pozorujeme statisticky signifikantní vztah mezi externím LOC (vyšším skóre) a depresivitou měřenou BDI-II.

2. Sběr dat

Data pro základní soubor (dále ZS) byla sbírána v období od listopadu 2014 do dubna 2015. Materiály byly distribuované v papírové podobě touto cestou:

- kurzy hormonální jógové terapie a hormonální jógy – značná část účastnic se věnuje cvičení právě kvůli naději na zlepšení plodnosti, oslovovali jsme pouze ty účastnice, které se léčily pro neplodnost,
- gynekologická ambulance MUDr. Iveta Haouiiová.

Respondentky pro výběrový soubor jsme získali za pomoci tří metod výběru. První představoval výběr respondentů zprostředkovaný institucí - je to zvláštní druh metody záměrného (účelového) výběru. Ta patří k nejrozšířenějším a spočívá ve vyhledávání takových účastníků výzkumu, kteří splňují předem stanovené kritérium (Miovský, 2006). Kritérium pro zařazení do výzkumného souboru bylo to, zda se žena léčí pro neplodnost.

Další použitou metodou byl příležitostný výběr výzkumného souboru, který spočívá ve využití různých příležitostí, které se v průběhu výzkumu nabízejí, k tomu, aby byli získáni noví účastníci (Miovský, 2006.). Těmito příležitostmi byl např. kontakt s osobami doposud neznámými. V praxi to byli známí mých přátel, s nimiž neudržuji osobní kontakty.

Úlohu doplňkové metody pak sehrála metoda sněhové koule (snowball sampling), která se zakládá na motivaci osoby příslušející ke sledované cílové skupině k výběru dalších osob, které spojuje podobný profil a které navíc, tak jak ona, souhlasí s účastí ve výzkumu (Miovský, 2003). Metoda sněhové koule zahrnuje také prvky účelového výběru, který prakticky spočívá v podmínění účasti osoby ve výzkumu tím, jestli je nositelem předem dané charakteristiky. Formulace této charakteristiky zněla, že se musí jednat o ženu léčící se pro neplodnost.

Část materiálů byla respondentkám předána v obálce mou osobou, část zdravotní sestrou a zbytek pak prostřednictvím dalších osob (mé respondentky získávaly další za pomoci metody sněhové koule), s prosbou o navrácení po vyplnění. Obálka obsahovala průvodní text s popsáním účelu výzkumu, anamnestický dotazník, inventář BDI-II a I-E škálu. Z celkových 130 distribuovaných obálek se vrátilo 89. Návratnost tedy činila 68%. Tuto hodnotu nemůžeme brát jako návratnost dotazníků respondentkami, protože v ordinaci MUDr. Haouiové nebyly rozdány všechny obálky. Za vyplnění všech materiálů byla respondentkám nabídnuta možnost obdržet výsledky I-E škály. Tuto možnost využilo celkem 35 respondentek. Výsledky byly zpracovány pro každou respondentku individuálně a zaslány e-mailem.

Data pro kontrolní soubor (dále KS) zdravých žen byla sbírána v období od června 2014 do listopadu 2015. Kontrolní soubor je vyrovnán celkovým počtem respondentek a počtem respondentek v jednotlivých věkových kategoriích. Podmínkou účasti v kontrolním souboru bylo, že se jedná o ženu, která se v době předání dotazníku, a ani v minulosti, neléčila pro neplodnost. Metody pro sběr dat u kontrolního souboru jsou shodné jako u výběrového souboru, tedy záměrný výběr přes instituci (studentky kombinovaného oboru Psychologie - Arteterapie na Jihočeské Univerzitě, kde jsem respondentky několikrát navštívila během sobotního vyučování a oslovovala je během volna ve výuce), dále příležitostný výběr a snowball sampling. Materiály jsem distribuovala osobně v papírové podobě s prosbou o navrácení po vyplnění (kromě metody sněhové koule). Obálka obsahovala průvodní text s popsáním účelu výzkumu, anamnestický dotazník, inventář BDI-II a I-E škálu. Celkem jsem rozdala 141 dotazníků, z nichž se vrátilo 98 kusů, návratnost tedy je 70%. Od některých respondentek se mi vyplněný dotazník nevrátil, popř. ty respondentky, které přislíbily jej poslat dál (metoda sněhové koule) jej dál nepředaly. Respondentky měly také možnost dostat po vyplnění e-mailem výsledky I-E škály, čehož využilo 29 žen.

Všechny materiály jsou umístěny v příloze diplomové práce. Průvodní text pod označením příloha č. 1, anamnestický dotazník pro výběrový soubor jako přílohy č. 2-6, anamnestický dotazník pro kontrolní soubor jako přílohy č. 7-8, I-E škála jako přílohy č. 9-11 a BDI-II jako přílohy č. 12-13.

3. Charakteristika souborů

Finální podobu VS představuje 58 žen, které aktuálně procházejí léčbou neplodnosti. Pro to, aby mohly být zařazeny do výzkumného vzorku, byla jako základní podmínka určena doba léčby pro neplodnost a doba snahy o početí s následujícími parametry. Minimální doba snahy o koncepci 12 měsíců, minimální doba léčby 4 měsíce. Stanovení minimální doby snahy o koncepci je dáno samotnými definicemi neplodnosti. Doba léčby byla určena jako objektivní kritérium vycházející z charakteristik získaného souboru. Ženy v léčbě kratší než čtyři měsíce často podstoupily jen základními vyšetřeními a většinou neměly dostatečnou zkušenost s léčbou neplodnosti. Stejného časového vymezení se ve své diplomové práci na podobné téma drží Kellnerová (2012). Dále jsme získávali informace o celé řadě charakteristik za účelem důkladného popisu souboru.

Z počtu 89 žen, od kterých jsme obdrželi vyplněné dotazníky pro výběrový soubor, bylo ze souboru vyřazeno celkem 31 respondentek, tři z důvodu těhotenství v době vyplnění materiálu, pět z důvodu krátké doby snahy o otěhotnění, pět z důvodu krátké léčby či absenci léčby, osm respondentek nevyplnilo dotazníky kompletně či jej vyplnilo chybně, jedna respondentka byla vyřazena z důvodu léčby pro náměsíčnost, další kvůli léčbě pro úzkostné stavy, čtyři respondentky kvůli léčbě jiného onemocnění (cukrovka, oslabená imunita, srdeční arytmie a lupénka). Ženy, které uvedly, že již mají děti, byly taktéž vyřazeny z výzkumného souboru, a to v počtu čtyř respondentek. Otázkou, zda tyto ženy v souboru ponechat či ne, jsme se dlouho zabývali a budeme se jí věnovat v diskuzi.

Dotazníky KS vyplnilo celkem 98 žen, z nichž jsme 40 respondentek vyřadili, dvě z důvodu těhotenství v době vyplnění dotazníku, 14 respondentek odevzdalo dotazník nekompletně či chybně vyplněný, devět respondentek bylo vyřazeno z důvodu péče psychologa či psychiatra, ať již dřívější, či v době vyplnění dotazníku (a to z následujících důvodů - nesoustředěnost, psychické potíže pramenící z náročného rozvodového řízení, schizofrenie, psychoterapie kvůli nezvládnutí otcovy smrti, psychoterapie z důvodu rodinných problémů, léky na spaní předepsané psychiatrem, psychiatrické péče kvůli mentální anorexii a bulimii, další pro zhroucení, pomoc při vyrovnání se se sebevraždou v rodině), 15 respondentek bylo vyřazeno z důvodu léčby různých onemocnění (nadváha, křečové žíly, astma, hypofunkce štítné žlázy, alergie, mozkový nádor, léčba zlomeniny stehenní kosti, anémie, skolióza, Leidenská mutace, poruchy menstruačního cyklu, nález na děložním čípku, epilepsie, atopický ekzém, opakované mykózy).

Ženy, které uvedly, že již mají děti, byly v KS ponechány. Otázkami, zda tyto ženy v souboru ponechat či ne, se budeme věnovat v diskuzi.

Věk žen ve VS se pohyboval v rozmezí od 24 do 38 let s průměrem 31,8 let. Nejsilněji je zastoupena věková kategorie 32-35 let, a to 20 respondentkami, následuje ji kategorie 28-31 let, která má 16 respondentek. Věková kategorie 24-27 let a stejně tak kategorie 36-39 let, byla zastoupena shodně 11 ženami. Domníváme se, že toto rozložení přibližně odpovídá reálnému věkovému složení pacientek (Rokyta, 2015).

V KS bylo nejmladší respondentce 25 let, nejstarší pak 39, průměrný věk činil 31,6 let. Počty respondentek KS v jednotlivých kategoriích byly shodné s VS. Detailnější informace o věkových charakteristikách je možné vidět v tabulkách 1, 2 a 3.

Tabulka 1: Základní charakteristiky souborů dle věku

| Věk | VS | KS |
|----------------|------|------|
| Minimum | 24 | 25 |
| Maximum | 38 | 39 |
| Průměr | 31,8 | 31,6 |
| Medián | 32,5 | 32 |
| SD | 3,9 | 4 |
| N | 58 | 58 |

Tabulka 2: Základní charakteristiky VS dle věkových kategorií

| Věková kategorie | Četnost | Procentuální četnost | Kumulativní četnost |
|------------------|-----------|----------------------|---------------------|
| 24 - 27 | 11 | 19 | 19 |
| 28 - 31 | 16 | 27,5 | 46,6 |
| 32 - 35 | 20 | 34,5 | 81,1 |
| 36 - 39 | 11 | 19 | 100 |
| Suma | 58 | 100 | |

Tabulka 3: Základní charakteristiky KS dle věkových kategorií

| Věková kategorie | Četnost | Procentuální četnost | Kumulativní četnost |
|------------------|-----------|----------------------|---------------------|
| 24 - 27 | 11 | 19 | 19 |
| 28 - 31 | 16 | 27,5 | 46,6 |
| 32 - 35 | 20 | 34,5 | 81,1 |
| 36 - 39 | 11 | 19 | 100 |
| Suma | 58 | 100 | |

Z hlediska nejvyššího dokončeného vzdělání je ve VS zastoupeno 24 ženami úplně dokončené střední vzdělání s maturitou, což je součet žen se střední školou a střením odborným učilištěm s maturitou. Vysokoškolaček je v tomto souboru 24. Dále je ve vzorku zastoupeno šest žen s dokončeným středním vzděláním s výučním listem, tři ženy s dokončeným vyšším odborným vzděláním a pouze jedna žena zastupovala kategorii základní školy jako nejvyššího dosaženého vzdělání.

V KS pak najdeme 16 žen s úplným dokončeným středním vzděláním, 36 vysokoškolaček, dvě ženy s dokončeným středním vzděláním s výučním listem, čtyři ženy s dokončeným vyšším odborným vzděláním a kategorie základní školy jako nejnižšího dosaženého vzdělání zůstala bez respondentky. Je patrné, že respondentky KS mají ve srovnání s VS vyšší dosažené vzdělání.

Český statistický úřad (2011a) udává, že národní průměr vysokoškolaček pro dané věkové kategorie činí přibližně 11,9 %, u žen středoškolsky vzdělaných je to pak 29,5 %. Těmto hodnotám VS neodpovídá v případě vyššího počtu žen s dokončeným středoškolským vzděláním. KS není ve shodě s daty statistického úřadu zase díky vyššímu procentu žen s dokončeným vysokoškolským vzděláním.

Tabulka 4: Charakteristiky souborů dle vzdělání

| Nejvyšší dosažené vzdělání | Četnost VS | Četnost KS |
|-----------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Základní škola | 1 | 0 |
| Střední odborné učiliště - výuční list | 6 | 2 |
| Střední odborné učiliště s maturitou | 4 | 2 |
| Střední škola | 20 | 14 |
| Vyšší odborná škola | 3 | 4 |
| Vysoká škola | 24 | 36 |
| Suma | 58 | 58 |

Ve VS převládaly ženy s bydlištěm v Praze v počtu 21, ve Středočeském a Jihočeském kraji to bylo shodně 13 žen, což se dá jistě připsat na vrub místu konání kurzů a umístění zařízení, kde byl prováděn sběr dat. Ostatní kraje byly zastoupeny ve VS i KS v menší míře. Respondentky KS pocházejí nejčastěji z Jihočeského kraje, a to konkrétně 25 žen, dále pak 15 žen pochází z Prahy a šest žen ze Středočeského kraje.

Tyto počty jsou dány místem sběru dat, kdy na kombinovaném oboru Psychologie - Arteterapie, jež byl hlavním zdrojem dat pro KS, značná část studentek dojíždí z Prahy a Středočeského kraje a podstatná část je z kraje Jihočeského.

Myslíme si, že bydliště zásadně neovlivňuje výsledky výzkumu, zároveň nejsme schopni vyloučit skutečnost, že má přesto nějaký vliv, a proto uvádíme v tabulce 5 kompletní přehled.

Tabulka 5: Charakteristiky souborů dle místa bydliště

| Kraj | Četnost VS | Četnost KS |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Hlavní město Praha | 21 | 15 |
| Středočeský kraj | 13 | 6 |
| Jihočeský kraj | 13 | 25 |
| Plzeňský kraj | 1 | 2 |
| Karlovarský kraj | 1 | 1 |
| Ústecký kraj | 2 | 2 |
| Liberecký kraj | 1 | 1 |
| Královéhradecký kraj | 1 | - |
| Pardubický kraj | - | - |
| Kraj Vysočina | 1 | 3 |
| Jihomoravský kraj | 1 | 2 |
| Olomoucký kraj | - | - |
| Zlínský kraj | - | 1 |
| Moravskoslezský kraj | 3 | - |
| Suma | 58 | 58 |

V našem souboru 46 žen (79,3 %) podstupovalo léčbu pro neplodnost primární, 12 žen (20,7 %) pro neplodnost sekundární. Konstrukce dotazníku mohla způsobit, že toto číslo nepodává přesnou informaci, protože v anamnestickém dotazníku jsme se ptali po přítomnosti potratu v anamnéze, je ale možné, že například narození mrtvého dítěte, které by také znamenalo diagnózu sekundární neplodnosti, nebylo zachyceno. Přehledné údaje o této charakteristice je možné vidět v tabulce 6.

Tabulka 6: Typ neplodnosti

| Typ neplodnosti | Četnost | Procentuální četnost |
|------------------------|----------------|-----------------------------|
| Primární | 46 | 79,3 |
| Sekundární | 12 | 20,7 |
| Suma | 58 | 100 |

V získaném souboru převládala neplodnost diagnostikovaná na straně ženy, a to v 27 případech (46,6 %). Druhým nejčastějším případem byla ve dvanácti případech neplodnost zastoupená mužským faktorem (20,7 %). Dále byla u deseti párů zastoupena společná příčina (17,2 %) a u devíti párů se jednalo o neplodnost bez objasněné příčiny (15,5 %). Popis souboru z hlediska příčiny neplodnosti je současně uveden v tabulce 7.

Tabulka 7: Příčina neplodnosti

| Příčina neplodnosti | Četnost | Procentuální četnost |
|------------------------------|----------------|-----------------------------|
| Bez objasněné příčiny | 9 | 15,5 |
| Ženská | 27 | 46,6 |
| Mužská | 12 | 20,7 |
| Společná | 10 | 17,2 |
| Suma | 58 | 100 |

Nejčastější příčiny neplodnosti u žen byly hormonální problémy, tedy problémy spojené se zráním a uvolňováním vajíčka, k nimž také řadíme syndrom polycystických ovárií. Tuto příčinu uvedlo 11 žen, u kterých byla zjištěna nějaká příčina neplodnosti. Osm žen udalo jako svoji diagnózu tubární faktor, kdy se jedná o poškození či neprůchodnost vejcovodů. Čtyři ženy uvedly jako příčinu neplodnosti endometriózu, dvě chromozomální poruchy vajíčka, tři ženy příčinu děložního původu (myomy) a další tři imunologickou reakci na sperma. V případě jedné ženy byla diagnostikována předčasná menopauza, u dvou žen problémy s uhnízděním vajíčka a u jedné ženy nepřítomnost cervikálního hlenu. Mnohonásobnou příčinu neplodnosti, tedy diagnózu, kdy nelze určit pouze jednu hlavní příčinu, uvedlo devět žen.

S ohledem na skutečnost, že o příčinách neplodnosti podávaly zprávu samy ženy, nemůžeme se tímto rozdělením stoprocentně řídit, ne snad z důvodu, že by respondentky neznaly svoji diagnózu, ale není jisté, zda znají všechny příčiny a především jestli je umí správně přiřadit k jednotlivým kategoriím. Toto jsme se snažili ovlivnit vhodným způsobem uspořádání anamnestického dotazníku.

Je důležité popsat soubor z hlediska příčiny neplodnosti, i když zůstává otázkou, jaký vliv má tento faktor na prožívání neplodnosti.

Minimální doba snahy o koncepci byla vzhledem k definici neplodnosti určena, jak jsme již psali výše, na 12 měsíců. Maximální délka léčby jedné pacientky byla 180 měsíců. Rozpětí doby léčby je tedy velké. Průměrná doba snahy o početí činí 43,3 měsíce. Základní charakteristiky jsou uvedeny v tabulce 8. Z tabulky 9 je pak možné udělat si představu o rozložení souboru dle doby snahy o koncepci. Největší procento uvedlo dobu snahy o koncepci ne delší než 35 měsíců. Čím více se doba snahy o početí prodlužuje, tím méně jsou jednotlivé kategorie zastoupeny.

Tabulka 8: Doba snahy o početí

| Doba snahy o početí v měsících | |
|---------------------------------------|------|
| Minimum | 12 |
| Maximum | 180 |
| Průměr | 43,3 |
| Medián | 31,5 |
| SD | 34,4 |

Tabulka 9: Rozložení souboru dle doby snahy o početí

| Doba snahy o početí v měsících | Četnost | Procentuální četnost | Kumulativní četnost |
|---------------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------------------|
| 12 - 23 | 18 | 31 | 31 |
| 24 - 35 | 14 | 24,1 | 55,1 |
| 36 - 47 | 8 | 13,8 | 68,9 |
| 48 - 59 | 7 | 12,1 | 81 |
| 60 - 71 | 4 | 6,9 | 87,9 |
| 72 - 83 | 1 | 1,8 | 89,6 |
| 84 a více | 6 | 10,3 | 100 |
| Suma | 58 | 100 | |

Doba léčby žen, které byly zařazeny do souboru, se pohybovala od 4 do 144 měsíců, s průměrnou dobou léčby 25,9 měsíce, jak je zobrazeno v tabulce 10, která je doplněna o další údaje potřebné k získání bližší představy o vlastnostech souboru s ohledem na popisovanou charakteristiku. V tabulce 11 jsou opět uvedena data s upřesňujícími informacemi z pohledu doby snahy o početí. Z uvedených údajů vyplývá, že 19 žen se léčilo v době sběru dat ne více než 11 měsíců. O něco méně žen, celkem 16, se léčilo

v rozmezí 12 -19 měsíců, osm žen pak v časovém rozmezí 20- 27 měsíců. Ženy s léčbou delší než 27 měsíců jsou zastoupeny méně, přesto i v kategorii léčby delší než 52 měsíců se nachází sedm žen.

Tabulka 10: Doba léčby

| Doba léčby | |
|-------------------|------|
| Minimum | 4 |
| Maximum | 144 |
| Průměr | 25,9 |
| Medián | 15,5 |
| SD | 28,8 |

Tabulka 11: Rozložení souboru dle doby léčby

| Doba léčby v měsících | Četnost | Procentuální četnost | Kumulativní četnost |
|------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------------------|
| 4 - 11 | 19 | 32,8 | 32,8 |
| 12 - 19 | 16 | 27,6 | 60,4 |
| 20 - 27 | 8 | 13,7 | 74,2 |
| 28 - 35 | 3 | 5,2 | 79,4 |
| 36 - 43 | 5 | 8,6 | 88 |
| 44 - 51 | 0 | 0 | 88 |
| 52 a více | 7 | 12,1 | 100 |
| Suma | 58 | 100 | |

Nejčastější léčbou byla metoda in vitro fertilizace, kterou postupovalo 38 žen, pět žen bylo do programu asistované reprodukce zařazeno. Z těchto pěti žen tři užívaly hormonální preparáty a dvě již měly zkušenost s metodou intrauterinní inseminace, včetně respondentek, které nepodstupovaly hormonální stimulaci. Dvě ženy uvedly, že pro oplodnění oocyty použily darované spermie, ostatní ženy zařazené do programu asistované reprodukce použily pro in vitro fertilizaci a embryotransfer vlastní oocyty. Pouze hormonální léčbu podstupovalo devět žen, metodu intrauterinní inseminace využilo šest žen, z nichž pět žen současně užívalo hormonální preparáty. Mimo výše zmiňované metody dvě ženy uvedly, že cvičí rehabilitační metodu Mojžíšové. Z celkového počtu 58 žen zároveň 40 navštěvovalo kurzy hormonální jógové terapie (69 %) a 29 žen podstupovalo aktuálně hormonální léčbu. Negativní účinky hormonální léčby uvedlo 18 žen, ve čtyřech případech se jednalo o vedlejší psychické účinky, jako podrážděnost a náladovost, v sedmi případech se jednalo o fyzické příznaky, jimiž byly bolesti hlavy, křeče v podbřišku, bolestivá ňadra a nadměrné pocení.

Tabulka 12: Druh léčby

| Typ léčby | Četnost | Z toho zároveň HJT |
|--------------------------------------|---------|--------------------|
| IVF | 38 | 33 |
| Ženy zařazené do programu IVF | 5 | 2 |
| Pouze hormonální léčba | 7 | 2 |
| IUI | 6 | 3 |
| Jiné | 2 | 0 |
| Suma | 58 | 40 |

4. Použité metody

Při sběru dat byl použit anamnestický dotazník Kellnerové (2012), který jsme upravili s ohledem na naši oblast zájmu a další dvě metody, jmenovitě Beckův inventář depresivity (BDI-II) a škála Internalita-externalita sestavená J. B. Rotterem, určená ke stanovování jedincova místa řízení. Oficiální překlad I-E škály nebyl v době uskutečnění výzkumu k dispozici, proto jsme použili překlad Jarošové (2009), která jej vypracovala pro svoji kvalifikační práci. Popisu metod se budou věnovat následující oddíly.

4.1. BDI-II

Beckův inventář depresivity byl vytvořen jako diagnostická metoda pro identifikaci osob s depresivní poruchou a zároveň nástroj, který dokáže průběžně měřit hloubku depresivní symptomatologie u vyšetřovaných osob například v průběhu jejich léčby. Původní účel byl získat nástroj pro měření hloubky deprese u psychiatrických pacientů, ale posléze bylo zjištěno, že je validní i pro obecnou populaci (Lambert & Stephenson, 2000).

První verze Beckova inventáře deprese vznikla v roce 1961. Důvodem pro vznik této škály bylo chybění vhodného nástroje pro měření hloubky deprese. MMPI nebyl zaměřen speciálně na měření deprese a jeho Škála deprese zahrnuje mnoho heterogenních faktorů. Jaspersův Test deprese se v klinické praxi neujal (Beck, Steer & Brown, 1996 in Preiss & Vacíř, 1999).

V Čechách je BDI užívána již dlouho v nejrůznějších překladech. My jsme pro naši práci použili nejnovější verzi této metody - Beckův inventář deprese s označením BDI-II, viz přílohy č. 12-13.

Položky v BDI byly klinicky odvozeny z pozorování 226 depresivních pacientů, kteří byli účastníky kurzu psychoanalyticky orientované psychoterapie. Beck se věnoval jejich systematickému pozorování a vytvářel záznamy charakteristických postojů a symptomů a z těch posléze vybral ty, které se jevíly být typické pro depresivní pacienty a byly shodné s obrazem deprese popisovaným v psychiatrické literatuře (Dozois, Dobson & Ahnberg, 1998).

Výsledkem jeho práce je inventář složený z 21 položek, kdy každá položka obsahuje nadpis, který označuje symptom deprese jako takový (smutek, plačtivost, apod.). Každá tato položka obsahuje čtyři možné výroky zaměřené na intenzitu daného příznaku se skórováním v rozmezí 0 - 3 bodu. Vyšetřovaný jedinec má za úkol označit (zakroužkovat) číslo před výrokem, které nejvíce koresponduje s jeho pocity v uplynulých 14 dnech. Hodnota 0 odpovídá nepřítomnosti symptomu, 1 bod značí, že se symptom u daného jedince vyskytuje v malé míře, 2 body znamenají závažnější intenzitu symptomu a 3 body se rovnají nejvyšší hladině. Získané bodové hodnoty se pak sčítají. Nejvyšší možný skór, který lze v dotazníku získat, je 63 bodů, minimum je pak v hodnotě 0. Symptomové a postoje kategorie užití v inventáři jsou následující:

1. Smutek
2. Pesimismus
3. Minulá selhání
4. Ztráta radosti
5. Pocit viny
6. Pocit potrestání
7. Znechucení sám ze sebe
8. Sebekritika
9. Sebevražedné myšlenky nebo přání
10. Plačtivost
11. Agitovanost
12. Ztráta zájmu
13. Nerozhodnost
14. Pocit bezcennosti
15. Ztráta energie
16. Změna spánku
17. Podrážděnost
18. Změny v chuti k jídlu
19. Koncentrace
20. Únava
21. Ztráta zájmu o sex

U položek s názvem Změna chuti k jídlu a Změna spánku existují dvě alternativní odpovědi. Jde o tzv. „klinicky významné položky“. Celkový skóre v BDI-II neovlivňují (hodnotí se stejně 0,1,2 nebo 3 body), nicméně je důležité odpovědi v těchto otázkách sledovat, protože mají klinický význam (Beck, Steer & Brown, 1996 in Preiss & Vacíř, 1999). Tyto příznaky se mohou vyskytnout v kladné či záporné míře. Takže pacient s poruchou spánku může trpět insomnií nebo hypersomnií a obdobně u jídla, pacient může depresi „zajídat“ nebo trpět nechutenstvím. U těchto dvou klinicky významných položek máme následující možnosti hodnocení:

- 0 - symptom nepřítomen (žádné změny ve stravovacích návycích nebo v potřebě spánku),
- 1a - větší potřeba spánku, snížený příjem potravy,
- 1b - menší potřeba spánku, zvýšená chuť k jídlu,
- 2a - mnohem větší potřeba spánku, mnohem menší příjem potravin,
- 2b - mnohem menší potřeba spánku, mnohem větší chuť k jídlu,
- 3a - spánek po většinu dne, žádná chuť k jídlu,
- 3b - časně probouzení s nemožností znova usnout, neustálá potřeba konzumace potravin (Beck, Steer & Brown, 1996 in Preiss & Vacíř, 1999).

Jak jsme již zmiňovali, Beck (1970) se svými spolupracovníky vytvořili tento inventář deprese hlavně z důvodu chybění vhodného nástroje k posouzení hloubky deprese a závažnosti deprese v praxi tehdejší doby. To byl také důvod, proč vznikly tzv. „cut-off“ skóre vycházející z celkového počtu bodů, kterých pacient dosáhl v tomto dotazníku. Nejprve byl skóre do 10 bodů brán za známku mírné dysforie a 10-15 bodů za ukazatel mírné deprese. Součet v rozmezí 16-23 odkazoval u vyšetřované osoby na přítomnost středně těžké deprese a 24-63 pak podle Becka získali pacienti s těžkou depresí (Beck & Steer, 1987).

V současné době podle manuálu z roku 1999 pro administraci BDI-II je doporučeno řídit se následujícími cut-off skóre a kategoriemi z hlediska závažnosti deprese (Beck, Steer & Brown, 1996 in Preiss & Vacíř, 1999), kterými se budeme řídit v naší práci.

Tabulka 13: Závažnost deprese dle celkového skóru v BDI-II

| Celkový skór (cut-off) | Závažnost deprese |
|-------------------------------|--------------------------|
| 0 - 13 | Minimální |
| 14 - 19 | Mírná |
| 20 - 28 | Střední |
| 29 - 63 | Těžká |

Cut-off skór v rozmezí 0-13 bodů považujeme dle manuálu poslední revize BDI-II za nepatologický ve smyslu přítomnosti depresivní poruchy nebo její fáze. Tuto minimální míru depresivní symptomatiky můžeme dle Becka a spoluautorů sledovat také ve zdravé (neklínické) populaci. Pokud však jedinec získá celkový počet bodů 13 a výše, je vhodné doporučit ho k podrobnějšímu psychiatrickému vyšetření, neboť je dost možné, že trpí mírnou, střední nebo těžkou depresivní poruchou (Beck, Steer & Brown, 1996 in Preiss & Vacíř, 1999).

Je dobré řídit se nejenom celkovým součtem bodů, který jedinec v dotazníku získal, ale také položkami, ve kterých skóroval. Vyšetřovaná osoba u sebe může vybrat například přítomnost symptomů sebevražedné myšlenky, smutek nebo změny v chuti k jídlu (nechutenství) a odpovědi s nejvyšší hodnotou (tři body). V tomto případě je dobré okamžitě provést podrobnější vyšetření. Celkový součet bodů je sice jen devět, ale jedná se zároveň o jedny z nejzávažnějších symptomů depresivní poruchy.

Položky dotazníku BDI-II dělíme na dvě základní komponenty depresivní symptomatologie: kognitivně-afektivní a somaticko-výkonnostní. Kognitivně-afektivní složky deprese jsou zastoupeny 13 položkami s možným bodovým součtem 0-39 (smutek, ztráta radosti, plačtivost, agitovanost, ztráta zájmu, nerozhodnost, ztráta energie, změna spánku, podrážděnost, změny v chuti k jídlu, koncentrace, únava a ztráta zájmu o sex). Další osm položek (pesimismus, minulá selhání, pocit viny, pocit potrestání, znechucení sám ze sebe, sebekritika, sebevražedné myšlenky nebo přání a pocit bezmocnosti) s možností získat 0-24 bodů odráží somaticko-výkonnostní příznaky deprese (Goldberg, Breckenridge & Sheikh, 2003).

Beckův inventář deprese (BDI-II) bývá administrován písemně a obvykle trvá i s vyhodnocením 5-15 min. Instrukce nabádá testovaného k zakroužkování vždy jen jedné odpovědi podle toho, která mu nejvíce odpovídá za posledních 14 dní, zároveň se dnem vyplnění dotazníku. Když jeho současný stav vystihuje více tvrzení, měl by vždy

zvolit to s vyšším bodovým ohodnocením. Pokud testovaný z nějakého důvodu nemůže číst či psát, může mu jednotlivé položky přečíst a zaznamenat examinátor.

Malečková (1996) pracovala se 42 pacienty Psychiatrické kliniky na Praze 2, kteří byli psychiatrickými pacienty déle než deset let. K nim vytvořila kontrolní soubor, kdy obě skupiny byly vyrovnané dle demografických hledisek. Výsledky prokázaly, že BDI umí odlišit pacienty s depresí a zdravé osoby statisticky významně.

Dotazník BDI-II je možné administrovat u osob starších 13 let. BDI-II nezjišťuje depresivitu jako rys osobnosti, ale pouze jako aktuální stav (Beck, Steer & Brown, 1996 in Preiss & Vacíř, 1999). BDI-II nebyla v České republice doposud standardizována. K výhodám této metody patří, že je jednoduchá, stručná a konzistentní s klinicko-psychiatrickým hodnocením deprese. Tato metoda je také nezávislá na stupni dosaženého vzdělání zkoumané osoby. V praxi dokáže odhalit přítomnost příznaků a hloubku deprese, zachytí také případné suicidální myšlenky daného pacienta. Pro terapeuta jsou položky inventáře nápomocné při zacílení na jednotlivé symptomy deprese, současně jsou zdrojem informací o negativních myšlenkách a náladách pacienta. Tato metoda je dobře aplikovatelná během farmakoterapeutické a psychoterapeutické intervence a jako metoda pro hodnocení efektivity léčby depresivních symptomů (Lambert & Stephenson, 2000).

BDI-II má však i některé nedostatky. Je mu vytýkáno, že je pro zkoumané osoby příliš transparentní, a tak samotný pacient může ovlivnit celkový výsledek podle toho, jestli se chce prezentovat v příznivějším či méně příznivějším světle. Dále byla zjištěna korelace nejen se symptomy deprese, ale také s jinými negativními emocionálními stavy, které se vyskytují u dalších duševních onemocnění, a to konkrétně s úzkostí (Lambert & Stephenson, 2000).

Dotazník BDI-II je možné používat v plné nebo ve zkrácené 13 položkové verzi - ta neobsahuje položky č. 6, 8, 10, 11, 16, 19, 20 a 21. Tato verze se však v klinické praxi příliš neujala a nebyla nadále mnoho využívána (Lambert & Stephenson, 2000).

4.2. I-E škála

I-E škála je 23 položkový dotazník s nucenou volbou zaměřený na zjišťování interního či externího LOC. Dotazník obsahuje dalších šest položek s funkcí distraktorů. I když je v zahraničí tato metoda hodně populární, do češtiny zatím oficiálně přeložena nebyla. Pro náš výzkum jsme využili překlad Jarošové (2011). K dosažení co největší

shody překladu a původního testu použila autorka postup zpětného překladu, kdy škálu převedla z angličtiny do češtiny, poté ji zadala překladateli k opětovnému překladu do angličtiny. Původní i zpětně přeložený text dotazníku byl následně porovnán s ohledem na význam jednotlivých otázek. Výsledkem tohoto porovnání bylo upravení čtyř otázek v českém dotazníku tak, aby více odpovídaly smyslu původního dotazníku v angličtině. Posléze autorka zadala pilotní verzi dotazníků skupině respondentů k vyplnění a v reakci na jejich zpětnou vazbu ještě upravila formulaci dalších tří položek. I-E škála je uvedena v příloze č. 9-11.

Pro vyhodnocení výsledků I-E škály bylo přijato původní skórování:

- 0-11 bodů - interní LOC,
- 12-23 bodů - externí LOC.

Normy, ani původní, ani údaje z položkové analýzy, bohužel neměla autorka překladu k dispozici. Rozhodla se tedy provést psychometrické ověření českého překladu I-E škály, aby zjistila základní psychometrické předpoklady. Na základě výpočtů lze říci, že český překlad I-E škály je reliabilní nástroj ($\alpha=0,7$). Všechny položky významně přispívají k celkovému skóru (22 položek na hladině významnosti $p=0,01$, jedna položka na hladině významnosti $p=0,05$), zároveň distraktorové položky s celkovým skórem nekorelují. Většina položek I-E škály ale navzájem koreluje s řadou dalších testových položek, bylo by tedy vhodné je nahradit, či alespoň pozměnit, protože je velmi pravděpodobné, že se ptají různými způsoby na to samé. Validitu dané testové metody by také podpořilo dotazování se na větší počet aspektů zkoumaného fenoménu. Bylo by však nutné porovnat položkové analýzy české verze s tou originální, aby bylo možné dosáhnout takových formulací otázek, které by více korespondovaly se zamýšlenou citlivostí (obtížností) jednotlivých otázek. Pro další využití českého překladu I-E škály je rovněž nutné provést validizační studii.

Koncept LOC má ještě další nedostatky. Nejvýznamnějším z nich jsou neexistující normy, které by umožnily plnohodnotné využití I-E škály pro české prostředí. Vytvoření norem si ovšem žádá nejprve samotné převedení škály, a to nejen po jazykové stránce, ale zejména v její obsahové použitelnosti pro místní prostředí.

Nelze také odhlédnout od kulturně historického vývoje. Pochybujeme o tom, zda politicky zaměřené položky I-E škály jsou u českých respondentů validní, co se týče jejich adekvátního zachycení místa řízení. Jak podotýká Bandura (1997), problematické je, že není blíže určeno, jaká politická rozhodnutí má respondent vzít do úvahy, když hodnotí svůj vliv na ně. Jde o rozhodnutí na lokální, státní či mezinárodní úrovni? Každá úroveň je spojena s jinou mírou ovlivnitelnosti ze strany občanů. Obdobně také uspořádání státu (a jeho historický vývoj) má zásadní vliv na to, do jaké míry jednotlivci cítí schopnost uplatňovat na ně jakýkoliv vliv. Je proto zapotřebí provést položkovou analýzu, srovnat jednotlivé otázky a původní verzi s významem, který mají mít, aby bylo možno kritické položky přeformulovat a vytvořit tak škálu, kterou bude možno plnohodnotně používat i v českém prostředí.

Dalším zásadním nedostatkem I-E škály je snaha postihnout místo řízení jako globální charakteristiku osobnosti. Řada autorů došla k závěru, že očekávání výsledku (outcome expectancies) stejně tak jako očekávání ohledně vlastních kompetencí a jejich uplatnění (self-efficacy) jsou doménově vázaná (Harter, 1988) a že jedinec může mít rozdílná očekávání v různých oblastech svého snažení. I-E škála předkládá respondentovi velmi obecné a dekontextualizované otázky, což ho odvádí od oblasti, na kterou se konkrétní výzkum zaměřuje. Nekonkrétnost položek nechává respondentovi velký prostor pro představivost, co se týče hodnocení, jak by se asi mohl zachovat, místo toho, aby ho kotvila do zamýšleného kontextu.

4.3. Anamnestické dotazníky

Anamnestický dotazník (Kellnerová, 2012), který jsme upravili pro účely naší práce, má za cíl zjistit potřebné údaje pro důkladný popis souborů. Zvláště jsme vytvořili dotazník pro výběrový a pro kontrolní soubor. Podle zájmu je možné jej rozdělit na tři oblasti. První a třetí oblast byla shodně použita jak u výběrového, tak u kontrolního souboru, druhá oblast pak pouze u souboru výběrového.

První část byla vytvořena za účelem získat obecné charakteristiky, jako věk, vzdělání, přítomnost dětí, bydliště a pracovní status. Tato část je umístěna v úvodu dotazníku.

Druhá část se týká sběru informací týkajících se příčin neplodnosti, absolvované léčby a s léčbou souvisejících okolností, budoucích plánů ve vztahu k léčbě a jejím nárokům. V případě otázek, u kterých je riziko výskytu další skutečnosti, která se nenachází v základní nabídce, byl ponechán prostor s výzvou pro doplnění.

Poslední okruh otázek se ptá na anamnézu z oblasti somatické i psychické. Důraz byl při tvorbě dotazníku kladen na srozumitelnost a na dostatečný prostor pro doplnění chybějících možností.

5. Metody zpracování dat

Za účelem popsání souborů byly použity metody deskriptivní statistiky. Pro zjištění rozdílů mezi výběrovým a kontrolním souborem byl použit Mann-Whitney U Test pro dva nezávislé soubory, oboustranný. Pro ověření možné souvislosti mezi mírou depresivity a typem LOC jsme použili Spearmanův koeficient pořadové korelace. Data byla zpracována za pomoci programu R-3.2.2 a SPSS 20.0.

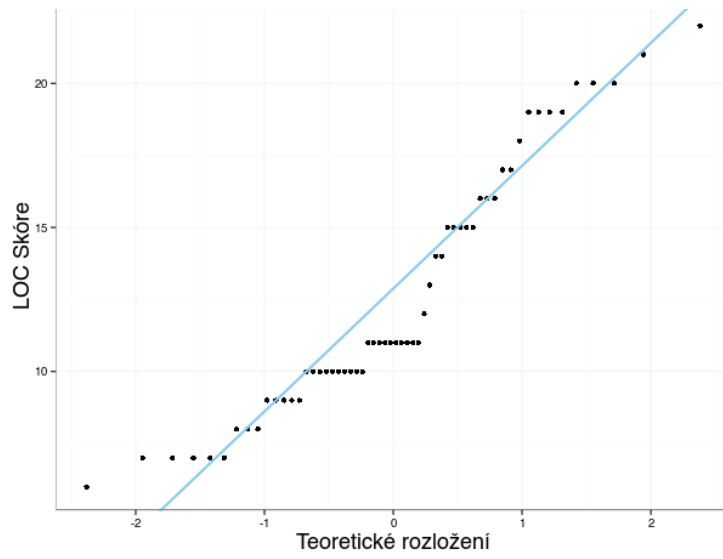
6. Analýza dat a výsledky

Před započítáním analýz dat byly provedeny následující testy normality. Na základě doporučení v odborné literatuře, byl test první volby Anderson-Darling, následován testem Cramer-von Mises a Shapiro-Wilk (Stephens 1986). Nulová hypotéza těchto testů je, že data pochází z normální populace.

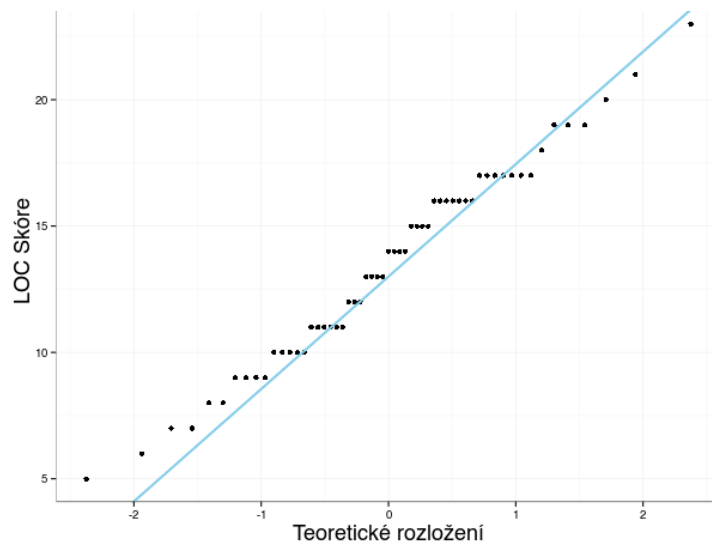
Hladina významnosti pro následující testy je $\alpha = 0.05$. Na základě výsledků testů normality byl předpoklad, že data mohou pocházet z normálně rozložené populace, nezamítnut v případě kontrolního souboru u LOC dotazníku ($A = 0.45$, $p = 0.27$). Tento výsledek neznamena, že výše zmíněná data pocházejí z normální populace. Pouze můžeme konstatovat, že nemůžeme zamítnout hypotézu, kdy data nepocházejí z normální populace.

Pro všechny výběry byl také vytvořen kvantilový graf, který blíže poslouží k ověření normality souborů (viz grafy 1 až 4).

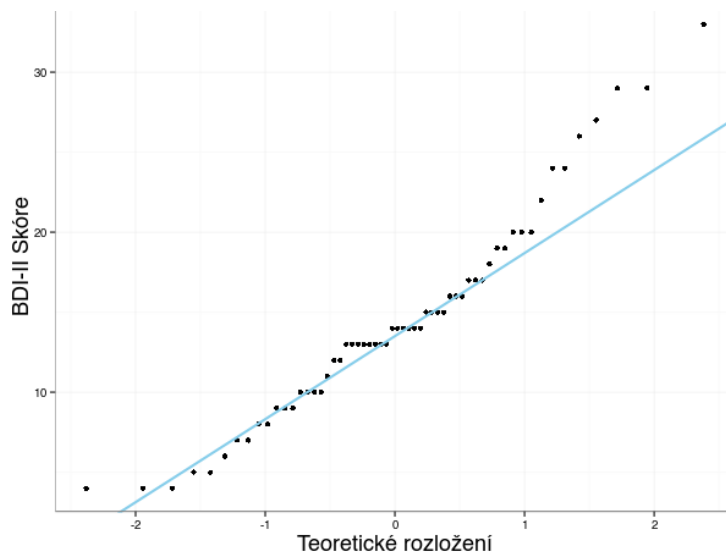
Graf 1: Kvantilový graf LOC pro VS



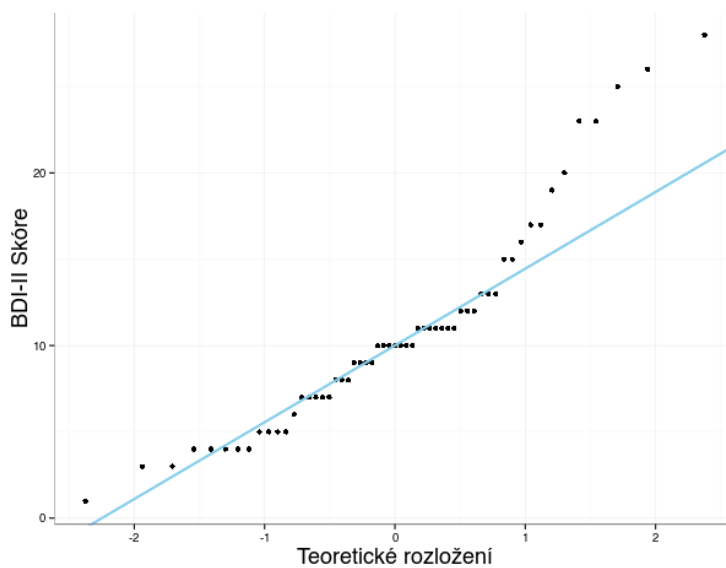
Graf 2: Kvantilový graf LOC pro KS



Graf 3: Kvantilový graf BDI-II pro VS



Graf 4: Kvantilový graf BDI-II pro KS



Na základě výsledků testů normality byly zvoleny neparametrické testové procedury.

6.1. Výsledky BDI-II

Beckův inventář deprese je sebesposuzovací dotazník, proto nelze následující výsledky brát jako objektivní zhodnocení depresivní symptomatiky u zkoumaných osob. Všechny výsledky tedy odráží skutečnost, jak respondenti sami sebe posuzují a vnímají.

Žádná z respondentek VS (n=58) u sebe nezhodnotila nepřítomnost jakéhokoli ze symptomů deprese (nulový skóre) podle Beckovy stupnice závažnosti deprese, stejně tak ani jedna nezískala maximální součet 63 bodů, kterého je v BDI-II možné dosáhnout. Minimální skóre představovaly 4 body, maximální pak 33 bodů. U tří žen byl sledován bodový součet, který vypovídal o jejich příslušnosti do kategorie těžké deprese (5,1 %), střední depresi pak vykazovalo osm žen (13,8 %), mírnou depresi 19 žen (32,8 %) a největší počet respondentek (28 žen) vykazovalo minimální depresi (48,3 %).

V KS stejně jako ve VS žádná z respondentek nedosáhla ani minimálního ani maximálního součtu bodů, minimální bodový součet zastupoval jeden bod, maximální 28 bodů. Stejně tak žádná z respondentek nezískala tolik bodů, aby spadala do kategorie těžké deprese. Nejvíce zastoupena byla kategorie minimální deprese, a to 46 ženami (79,4 %), zbývající kategorie mírné a střední deprese byly shodně zastoupeny šesti ženami (po 10,3 %).

Detailnější informace o charakteristikách souborů dle skóre v BDI-II je možné vidět v tabulkách 14 a 15.

Tabulka 14: Údaje deskriptivní statistiky pro inventář BDI - II

| Skóre v BDI - II | VS | KS |
|------------------|------|------|
| Minimum | 4 | 1 |
| Maximum | 33 | 28 |
| Průměr | 14,4 | 10,8 |
| Mod | 14 | 10 |
| Sd | 6,6 | 6 |
| N | 58 | 58 |

Tabulka 15: Charakteristika souborů dle závažnosti deprese

| Závažnost D | Četnost VS | Procentuální četnost VS | Četnost KS | Procentuální četnost KS |
|------------------------------|------------|-------------------------|------------|-------------------------|
| Minimální (0 - 13 b.) | 28 | 48,3 | 46 | 79,4 |
| Mírná (14 - 19 b.) | 19 | 32,8 | 6 | 10,3 |
| Střední (20 - 28 b.) | 8 | 13,8 | 6 | 10,3 |
| Těžká (29 - 63 b.) | 3 | 5,1 | -- | -- |
| Suma | 58 | 100 | 58 | 100 |

Dle Beckovy stupnice závažnosti deprese KS nevykazuje zvýšenou hladinu depresivity ve smyslu posunu od normy (úrovně v běžné populaci), jejich průměrný dosažený skór činí 10,8 bodů. Ve srovnání s hodnotami zdravých žen (8,7) ze studie Malečkové (1996) pak ženy z našeho KS dosáhly o něco málo vyšších hodnot (10,8).

Je zřejmé, že průměrný skór v BDI-II u žen léčících se pro neplodnost odpovídá sice mírné depresi (14,4), nachází se však jen 1,4 bodu nad hodnotami, které by hovořily pro mírnou depresi.

H0(1): Míra depresivity není signifikantně vyšší u žen léčících se pro neplodnost než u zdravých žen.

HA(1): Míra depresivity je u žen léčících se pro neplodnost signifikantně vyšší než u zdravých žen.

Na základě výsledků Mann-Whitney U Testu ($U = 1067$, $p < .001$), jsme našli signifikantní rozdíl mezi výběrovou a kontrolní skupinou žen ve skóre BDI-II. Větší počet vyšších skorů je přítomen ve výběrové skupině oproti kontrolní skupině. Tento výstup svědčí pro to, že můžeme zamítnout hypotézu o stejné míře deprese mezi oběma skupinami. Výsledky je rovněž možné vidět v tabulkách 16 a 17.

Tabulka 16: Výsledky statistického zpracování BDI-II - metodou Mann-Whitney U Test pro dva nezávislé soubory, oboustranný

| Skupina / Rank | Mean Rank | Sum of Ranks | N |
|----------------|-----------|--------------|-----|
| VS | 69.10 | 4008.00 | 58 |
| KS | 47.90 | 2778.00 | 58 |
| Total | | | 116 |

Tabulka 17: Výsledky statistického zpracování BDI-II - metodou Mann-Whitney U Test pro dva nezávislé soubory, oboustranný - 2. část

| Metoda | Test Statistics |
|-------------------------------|-----------------|
| Mann-Whitney U | 1067.000 |
| Wilcoxon W | 2778.000 |
| Z | -3.402 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .001 |

6.2. Výsledky I-E škály

U škály Internalita-externalita jsme sledovali charakteristiku typu orientace vnitřní (IO) a vnější (IE). Minimální součet získaný v I-E škále ve VS činil šest bodů, v KS to byla podobná hodnota zastoupená pěti body. Maximální získaná bodová hodnota v KS představovala 22, v KS pak 23 bodů.

Výsledky ukazují, že u respondentek VS převládá mírně interní orientace (58,6 %), externí orientaci jsme pak zjistili u 41,4 % žen. V KS naopak převládá orientace vnější (62 %), v menší míře (37,9 %) je zastoupena orientace vnitřní.

Detailnější informace o charakteristikách souborů dle skóreů je možné vidět v tabulkách 18 a 19.

Tabulka 18: Údaje deskriptivní statistiky pro I-E škálu

| Skóry v I-E škále | VS | KS |
|-------------------|------|------|
| Minimum | 6 | 5 |
| Maximum | 22 | 23 |
| Průměr | 12,5 | 13,3 |
| Mod | 11 | 13,5 |
| Sd | 4,3 | 4,1 |
| N | 58 | 58 |

Tabulka 19: Charakteristika souborů dle IO/EO

| IO/EO | VS | % | KS | % |
|--------------|----|------|----|------|
| IO (0 - 11) | 34 | 58,6 | 22 | 37,9 |
| EO (12 - 23) | 24 | 41,4 | 36 | 62,1 |
| Suma | 58 | 100 | 58 | 100 |

H0(2): Mezi ženami léčícími se pro neplodnost a zdravými ženami není statisticky významný rozdíl na škále LOC.

HA(2): Mezi ženami léčícími se pro neplodnost a zdravými ženami existuje statisticky významný rozdíl na škále LOC.

Na základě výsledků Mann-Whitney U Testu ($U = 1457$, $p > .05$), jsme nenalezli signifikantní rozdíl mezi kontrolní a výběrovou skupinou žen ve skóre I-E škály. Takže nemůžeme zamítnout hypotézu, že rozložení LOC skóre je mezi skupinami stejné. Výsledky je možné vidět v tabulkách 20 a 21.

Tabulka 20: Výsledky statistického zpracování I-E škály - metodou Mann-Whitney U Test pro dva nezávislé soubory, oboustranný

| Skupina / Rank | Mean Rank | Sum of Ranks | N |
|----------------|-----------|--------------|-----|
| VS | 54.61 | 3167.50 | 58 |
| KS | 62.39 | 3618.50 | 58 |
| Total | | | 116 |

Tabulka 21: Výsledky statistického zpracování I-E škály - metodou Mann-Whitney U Test pro dva nezávislé soubory, oboustranný - 2. část

| Metoda | Test Statistics |
|------------------------|-----------------|
| Mann-Whitney U | 1456.500 |
| Wilcoxon W | 3167.500 |
| Z | -1.250 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .211 |

6.3. Souvislosti mezi výsledky BD-II a I-E škály

V souvislosti s předchozími procedurami jsme zvolili pro zjištění vztahu mezi mírou depresivity a LOC skórem Spearmanův koeficient pořadové korelace. Dalším důvodem pro použití pořadové korelace jsou výsledky testů normality a podezření na odlišné rozptyly souborů.

H0(3): U žen léčících se pro neplodnost a u zdravých žen nepozorujeme statisticky signifikantní vztah mezi externím LOC (vyšším skóre) a depresivitou měřenou BDI-II.

HA(3): U žen léčících se pro neplodnost a u zdravých žen pozorujeme statisticky signifikantní vztah mezi externím LOC (vyšším skóre) a depresivitou měřenou BDI-II.

Na základě výsledků Spearmanova koeficientu pořadové korelace ($Rho = .331, p > .01$), jsme našli signifikantní pozitivní vztah mezi depresivitou a LOC, nezávisle na skupině. Data ukazují, že vyšší skóre v BDI-II je asociováno s vyšším skóre v I-E škále.

Pro porozumění tomuto efektu byl dále Spearmanův koeficient pořadové korelace použit u obou skupin zvlášť (viz tabulky 22 až 24).

Tabulka 22: Výsledky statistického zpracování BDI- II a I-E škály - metodou Spearmanův koeficient pořadové korelace pro oba soubory

| | | | I - E | BDI - II |
|-----------------------|-----------------|-------------------------|--------------|-----------------|
| Spearman's rho | I - E | Correlation Coefficient | 1.000 | .331 |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .001 |
| | | N | 116 | 116 |
| | BDI - II | Correlation Coefficient | .331 | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .001 | . |
| | | N | 116 | 116 |

Tabulka 23: Výsledky statistického zpracování BDI- II a I-E škály u VS - metodou Spearmanův koeficient pořadové korelace

| | | | I-E | BDI-II |
|-----------------------|---------------|-------------------------|------------|---------------|
| Spearman's rho | I-E | Correlation Coefficient | 1.000 | .636 |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .001 |
| | | N | 58 | 58 |
| | BDI-II | Correlation Coefficient | .636 | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .001 | . |
| | | N | 58 | 58 |

Tabulka 24: Výsledky statistického zpracování BDI- II a I-E škály u KS - metodou Spearmanův koeficient pořadové korelace

| | | | I-E | BDI-II |
|-----------------------|---------------|-------------------------|------------|---------------|
| Spearman's rho | I_E | Correlation Coefficient | 1.000 | .116 |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .386 |
| | | N | 58 | 58 |
| | BDI_II | Correlation Coefficient | .116 | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .386 | . |
| | | N | 58 | 58 |

Výsledky ukazují, že zatímco korelace mezi skóry BDI-II a I-E škály u kontrolní skupiny není statisticky signifikantní, lze statisticky signifikantní vztah pozorovat u výběrové skupiny (Rho = .636, $p < .01$). Z dat je tedy evidentní, že vyšší skóre v BDI-II je asociováno s vyšším skórem v I-E škále, ale pouze u výběrové skupiny. Výsledky tedy ukazují, že u výběrové skupiny je externí LOC spojeno s vyšším skóre v BDI-II. Na základě toho, zamítáme hypotézu neexistence spojitosti mezi externím LOC a depresivitou.

7. Diskuze

Cílem našeho výzkumu bylo popsat charakteristiky míry depresivity, typ LOC a případné souvislosti mezi těmito charakteristikami u souboru žen léčících se pro neplodnost a souboru žen zdravých.

V případě depresivity jsme za pomoci celkového skóru v BDI-II, který se zabývá závažností subjektivně hodnocených depresivních příznaků u zkoumaných osob, zjistili, že ženy z našeho VS skórují více než ženy z KS.

Co se týče výskytu depresivity u neplodných žen, dosavadní výzkumy nedospěly k jasnému závěru. Je zřejmé, že neplodnost je zdroj psychického distresu, ale skutečnost, zda neplodné ženy prožívají větší distres než běžná populace, je stále předmětem diskuzí (Sobati, Khaefi, Sabeti, 2015). Množství studií neodhalilo subjektivní rozdíl mezi zdravými a neplodnými ženami, jako např. ta Paulsona et al. (1988), kdy neplodné a zdravé ženy byly sjednoceny věkem a délkou manželství. Výzkumníci u souboru zkoumali úzkost, depresi, místo řízení a sebepojetí. Obě dvě skupiny ve sledovaných obastech skórovaly podobně, neplodné pacientky nevykazovaly signifikantně větší emoční nepřizpůsobení své situaci.

Naše výsledky souhlasí se studii, které hovoří o tom, že neplodné ženy jsou depresivnější ve srovnání se zdravými ženami. S ohledem na náročnost celé situace diagnózy neplodnosti a její léčby není si těžké tuto skutečnost vysvětlit.

Plodnost je fyziologický proces vlastní všem živým stvořením a lidským bytostem. Kromě fyziologických aspektů plodnost zahrnuje i dimenzi psychosociální, psychologickou a čistě praktickou. Skutečnost, že neplodný jedinec nemůže, stejně jako ostatní, následovat proces reprodukce a mít děti, je jedna z nejtěžších životních zkoušek. To vše může u postižené osoby vést k duševní krizi. Neplodné ženy jsou skupina vysoce ohrožená duševním onemocněním (Obi, Onah & Okafor, 2009). Zkušenost neplodnosti společně s reakcemi okolí může na neplodné ženy vytvářet velký tlak. Ženy často silně pociťují „časovou tíseň“, kdy každý další nezdar pro ně představuje velké zklamání (Slepičková, 2009). Celá doba léčby neplodnosti je spojená se zvýšenou zátěží. Neplodnost může narušovat kvalitu manželství, vést k rozvodu, ztrátě sebedůvěry, ztrátě smyslu a pocitu odmítnutí neplodné osoby. Tyto skutečnosti pak mohou způsobit depresi, úzkost nebo pocity viny (Cousineau & Domar, 2007). Léčba ART je invazivní, finančně náročná a pravděpodobnost koncepce není příliš vysoká. Neschopnost počít za

pomoci ART většinou pro ženu znamená, že je již navždy neplodná (Dennerstein & Morse, 1985).

V naší práci hodnoty depresivity u žen léčících se pro neplodnost byly o něco málo vyšší než u žen zdravých, zároveň ale byly mnohem nižší než míra depresivity u psychiatrických pacientek. Ptáme se, co stojí za tím, že ženy, které často podstupují roky trvající stresující léčbu s nejistým výsledkem, nepocítí víc distresu?

Mnoho vědců hovoří o tom, že odpověď na nekontrolovatelné události závisí na našem hodnocení, které jim dáme (Taylor, 1983). Thompson (1981) rozlišuje u tohoto hodnocení tři podoby. První důležitá dimenze tohoto hodnocení je, aby jedinec konkrétní událost vnímal jako snesitelnou, pak je pro něj mnohem jednodušší ji zvládnout. Ženy procházející léčbou asistované reprodukce se tedy dost možná rozhodly, že hodně aspektů léčby neplodnosti je pro ně na cestě za dítětem snesitelných. Druhá dimenze hodnocení je rozsah nekontrolovatelné události jako prostředku vedoucímu k vytouženému cíli. Ačkoli je tedy léčba asistované reprodukce negativní zkušenost, je zaměřena na získání velmi chtěného těhotenství. Třetí dimenze se týká toho, jak moc jedinec vnímá událost jako plánovanou nebo naopak náhodnou, kdy událost, která je jedincem naplánovaná, je vnímána jako méně stresující. Nepochybně ženina neschopnost počnout není součástí jejího životního plánu. S léčbou ART, i když je stresující, je snazší se vyrovnat, když je součástí dlouhodobého plánu mít dítě. Je možné, že ženy pohlížejí na neplodnost zůsoby, které odpovídají Thompsonovo (1981) kritériím, a tak se celkově lépe vyrovnávají s léčbou neplodnosti, s čímž souhlasí námi získaná data.

Je obtížné porovnávat navzájem studie zabývající se vztahem neplodnosti a depresivity. Prevalence deprese je různá napříč zeměmi, také diagnostika a kritéria při získávání dat o depresivitě se často různí.

V případě výsledků I-E škály jsme zjistili, že se od sebe ženy léčící se pro neplodnost a zdravé ženy statisticky neliší, rozdělení typů LOC je ve VS i KS stejné. Zamýšleli jsme se nad tím, co může stát za těmito výsledky.

Velké množství studií uvádí, že ztráta pocitu kontroly u neplodných jedinců je běžná (Mahlstedt, 1985; McCormick, 1980; Matthews & Matthews, 1986; Menning, 1977; Sandelowski & Jones, 1986; Seibel & Taymor, 1982). Platt, Ficher a Silver (1973) na základě svých výzkumů došli k závěru, že mezi neplodnými jedinci bylo více

externalistů. Když je za pomoci Rotterovi I-E škály srovnávali s páry, které neměly potíže s početím, neplodné páry mnohem častěji vnímaly, že jsou kontrolovány vnějšími silami, že ztratily kontrolu. To zdůvodňují tak, že zkušenost ztráty kontroly plynoucí z neplodnosti možná změnila u těchto jedinců vnímání celkové kontroly, kterou mají nad svým životem. Naše výsledky se také neshodují s výsledky studie McMahona et al. (2003), které ukázaly, že ženy, které otěhotněly pomocí IVF, měly většinou externí místo kontroly, což autoři interpretují jako výsledek nutnosti podrobit se množství lékařských zásahů, aby k otěhotnění došlo.

Navzdory objektivní ztrátě kontroly typické pro neplodnost a výsledkům výzkumů, které hovoří o tom, že neplodní jedinci pocítují podstatnou ztrátu kontroly, respondentky v naší práci obecně cítí stejnou míru kontroly jako kontrolní soubor zdravých žen. Takže náročná léčba neplodnosti u nich překvapivě není spojena s pocitem nedostatku kontroly. Ačkoli neexistují systematické studie věnované čistě jen kontrole neplodnosti, studie zabývající se LOC u neplodných osob existují. Naše výsledky se shodují s těmi Dennersteina a Morse (1985), kteří zjistili, že ženy čekající na IVF jsou častěji internalistky. Zároveň naše výsledky odporují studiím Paulsona et al. (1988) a Platta et al. (1973), kteří zjistili větší zastoupení externality u neplodných pacientek a jejich partnerů. Možné vysvětlení pro tyto rozdílné závěry bychom mohli najít ve složení jednotlivých skupin. Zatímco Paulson et al. (1988) a Platt et al. (1973), kteří objevili větší zastoupení externality, studovali všechny pacientky s neplodností a jejich partnery, studie Dennersteina a Morseho (1985), kteří objevili vyšší internalitu, vybrala jen pacientky léčící se pomocí metody IVF. Náš VS se neskládal jen z žen léčených metodou IVF, ženy podstupovaly i další z metod ART, které jsou si, dle našeho názoru, velmi podobné co do průběhu léčby a náročnosti. Naše skupina také nezahrnovala například pacientky, které jsou neplodné, ale pro léčbu se nerozhodly a zvolily bezdětnost, adopci apod.

Je také možné, že ženy léčící se za pomoci ART, představují zvláštní skupinu žen se zvýšeným subjektivním vnímáním kontroly. Ženy, které podstupují dlouhodobou léčbu, jsou dost možná výjimečné, co se týče jejich vnímání kontroly. To může vést k tomu, že léčbu vnímají jako méně stresující, a proto také shledávají snazší v ní pokračovat. Ti jedinci postižení neplodností, kteří brzy s léčbou přestanou nebo zvolí jinou možnost, jako adopci či bezdětnost, pravděpodobně vnímají svoji kontrolu nad neplodností jako menší, možná toto platí pro kontrolu nad jejich životem obecně.

Ženy podstupující léčbu ART mohou být výjimečné ve své touze po biologickém rodičovství. Mohou představovat podskupinu neplodných žen, jejichž motivace k rodičovství je tak silná, že překoná finanční a psychické náklady náročné léčby (Callan & Hennesey, 1988). Jejich vytrvalost v léčbě představuje důkaz ochoty ujit pořádný kus cesty, než dosáhnou svého cíle. Jejich podstatné osobní investice v léčbě neplodnosti a silná touha být rodičem je může motivovat k hledání kontroly v různých situacích léčby.

Behem náročné léčby neplodnosti se může rozvinout silné vnímání kontroly. Zvýšený pocit kontroly nad neplodností může být adaptivní metoda copingu plynoucí z chronických obtíží typických pro tuto léčbu. Taylorova (1983) teorie o kognitivní adaptaci říká, že zvýšené vnímání kontroly je typické např. u pacientů s rakovinou. Tento způsob vnímání jim napomáhá získat stabilitu ve světle prožívání ohrožení a ztrát. Ženy v našem VS možná odpovídají na neplodnost podobnou formou adaptivního copingu, která jim pomáhá čelit nárokům, které jiným připadají nepřekonatelné.

Odborníci podílející se na léčbě pomocí ART hovoří o tom, že páry vyhledávající léčbu asistované reprodukce jsou často přesvědčené, že jejich šance na otěhotnění jsou mnohem větší, než je skutečná úspěšnost těchto metod. Pacienti léčící se ART pravděpodobně stále nepřijali možnost permanentní neplodnosti, a tak je někdy až často přehnaný optimismus provádí léčbou, kdy věří, že její možnosti je nakonec dovedou k dítěti, po kterém tolik touží. Bohužel úspěch ART není stoprocentní. Hodně párů nakonec zůstane bezdětných a jejich silný pocit vnímané kontroly zůstane nepotvrzen. Toto nepotvrzení je jedno z možných negativních následků silně vnímané kontroly. Tito pacienti cítí, že mohou ovlivnit jejich situaci, jak budou reagovat, když budou muset přijmout konečnou ztrátu kontroly nad skutečností mít vlastní dítě? Přizpůsobí se tomu? Změní se jejich kontrola nad jinými aspekty jejich života?

Není jasné, jestli jsou tyto vysvětlení pro úroveň námi zjištěné vnímané kontroly u VS správné. Věří ženy léčící se za pomocí metod asistované reprodukce v kontrolu nebo se u nich silné pocity kontroly vyvinuly jako výsledek touhy po vlastním dítěti a déletrvající zkušenosti s neplodností? Budoucí výzkumy by mohly podrobně prozkoumat pacientky léčící se ART a neplodné pacientky bez léčby v různých stádiích diagnózy a léčby a zároveň je srovnat se zdravými ženami.

Další možnost vysoké míry kontroly u našeho VS, může být výsledkem určité seberezentace. Jak píše Koryntová et al. (2001), u žen léčících se pro neplodnost můžeme narazit na sklon odpovídat tendenčně ve směru sociální žádoucnosti. Bereme

tedy v potaz, že vzhledem k zaměření testování, kdy respondentky věděly, že se jedná o výzkum související s léčbou neplodnosti, mohly vypovídat ve smyslu vyšší sociální desirability. Na druhou stranu bylo ale vyplňování dotazníků anonymní. Také je možné, že respondentky, které dotazníky vyplnily a navrátily, u sebe vnímají více kontroly než ženy nonrespondentky. Ačkoli tento rozdíl mezi respondentkami a nonrespondentkami je možný, nemáme k dispozici data, která by potvrdila či vyvrátila tyto údaje. Tento způsob odpovídání ve snaze ukázat svoji lepší či horší stránku, se mohl uplatnit také v inventáři BDI-II, kterému je mimo jiné vytýkána přílišná transparentnost.

U I-E škály pak narážíme ještě na otázku obsahové použitelnosti pro místní prostředí, které je dáno konstrukcí některých položek. Podstatným nedostatkem této škály je také snaha uchopit místo řízení jako globální charakteristiku osobnosti. Problematické také je, že u jedince můžeme spatřovat různá očekávání v rozdílných situacích. Nakonec bychom zmínili ještě dekontextualizované otázky, které respondenta I-E škály odvádí od oblasti zaměření konkrétního výzkumu.

Výsledky korelační analýzy ukazují, že korelace mezi skóry BDI-II a I-E škály u zdravých žen není statisticky významná, naopak statisticky signifikantní vztah lze pozorovat u žen léčících se pro neplodnost. Z dat je tedy zřejmé, že vyšší skóre v BDI-II je spojováno s vyšším skórem v I-E škále, čili externí LOC je spojeno s vyšším skórem v BDI-II kdy tento jev můžeme sledovat jen u neplodných žen v léčbě. Tyto naše výsledky VS souhlasí s výsledky metaanalýzy Benassiho et al. (1988), která hovoří pro spojitost mezi externalitou a vyšší mírou deprese, a také s Sobotim, Khaefim a Sabetim (2015), kteří ve svém výzkumu neplodných žen a mužů objevili pozitivní korelaci mezi externím místem řízení („powerful people“) a depresí a slabou pozitivní korelaci mezi externím místem řízení („chance“) a depresí. Současně ale odporují závěrům Aartse et al. (2015) a Gibsona et al. (2014), kteří internalitu na základě svých studií spojují s vyšším výskytem depresivity.

Neplodné ženy v naší práci léčící se za pomoci ART nevykazovaly zásadní nedostatek vnímané kontroly nebo extrémní hodnoty depresivity. Zároveň bychom ale neměli ignorovat potenciaální negativní následky vnímané kontroly nad neplodností, stejně tak jako další možné nároky léčby neplodnosti. Jak výzkumníci zabývající se kontrolou (místem řízení), tak neplodností, společně se zdravotnickými odborníky, by měli uznat a zkoumat komplexnost úsilí neplodných jedinců, aby mohli lépe porozumět prožívání neplodnosti.

Na základě našich výsledků a dosavadních vědeckých poznatků by měla být profesionální lékařská péče neplodnosti rozšířena i o intervenci v případě depresivních příznaků, a to v podobě psychoedukačních kurzů, které by zahrnovaly strategie pro zlepšení a udržení pocitu osobní kontroly. Copingové strategie a místo řízení mohou být změněny kognitivně-behaviorálními intervencemi.

Jedním z podstatných témat diskuze jsou charakteristiky výzkumných souborů. Při interpretaci je důležité vzít v potaz, na jakou skupinu žen můžeme výsledky aplikovat. Pro výzkum jsme zvolili ženy aktuálně procházející léčbou neplodnosti. Když se podíváme na název práce, je nezbytné vzít na vědomí, že nelze použít výsledky na ženy, které jsou neplodné, ale které se nerozhodly pro léčbu a aktuálně se neléčí. Nejsou nám k dispozici informace o ženách, kterým neplodnost nevadí, a také nemáme data o ženách, které se pro léčbu nerozhodnou a vyberou si jinou možnost v podobě adopce, pěstounské péče, bezdětnosti aj.

Bereme na vědomí, že pro zobecnění některých zjištěných dat bychom museli výzkumný vzorek značně rozšířit. Vzorek sestávající z 58 žen není dostatečně velký, pokud bychom chtěli obsáhnout demografické charakteristiky pacientek a množství dalších proměnných léčby, není svou velikostí dostatečný. Jako plus shledáváme, že naše soubory jsou složeny z respondentek pocházejících z různých krajů a soubory jsou tak pestřejší. Je ale patrné, že oba vzorky jsou nereprezentativní. VS má nejvíce žen s bydlištěm v Praze (36,2 %) a Středočeském kraji (14 %) a kraji Jihočeském (také 14 %). Skutečně ale v Praze i Středočeském kraji žije pouze 12 % žen České republiky (Český statistický úřad, 2011b). V KS žije v Praze 26,9 % a Středočeském kraji 10,3 %, což tak není k výše uvedeným číslům reprezentativní. Ve VS najdeme všechny kraje, v KS pak chybí kraj Královehradecký, který nebyl zastoupen žádnou respondentkou. I kdyby byly všechny kraje zastoupené, množství respondentek VS a KS by při těchto počtech bylo nedostatečné, proto abychom je mohli brát za reprezentativní. To je nejpravděpodobněji důsledek umístění zařízení a místa konání kurzů, kde byl prováděn sběr dat.

Soubory nejsou svou povahou reprezentativní ani natolik rozsáhlé, abychom na jejich základě mohli učinit zobecnění výsledků na ženy, které se léčí pro neplodnost.

Z našeho VS více jak polovina žen (69 %) navštěvovala kurz Hormonální jógy. Je možné, že i tato skutečnost mohla ovlivnit získané skóry v BDI-II a I-E škále, protože tyto ženy mohou vykazovat jisté specifické charakteristiky.

Předmětem našeho přemýšlení byla také skutečnost, zda ve výzkumu pracovat i s ženami, které již děti mají. To, že je žena matkou, by mohlo mít vliv na její vztah k neplodnosti, léčbě a následně i na vyplnění materiálů. Ty sice nejsou přímo zacílené na prožívání léčby, byly prezentovány jako materiály týkající se výzkumu léčby neplodnosti, myslíme si ale, že tato skutečnost může vyplnění dotazníku jistým způsobem ovlivnit. Prožívání situace může být závislé na faktu, zda má žena dítě se současným partnerem, dítě biologické nebo dítě v pěstounské péči či adoptované apod. Díky anamnestickému dotazníku máme údaje o počtu a věku dětí.

Chtěli jsme také zohlednit skutečnost, jestli se výsledky v jednotlivých užitých metodách liší u žen s dětmi a bezdětných žen. Neobjevili jsme žádné výrazné odlišnosti, zároveň nemáme dost informací, které by toto vyvrátily, protože jsme neměli k dispozici dostatečný počet těchto žen a údajů. Proto jsme tyto ženy do výzkumného souboru nezařadili.

V KS jsme se naopak rozhodli pracovat jak s bezdětnými ženami, tak s těmi, co děti mají. Mnoho výzkumů, které se zabývaly rodičovstvím a depresivitou, došlo k závěru, že být rodičem není spojeno s lepším duševním zdravím ve srovnání s bezdětností. Naopak rodiče často vykazují vyšší depresivitu než bezdětní dospělí. Mít dítě je celoživotní výzva pro duševní zdraví. Rodiče mají více starostí o dalšího člověka - dítě a tyto starosti s časem neubývají. Rodiče se u svých dětí strachují o to, aby prosperovaly emocionálně, sociálně, fyzicky i ekonomicky (Evenson & Simon, 2005; Rimehaug & Wallander, 2010).

Další otázka, kterou jsme se zabývali, je, jestli pracovat současně s ženami, jimž byla diagnostikována primární neplodnost a ženami s diagnózou sekundární neplodnosti. Naším cílem není odhalit případné psychologické příčiny neplodnosti, jejichž ukazatelem může být chybění otěhotnění. Pravděpodobnost potratu díky některým metodám asistované reprodukce stoupá (Marcus, 2011) a její úspěch je ovlivněn mnoha vlivy (Levi-Setti, 2003), které je velice obtížné interpretovat. S ohledem na zaměření naší práce jsme tedy ženy s primární a sekundární neplodností sloučili.

Depresivní symptomatika byla zjišťována pomocí BDI - II. Tento dotazník obsahuje poměrně mnoho somatických položek. Je možné, že pacientky z našeho VS podstupující léčbu (zvláště hormonální) tak mohou díky těmto položkám získávat vyšší celkový skóre, což je ale způsobeno vedlejšími účinky léčby a ne depresivní symptomatikou.

Zajímavé by bylo rovněž doplnit výzkum o kvalitativní sběr dat.

Vzhledem k zaměření práce jsme se blíže nezabývali rolí muže v celém procesu neplodnosti a její léčby a podrobněji jsme se nevěnovali také sociálním vztahům neplodného páru, jejich partnerství - komunikaci a sdílení pocitů, sexualitě, prožívání úspěchu či neúspěchu léčby a vyrovnání se s nedobrovolnou bezdětností. Zároveň bychom také rádi upozornili, že se nejedná o práci z oboru medicíny a v určitých případech není v našich možnostech, a v souladu s podobou celé práce, kompletně zpracovat výčet složitých fyziologických procesů či lékařských metod, další důležité informace související s touto oblastí najde čtenář díky odkazům na aktuální zdroje. Také v případě kapitoly deprese se z důvodu rozsahu věnujeme blíže vymezení, definici a depresivním symptomům neplodnosti a další informace si čtenář může dohledat v odkazech.

Chtěli bychom, aby výsledky našeho výzkumu upozornily na skutečnost, že ženy z našeho souboru ve srovnání se zdravou populací žen vykazují velké úsilí v boji s neplodností, zjištěné hodnoty v BDI-II a I-E škále s tímto zjištěním v určitém úhlu pohledu souvisí. Myslíme si také, že s ohledem na náročnost, která je výzkumu neplodnosti vlastní, a všem nejistotám, které interpretace výsledků přináší, je třeba vnímat pacientky i celý pár vždy individuálně a současně výzkumné závěry považovat jako jednu z více možných interpretací jak příčiny, tak následku.

ZÁVĚR

Cílem našeho výzkumu bylo popsat míru depresivity, rozložení LOC a případný vztah mezi těmito charakteristikami u souboru žen léčících se pro neplodnost a u žen zdravých.

Teoretická část se zabývala neplodností, konkrétně jejím vymezením, obecnými charakteristikami, fyziologickými příčinami neplodnosti, také některými psychologickými vysvětleními příčin neplodnosti a nakonec podobou léčby a jejím vlivům. Blíže jsme zkoumali otázku depresivity a LOC v souvislosti s neplodností. V literatuře jsme našli velké množství výzkumných studií věnovaných neplodnosti a závěry, které produkují, se často velmi odlišují. Nesnažili jsme se vytvořit dojem ucelenosti a přesných tvrzení, spíše věříme, že teoretická část podnítl čtenáře k dalším otázkám a úvahám.

V empirické části jsme představili vyhodnocená a analyzovaná data, které jsme získali od souboru žen léčících se pro neplodnost a souboru zdravých žen. Oba soubory vyplňovaly konkrétně Beckův inventář depresivity BDI-II a Rotterovo Internalita-externalita škálu. Data jsme vyhodnotili, oba soubory porovnali a zároveň navzájem korelovali.

Zjistili jsme vyšší míru depresivity u žen léčících se pro neplodnost, než jakou vykazovaly zdravé ženy, zároveň v typu LOC nebyl mezi oběma soubory zjištěn statisticky významný rozdíl. Mezi výsledky inventáře BDI-II a I-E škálou jsme našli statisticky signifikantní vztah, ale pouze u VS, korelace mezi skóry BDI-II a I-E škály u KS nebyla statisticky signifikantní.

V diskuzi jsme se snažili uceleně podat výsledky a upozornit na některé hranice prezentované práce. Díky tomu spatřujeme naši práci jako potencionálně vhodný příspěvek k tématu hodící se k obezřetnému výkladu jednotlivých dat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Aarts, J. W. F., Deckx, L., van Abbema, D. L., Tjan-Heijnen, V. C. G., van der Akker, M., & Buntinx, F. (2015). The relation between depression, coping and health locus of control: Differences between older and younger patients, with and without cancer. *Psycho-Oncology, 24*(8), 950-957.
2. Affleck, G., Tennen, H., & Fifeield, J. (1987). Appraisal of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(2), 273-279.
3. Aflakseir, A., & Masoumeh, Z. (2013). Association between Coping Strategies and Infertility Stress among a Group of Women with Fertility Problem in Shiraz, Iran. *Journal of Reproduction and Infertility, 14*(4), 202-206.
4. Alhassan, A., Ziblim, A. R., & Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health, 14*(1), 1-6.
5. Apfel, R. J., & Keylor, R. G. (2002). Psychoanalysis and infertility myths and realities. *The International Journal of Psychoanalysis, 83*(1), 85-104.
6. Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin, 80*(4), 286-303.
7. Balcar, K. (1996). Dotazník osobní příčinné orientace I: Konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Československá psychologie, 40*(1), 28-38.
8. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
9. Baram, D., Tourtelot, E., Muechler, E., & Huang, K. (1988). Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 9*, 181-190.
10. Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
11. Beck, A. T. (1970). The core problem in depression: The cognitive triad. In J. Masserman (Eds.). *Depression: Theories and therapies*. New York: Grune & Stratton.
12. Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
13. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.

14. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. In M. Preiss, & K. Vacíř (Eds.) (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé: BDI-II. Příručka*. Brno: Psychodiagnostika.
15. Benassi, V. A., Sweeney, P. D., & Dufour, Ch. L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 357-367.
16. Boivin, J., & Takefman, J. E. (1996). Impact of in vitro fertilization proces on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction, 11*(4), 903-907.
17. Boivin, J., Griffiths, E., & Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ: British Medical Journal (Overseas a Retired Doctors Edition), 342*(7795).
18. Born, R. R. (1989). Adlerian perspectives on couseling the infertile couple. *Individual psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practise, 45*(4), 447-458.
19. Burns, L. H. (n.d.). *When to Seek Profesional Help for Emotional Aspects of the Infertility Experience*. Fact Sheet Series Resolve. Citováno dne 7. 12. 2015, dostupné také z: http://familybuilding.resolve.org/site/DocServer/18_Professional_Help_for_Emotional_Aspects.pdf?docID=5707
20. Callan, V. J., & Hennessey, J. F. (1988). The psychological adjustment of women experiencing infertility. *British Journal of Medical Psychology, 61*, 137-140.
21. Campbell, S. M., Dunkel-Schetter, Ch., & Peplau, L. A. (1991). Perceived Control and Adjustment to Infertility among Women Undergoing In Vitro Fertilization. In A. L. Stanton, & Ch. Dunkel-Schetter (Eds.). *Infertility. Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
22. Cedars, M., & Cedars, I. (2005). *Infertility: practical pathways in obstetrics and gynecology*. New York: McGraw-Hill.
23. Cikrt, T. (2000). Pět procent populace trpí klinickou formou deprese. *Zdravotnické noviny, (49)44*, 1-2.
24. Collins, A., Freeman, E. W., Boxer, A. S., & Tureck, R. (1992). Perception of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility, 57*(2), 350-356.

25. Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practise & Research. Clinical obstetrics and gynecology*, (21)2, 295-308.
26. Čepický, P. (1993). Psychosomatická problematika v gynekologii a porodnictví. In J. Baštěcký, J. Šavlík, & J. Šimek (Eds.). *Psychosomatická medicína* (pp. 246-267). Praha: Grada.
27. Čepický, P. (1999). Psychoendokrynologie prolaktinu. In P. Čepický (Eds.), *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP: program Karlovy Vary, 11. - 13. listopad 1999* (pp. 40-43). Praha: Levret.
28. Čepický, P. (2011). Psychogenní neplodnost. *Psychosom: Časopis pro somatickou a psychoterapeutickou medicínu*, 9(2), 145-147.
29. Český statistický úřad (2011b). *Počet obyvatel podle oblastí, krajů a okresů v 1. pololetí 2011*. Dostupné 29. 11. 2015 z <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4001-11>.
30. Český statistický úřad (2011a). *Úroveň vzdělání obyvatelstva ČR podle výsledků sčítání lidu v roce 2011*. Dostupné 19. 11. 2015 z <https://www.czso.cz/documents/10180/20536250/17023214a03.pdf/80a3d112-1f5b-4708-b0de-b2c364a0065a?version=1.1>
31. Češková, E. (2001). Afektivní poruchy. In P. Zvolský & J. Raboch (Eds.). *Psychiatrie* (pp. 253-274). Praha: Galén.
32. Češková, E. (2012). Poruchy nálady. In M. Svoboda, E. Češková & H. Kučerová. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy* (pp. 201-213). Praha: Portál.
33. Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: Celostní pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
34. Daňková, Š. (2005). *Co (ne) víme o duševním zdraví*. Demografie. Citováno dne 28. 11. 2015, dostupné také z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=164
35. Declerck, C., De Brabander, B., Boone, C., & Gerits, P. (2002). Locus of control, marital status and predictors of early relapse in primary breast cancer patients. *Psychology and Health*, 17(1), 63-76.
36. Deka, P. K., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 32-34.

37. Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-Kieboons, G., & Koninckx, P. R. (1992). Coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of in vitro fertilization through stress responses. *Psychoneuroendocrinology*, 17(6), 655-65.
38. Dennerstein, L., & Morse, C. (1985). Psychological issues in IVF. *Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, 12(4), 836-846.
39. Doherty, C. M., & Clark, M. M. (2006). *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press.
40. Domar, A. D., Seibel, M., & Benson, H. (1990). The Mind/Body Program for Infertility: A new treatment program for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 53(2), 246-249.
41. Domar, A. D., & Kelly, A. L. (2004). *Conquering Infertility. Dr. Alice Domar's Mind/Body Guide to Enhancing Fertility and Coping with Infertility*. Penguin Books.
42. Downey, J., Yingling, S., McKinney, M., Husami, N., Iewelewicz, R., & Maidman, J. (1989). Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertility and Sterility*, 52(3), 425-432.
43. Downey, J., & McKinney, M. (1992). The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 196-205.
44. Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory – II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89.
45. Ebbesen, S. S., Zachariae, R., Mehlsen, M. Y., Thomsen, D., Højgaard, A., Ottosen, L. ... Ingerslev, H. J. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: A prospective study. *Human reproduction*, 24(9), 2173-2182.
46. Evenson, R. J., & Simon, W. R. (2005). Clarifying the Relationship Between Parenthood and Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(12), 341-358.
47. Flamini, C. (1998). *Il libro della procreazione*. Milano: Mondadori.
48. Folkman, S. (1984). Personal control and stress coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
49. Friedland, N. (1992). On luck and chance. Need for control as a mediator of the attribution of events to Luck. *Journal of Behavioral Decision Making*, 5(4), 267-282.

50. Geer, J. H., Davidson, G. C., & Gatchel, R. I. (1970). Reduction of stress in humans through nonveridical perceived control of aversive stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16(4), 731-738.
51. Gengxiang, W., Tailang, Y., Jing, Y., Wangming, X., Yujie, Z., & Yaqin, W. (2014). Depression and coping strategies of Chinese women undergoing in-vitro fertilization. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 183, 155-158.
52. Gibson, R. C., Morgan, K. A. D., Abel, W. D., Sewell, C. A., Martin, J. S., Lowe, G. A. ... Asnani, M. R. (2013). Locus of control, depression and quality of life among persons with sickle cell disease in Jamaica. *Psychology, Health & Medicine*, 18(4), 451-460.
53. Gil-Lacruz, M., & Gil-Lacruz, A. I. (2010). Health Attributions and Health Care Behavior Interactions in a Community Sample. *Social Behavior and Personality*, 38(6), 845-858.
54. Goldberg, J. H., Breckenridge, J. N., & Sheikh, J. I. (2003). Age Differences in Symptoms of Depression and Anxiety: Examining Behavioral Medicine Outpatients. *Journal of Behavioral Medicine*, (26)2, 119-132.
55. Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704.
56. Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychoterapy. *Issues Mental Health Nursing Journal*, 23(1), 31-41.
57. Harter, S. (1988). The construction and conservation of the self: James and Cooley revisited. In D. K. Lapsley, & C. K. Power (Eds.). *Self, Ego, and Identity: Approaches* (pp. 43-69). New York: Springer-Verlag.
58. Hašková, H. (2009). *Fenomén bezdětnosti*. Praha: Slon.
59. Hobfoll, S. E., & Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: Mothers' reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16(4), 565-589.
60. Holmes, D. S., & Houston, B. K. (1974). Effectiveness of situation redefinition and affective isolation in coping with stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29(2), 212-218.
61. Honzák, R. (1999). *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.
62. Hošek, V. (1997). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum.

63. Houston, B. K. (1972). Control over stress, locus of control, and responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21(2), 249-255.
64. Hunt, M. (2000). *Dějiny psychologie*. Praha: Portál.
65. Chen T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(23), 13-18.
66. Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C. ... Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 158(2), 235-241.
67. 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.
68. Jarošová, M. (2009). *Vliv vnímaného místa řízení na studium cizích jazyků: se zvláštním zaměřením na chronické začátečnický (Diplomová práce)*. Praha: FF UK.
69. Jarošová, R. (2011). Aktuální trendy české populace. In L. Šulová, T. Fait & P. Weiss. *Výchova k sexuálně reprodukcímu zdraví* (pp. 155-169). Praha: Maxdorf.
70. Jaswal, S., & Dewan, A. (1997). The relationship between Locus of Control and Depression. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 13(1-2), 25-27.
71. Johansson, M., & Berg, M. (2005). Woman's experience of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Journal of Caring Sciences*, 19(1), 58-63.
72. Kanfer, F., & Goldfoot, D. A. (1966). Self-control and the tolerance of noxious stimulation. *Psychological Reports*, 18(1), 79-85.
73. Kanfer, F., & Seider, M. L. (1973). Self-control: Factors enhancing tolerance of noxious stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25(3), 381-389.
74. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
75. Kellnerová, K. (2012). *Strategie zvládnutí stresu a osobní příčinná orientace u žen podstupujících léčbu neplodnosti (Diplomová práce)*. Praha: FF UK.
76. Keye, W. R. (1984). Psychosexual responses to infertility. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 27(3), 760-766.

77. Kipper, D. A., & Zadik, H. (1996). Functional infertility and femininity: A comparison of infertile women and their mothers. *Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 375-382.
78. Kirca, N., & Pasinlioglu, T. (2013a). Evaluation of psychosocial problems experienced during treatment proces by women successful in infertility treatment. *Journal of Society for developement in new net enviroment in B&H*, 7(5), 1618-1628.
79. Kirca, N., & Pasinlioglu, T. (2013b). Psychosocial Problems during Infertility Treatment. *Current Approaches in Psychiatry*, 5(2), 162-178.
80. Klimeš, J. (2009), Krizový plán při neplodnosti. Ordinance. Citováno dne 6. 12. 2015, dostupné také z: <http://www.ordinace.cz/clanek/ocima-psychologa-krizovy-plan-pri-neplodnosti/>
81. Konečná, H. (2009). *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha: Galén.
82. Koryntová, D. (1999). Psychosomatické aspekty sterility. In P. Čepický (Eds.), *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP: program Karlovy Vary, 11. - 13. listopad 1999* (pp. 85-91). Praha: Levret.
83. Koryntová, D., Síbrtová, K., Kloučková, E., Čepický, P., Řežábek, K., & Živný, J. (2001). Úzkost a deprese před in vitro fertilizací - muži a ženy reagují různě podle příčiny neplodnosti. *Česká gynekologie*, 66(1), 47-51.
84. Koryntová, D., & Mára, M. (2004). Omyly a kontroverze v diagnostice a léčbě sterility. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 13(1), 20-27.
85. Kryl, M. (2006). Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(5), 250-255. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_5_250:255.pdf
86. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
87. Křížová, E. (2005). Jak si lidé vysvětlují své nemoci. In J. Payne. *Kvalita života a zdraví* (615-629). Praha: Triton.
88. Kubíček, V. (2004). Mužská infertilita - „Guidlines“ 2004. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 13(Suppl. C), 812-817.
89. Lambert, M. J., & Stephenson, A. (2000). Beck Depression Inventory. In A. E. Kazdin (Eds.), *Encyclopedia of psychology* (pp. 375-377). London: Oxford University Press.
90. Langer, E. J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.

91. Lapane, K. L., Zierler, S., Lasater, T. M., Stein, M., Barbour, M. M., & Hume, A. L. (1995). Is a history of depressive symptoms associated with an increased risk of infertility in women? *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 509-513.
92. Levi-Setti, P. E., Albani, E., Cavagna, M., Bulletti, C., Colombo, G. V., & Negri, L. (2003). The impact of embryotransfer on implantation - a review. *Placenta*, 24(Suppl. 2), 20-26.
93. Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43, 335-346.
94. Malečková, L. (1999). *Klinické použití Beckovy sebesuzovací škály deprese*. (Diplomová práce). Praha: FF UK.
95. Marcus, S. (2011). In vitro fertilization: Provides a summary of the complications associated with IVF pregnancies compared to natural conception. Citováno dne 31. 10. 2015, dostupné také z: www.ivf-infertility.com/ivf/standard/outcome.php.
96. Mardesić, T. (1996). *Neplodnost*. Praha: Makropulos.
97. Mardesić, T. (2002). Indikace a výsledky léčby metodami asistované reprodukce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 11(4), 565-571. Praha: Levret.
98. Mardesić, T. (2010). *Když se nedaří otěhotnět*. Praha: Mladá fronta.
99. Mardesić, T. (2013). *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada.
100. Matějů, I., Weiss, P., & Urbánek, V. (2005a). Psychologické důsledky neplodnosti. *Československá psychologie*, 49(3), 251-260.
101. Matějů, I., Weiss, P., & Urbánek, V. (2005b). Psychologické příčiny neplodnosti. *Československá psychologie*, 49(2), 131-139.
102. Mathews, R., & Mathews, A. M. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 48(3), 641-649.
103. McCarthy, P. M., & Chiu, S. (2011). Differences in woman's psychological well-being based on infertility treatment choice and outcomes. *Journal of Midwifery Woman's & Health*, 56(5), 475-480.
104. McCormick, T. M. (1980). Out of control: One aspect of infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 9(4), 205-206.
105. McMahan, C. A., Gibson, F., Leslie, G., Cohen, J., & Tennant, Ch. (2003). Parents of 5-year-old in vitro fertilization children: Psychological adjustment, parenting stress, and the influence of the subsequent in vitro fertilization treatment. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 361-369.

106. Meniru, G. I. (2001). *Cambridge guide to infertility management and assisted reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
107. Menning, B. E. (1977). *Infertility: A guide for the childless couple*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
108. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Tabeleární část* (desátá revize aktualizovaná druhá verze). (2008). Praha: Bomton.
109. Michela, J. L., & Wood, J. V. (1986), Causal attributions in health and illness. In P. C Kendall (Eds.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 5, pp. 179-235). New York: Academic Press.
110. Mikšík, O. (2007). *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: Karolinum.
111. Miller, M. C. (2009). The psychological impact of infertility. *Harvard Mental Health Letter*, 25(11), 1-3.
112. Miovský, M. (2003). In M. Miovský & J. Bareš, *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling* (pp.75-84). Praha: Úřad vlády ČR.
113. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
114. Moafi, F., Dolatian, M., & Alimoradi, Z. (2014). Impact of social support on infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 14(7), 130-139.
115. Mrázek, M. (2003). *Umělé oplodnění*. Praha: Triton.
116. Newton, Ch. R., Hearn, M. T., & Yuzpe, A. A. (1990). Psychological assesment and follow-up after in vitro fertilization: assesing the impact of failure. *Fertility and sterility*, 54(4). 879-86.
117. Northrup, Ch. (2008). *Zdravá žena: od prvního početí po stáří*. Praha: Columbus.
118. Novotná, J. (2007). O paní Mojžíšové a její „metodě první volby“. In O. Strusková, & J. Novotná, *Metoda Ludmily Mojžíšové: Cesta k přirozenému otěhotnění. Cesta pro fyzické a duševní zdraví* (pp. 9-60). Praha: Nakladatelství XYZ.
119. Novotny, P. P. (1997). *Co dělat při neplodnosti*. Praha: Pragma.
120. Obi, S. N., Onah, H. E., & Okafor, I. I. (2009). Depression among Nigerian women following pregnancy loss. *International Journal of Gynegology and Obstetrics*, (105)1, 60-62.
121. Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
122. Ostró, A., Pilka, L., & Lešník, F. (2009). *Reprodukční medicína: současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.

123. Paulson J. D., Haarmann, B. S., Salerno R. L., & Asmar. P. (1988). An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *Fertility and Sterility*, 49(2), 258-262.
124. Pennebaker, J. W., Burnam, M. A., & Harper, D. C. (1977). Lack of control as a determinant of perceived physical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 167-174.
125. Peterson, B. D., Sejbaek, C. S., Matthew, P., & Lone, S. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction*, 29(1), 76-82.
126. Platt, J. J., Fischer, I., & Silver, M. J. (1973). Infertile couples: Personality traits and self-ideal concept discrepancies. *Fertility and Sterility*, 24(12), 972-976.
127. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy - Průřez teoriemi*. Praha: Grada.
128. Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385-401.
129. Raboch, J., & Zvolský, P. (Eds.) (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
130. Raboch, J. (2012) Afektivní poruchy. In J. Raboch, P. Pavlovský, & D. Janotová, *Psychiatrie. Minimum pro praxi* (pp. 91-115). Praha: Triton.
131. Ramezanli, S., & Kargar, M. (2014) Emotional adaptation in infertile people. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 11, 56-56.
132. Righetti, P. L., & Luisi, S. (2007). *La procreazione assistita*. Torino: Bollati Boringhieri.
133. Rimehaug, T., & Wallander, J. (2010). Anxiety and depressive symptoms related to parenthood in a large Norwegian community sample: the HUNT2 study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 713.
134. Rob, L., Martan, A., & Citterbart, K. et al. (2008). *Gynekologie*. Praha: Galén.
135. Rodrigues, D. (2014). *Hormonální jógová terapie: pro znovuaktivování hormonálního systému a odstranění symptomů menopauzy, premenstruačního syndromu, polycystických vaječníků a neplodnosti*. Olomouc: Fontána.
136. Rokyta, P. *Věkové složení pacientek léčících se pro neplodnost v Čechách* [elektronická pošta]. Message to: Ivana.ryparova@centrum.cz. 27. listopad. 2015 16:24 [cit. 2015-11-21]. Osobní komunikace.
137. Roth, J., Preiss, M., & Urbanová, T. (1999). *Deprese v neurologické praxi: Část první: symptomy, diagnostika, rizikové faktory*. Praha: Galén. Dostupné z:

http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Deprese_v_neurologicke_praxi_1.pdf

138. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1).
139. Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada.
140. Řežábek, K. (1999). *Léčba neplodnosti: Aneb co dělat, když chceme dítě*. Praha: Grada.
141. Řežábek, K. (2002). Vyšetření pro sterilitu. *Moderní Gynekologie a porodnictví*, 11(4), 512-523.
142. Řežábek, K. (2004). *Léčba neplodnosti: příčiny neplodnosti, metody léčby, mimotělní oplodnění, zákony*. Praha: Levret.
143. Řežábek, K. (2008a). *Asistovaná reprodukce. Farmakoterapie pro praxi*. Praha: Maxdorf.
144. Řežábek, K. (2008b). *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada.
145. Řežábek, K. (2014). *Asistovaná reprodukce*. Praha: Maxdorf.
146. Řežábek, K. (2015). In L. Hamplová. Vystresování k neplodnosti. *Lidové noviny*, 122(304), 31-32.
147. Sandelowski, M., & Jones, L. C. (1986). Social exchange of infertile women. *Issues in Mental Health Nursing*, 8(3), 173-189.
148. Sarafino, E. P. (2005). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. New Jersey: John Wiley & Sons, INC.
149. Sayers, J. (1999). *Matky psychoanalýzy*. Praha: Triton.
150. Seibel, M. M., & Taymor, M. L. (1982). Emotional aspects in Infertility. *Fertility and Sterility*, 37(2), 137-145.
151. Sexton, M. B., Byrd, M. R., & von Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4), 236-241.
152. 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(3), 244-251.
153. Slepíčková, L. (2009). Neplodnost jeho a neplodnost její. Genderové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis*, 45(1), 177-203.
154. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.

155. Sobati, B., Khaefi, A. P., & Sabeti, S. (2015). The relationship between the Locus of Internal-external control with Depression in both Infertile Men and Women. *Jurnal UMP Social Sciences and Technology Management*, 3(1), 615-622.
156. Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
157. Staub, E., Tursky, B., & Schwartz, G. E. (1971). Self-control and predictability: Their effects on reactions to aversive stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 157-162.
158. Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
159. Stephens, M. A. (1986): Tests based on EDF statistics. In R. B. D'Agostino & M. A. Stephens (Eds), *Goodness-of-Fit Techniques*. New York: Marcel Dekker.
160. Šindelář, M. (2004). Lázeňská léčba ženských chorob ve Františkových Lázních. *Moderní babictví*, 4(1), 1-3.
161. Šulová, L., Fait, T., & Weiss, P. (2011). *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf.
162. Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173.
163. Taylor, S. E., Uchtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.
164. Thiering, P., Beaurepaire, J., Jones, M., Saunders, D., & Tennant, C. (1993). Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *Journal of Psychosomatic Research*, 37(5), 481-491.
165. Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90(1), 89-101.
166. Ulčová-Gallová, Z. (1999). *Diagnóza neplodnost. Útok protilátek*. Praha: Petrklíč.
167. Ulčová-Gallová, Z. (2002). Imunologická příčina poruch plodnosti. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 11(4), 553-560.
168. Ulčová-Gallová, Z. (2006). *Neplodnost - útok imunity: Metody vyšetření, příčiny neplodnosti, důvody potráčovosti, metody léčby, nejčastější otázky*. Praha: Grada.
169. Ulčová-Gallová, Z., & Lošan, P. (2013). *Neplodnost. Útok imunity*. Praha: Grada.
170. Valentine, D. P. (1986). Psychological impact on infertility: Identifying issues and needs. *Social Work in Health Care*, 11(4), 61-69.

171. Van Balen, F. (2002). The psychologization of infertility. In M. C. Inhorn, & F. van Balen (Eds), *Infertility around the globe* (pp. 79-98). Berkley: University of California press.
172. Ventruba, P., Žáková, J., & Višňová, H. (2002). Vyšetření pro sterilitu. *Moderní Gynekologie a porodnictví*, 11(4), 572-579. Praha: Levret.
173. Ventruba, P. (2008). Poruchy plodnosti. In L. Rob, A. Martan, & K. Citterbart, *Gynekologie* (pp. 149-161). Praha: Galén.
174. Vlasová, H. (1997). Jak se nám to mohlo stát? In P. P. Novotny, *Co dělat při neplodnosti*. (pp. 13). Praha: Pragma.
175. Volejníková, H. (2005). Rehabilitační metoda Mojžíšové jako prevence i terapie v reprodukční medicíně. In H. Konečná (Eds.), *Reprodukční zdraví 2005: Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít* (pp. 19-21). Praha: Nadace mateřské naděje.
176. Wallston, K. A., Wallston, B. S., Smith, S., & Dobbins, C. J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research and Reviews*, 6, 5-25.
177. Weiss, P. (2011). Neplodnost - příčiny a léčba. In L. Šulová, T. Fait & P. Weiss, *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví* (pp. 284-286). Praha: Maxdorf.
178. Weiss, P. (2015). In L. Hamplová. Vystresování k neplodnosti. *Lidové noviny*, 122(304), 31-32.
179. Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstada, S-E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598-604.
180. Wischmann, T. H., & Stammer, H. (2010). Der Traum vom eigenen Kind: psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. Stuttgart: Kohlhammer.
181. Wischmann, T. H. (2011). Psychogenní neplodnost: Mýty a fakta. *Psychosom: Časopis pro somatickou a psychoterapeutickou medicínu*, 9(1), 36.
182. World Federation of Mental Health. (2012). *Depression: A global crisis: World Mental Health Day, October 10 2012*. Citováno 6. 11. 2015, dostupné také z: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
183. World Health Organisation (2009). *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Citováno dne 31. 10. 2015, dostupné také z http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567_eng.pdf

184. World Health Organisation (2015). *Infertility*. Citováno 8. 5. 2015, dostupné také z <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/new/en/>
185. Wortman, C. B., & Brehm, J. W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. In L. Berkowitz (Eds.), *Advances in experimental social psychology*, 8, 277-336. New York: Academic Press.
186. Yu-Chen, L., Hui-Lan, X., & Shi-You, G. (2012). Anxiety and depression in women with in-vitro fertilization and embryo transfer treatment. *Chinese Mental Health Journal*, 26(4), 241-246.
187. Zawawi, J. A., & Hamaideh, S. H. (2009). Depressive Symptoms and Their Correlates with Locus of Control and Satisfaction with Life among Jordanian College Students. *Europe's Journal of Psychology*, 5(4), 71-103.
188. Zvěřina, J. (1992). *2 x 100 intimních rad pro muže a ženy*. Praha: Výběr.
189. Zvěřina, J. (2010). Sexuální dysfunkce. In P. Weiss (Eds.). *Sexuologie* (339-363). Praha: Grada.

SEZNAM TABULEK

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabulka 1: Základní charakteristiky souborů dle věku..... | 65 |
| Tabulka 2: Základní charakteristiky VS dle věkových kategorií..... | 65 |
| Tabulka 3: Základní charakteristiky KS dle věkových kategorií..... | 65 |
| Tabulka 4: Charakteristiky souborů dle vzdělání..... | 66 |
| Tabulka 5: Charakteristiky souborů dle místa bydliště..... | 67 |
| Tabulka 6: Typ neplodnosti..... | 68 |
| Tabulka 7: Příčina neplodnosti..... | 68 |
| Tabulka 8: Doba snahy o početí..... | 69 |
| Tabulka 9: Rozložení souboru dle doby snahy o početí..... | 69 |
| Tabulka 10: Doba léčby..... | 70 |
| Tabulka 11: Rozložení souboru dle doby léčby..... | 70 |
| Tabulka 12: Druh léčby..... | 71 |
| Tabulka 13: Závažnost deprese dle celkového skóru v BDI-II..... | 74 |
| Tabulka 14: Údaje deskriptivní statistiky pro inventář BDI - II..... | 81 |
| Tabulka 15: Charakteristika souborů dle závažnosti deprese..... | 81 |
| Tabulka 16: Výsledky statistického zpracování BDI-II - metodou Mann-Whitney U Test pro dva nezávislé soubory, oboustranný..... | 82 |
| Tabulka 17: Výsledky statistického zpracování BDI-II - metodou Mann-Whitney U Test pro dva nezávislé soubory, oboustranný - 2. část..... | 82 |
| Tabulka 18: Údaje deskriptivní statistiky pro I-E škálu..... | 83 |
| Tabulka 19: Charakteristika souborů dle IO/EO..... | 83 |
| Tabulka 20: Výsledky statistického zpracování I-E škály - metodou Mann-Whitney U Test pro dva nezávislé soubory, oboustranný..... | 84 |
| Tabulka 21: Výsledky statistického zpracování I-E škály - metodou Mann-Whitney U Test pro dva nezávislé soubory, oboustranný - 2. část..... | 84 |
| Tabulka 22: Výsledky statistického zpracování BDI- II a I-E škály - metodou Spearmanův koeficient pořadové korelace pro oba soubory..... | 85 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---------------------------------------------|----|
| Graf 1: Kvantilový graf LOC pro VS | 79 |
| Graf 2: Kvantilový graf LOC pro KS | 79 |
| Graf 3: Kvantilový graf BDI-II pro VS | 80 |
| Graf 4: Kvantilový graf BDI-II pro KS | 80 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Příloha 1: Anamnestický dotazník - průvodní text | 112 |
| Příloha 2: Anamnestický dotazník pro výběrový soubor - 1. strana | 113 |
| Příloha 3: Anamnestický dotazník pro výběrový soubor - 2. strana | 114 |
| Příloha 4: Anamnestický dotazník pro výběrový soubor - 3. strana | 115 |
| Příloha 5: Anamnestický dotazník pro výběrový soubor - 4. strana | 116 |
| Příloha 6: Anamnestický dotazník pro výběrový soubor - 5. strana | 117 |
| Příloha 7: Anamnestický dotazník pro kontrolní soubor - 1. strana | 118 |
| Příloha 8: Anamnestický dotazník pro kontrolní soubor - 2. strana | 119 |
| Příloha 9: I-E ŠKÁLA - 1. strana | 120 |
| Příloha 10: I-E ŠKÁLA - 2. strana..... | 121 |
| Příloha 11: I-E ŠKÁLA - 3. strana..... | 122 |
| Příloha 12: BDI-II - 1. strana | 123 |
| Příloha 13: BDI-II - 2. strana | 124 |

Příloha 1: Anamnestický dotazník - průvodní text

Vážená slečno/paní,

jmenuji se Ivana Blašková, jsem studentkou 7. ročníku psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy a v současné době pracuji na své diplomové práci. Chci Vás proto požádat o vyplnění přiložených dotazníků, které jsou jednou ze součástí šetření zaměřeného na ženskou neplodnost - jedná se o anamnestický dotazník, I-E Škálu a BDI-II dotazník. Prosím Vás o vyplnění všech materiálů. V opačném případě by nebylo možné data využít.

Pokud budete mít zájem, ráda Vám poskytnu vyhodnocení I-E škály, která hodnotí Váš přístup k životním těžkostem, vypovídá o tom, do jaké míry jste přesvědčena, že jste schopna kontrolovat a ovládat výsledky své činnosti. Pokud si přejete obdržet vyhodnocení I-E škály, uveďte níže svůj e-mail.

Všechna data budou vyhodnocena anonymně a budou sloužit pouze k výzkumným účelům.

S veškerými dotazy mne prosím neváhejte kontaktovat.

Ráda bych Vám předem vyjádřila díky za brzké odeslání vyplněných dotazníků!

Vaše spolupráce je pro mne významnou pomocí a velmi Vám za ní děkuji!

Ivana Blašková

e-mail: Ivana.ryparova@centrum.cz

tel: 725 576 069

Mám zájem o zaslání výsledků LOC škály na tento e-mail:

Všechna fakta, která uvedete, budou vyhodnocena anonymně, budou sloužit pouze k výzkumným účelům a jsou velmi důležitá pro možnost kvalitního rozboru získaných dat!

Prosím, vyplňte následující údaje:

Věk:

Současné nebo poslední vykonávané zaměstnání:

V současné době (zakroužkujte):

a) chodím do zaměstnání b) jsem v pracovní neschopnosti c) jiné:

Nejvyšší dosažené vzdělání (zakroužkujte):

ZŠ SOU SOU + maturita SŠ VOŠ
VŠ

Bydliště (stačí uvést město):

Uveďte, pokud již máte děti, jejich počet a věk:

.....

1) Příčina / příčiny neplodnosti, která Vám byla diagnostikována (zakroužkujte):

- a) diopatická neplodnost (=funkční neplodnost - neplodnost bez prokazatelné příčiny / neobjasněná neplodnost)
- b) poškození nebo neprůchodnost vejcovodů
- c) chromozomální poruchy (vajíčko není v pořádku)
- d) hormonální problémy

d¹) porucha zrání a uvolňování vajíček

d²) syndrom polycystických vaječníků

- e) endometrióza (uvolňování částiček děložní sliznice do dutiny břišní)
- f) myomy, polypy v děloze
- g) imunologická reakce na sperma (protilátky proti spermatu / imunologická rejekce spermatu)

Příloha 3: Anamnestický dotazník pro výběrový soubor - 2. strana

- h) problémy s uhnízděním oplodněného vajíčka
- i) předčasná menopauza, předčasná ovariální selhání
- j) jiné (vypište):
- k) další důležité detaily (vypište):

2)

a) **příčina neplodnosti je diagnostikována i na straně partnera**

(zakroužkujte):

ano ne

Pokud ano, uveďte prosím diagnózu:

b) **společná příčina** (zakroužkujte):

ano ne

Pokud ano, upřesněte prosím:

3) **Uveďte, jak dlouho se pokoušíte otěhotnět:**

4) **Uveďte, jak dlouho se léčíte pro neplodnost:**

5) **Zakroužkujte prosím, jaké druhy léčby jste již absolvovala:**

a) **hormonální léčba**

a¹) v minulosti jsem neužívala žádné hormonální preparáty

a²) v minulosti jsem již užívala hormonální preparáty (prosím vypište, pokud si vzpomenete na název preparátu):

.....

V případě, že jste pociťovala fyzické či psychické vedlejší účinky hormonální léčby, tyto účinky prosím popište:

.....
.....
.....

Příloha 4: Anamnestický dotazník pro výběrový soubor - 3. strana

a³) v současné době neužívám žádné hormonální preparáty

a⁴) v současné době užívám tyto preparáty (prosím vypište, pokud si vzpomenete na název preparátu):

V případě, že pociťujete fyzické či psychické vedlejší účinky hormonální léčby, tyto účinky prosím popište:

.....
.....
.....

b) **IUI – intrauterinní inseminace** (zavedení spermatu přímo do dělohy)

- množství absolvovaných zákroků (vypište):
- datum posledního zákroku (vypište):

c) **IVF – in vitro fertilizace** – odběr vajíček, jejich oplodnění a přenos embrya (oplozeného vajíčka) do dělohy

- počet absolvovaných odběrů vajíček z nativního cyklu (odběr jednoho či dvou vajíček bez stimulace růstu folikulů (vypište):
- počet absolvovaných odběrů vajíček za podávání léků podporujících růst folikulů (zpravidla odběr více vajíček) (vypište):
- množství absolvovaných přenosů embrya do dělohy (vypište):
- datum posledního zákroku (vypište a upřesněte, o jaký zákrok se jednalo):
- zákrok proběhl za použití (zakroužkujte):
 - c¹) vlastního vajíčka
 - c²) darovaného vajíčka
 - c³) spermatu partnera
 - c⁴) darovaného spermatu

d) **Jiné** (vypište):

Příloha 5: Anamnestický dotazník pro výběrový soubor - 4. strana

- 6) **Pokud jste někdy v minulosti potratila, napište prosím množství prodělaných potratů, zda se jednalo o potrat samovolný nebo o lékařský zákrok a důvod, proč k potratu došlo** (v případě, že je vám důvod známý):
.....
- 7) **V tuto chvíli** (zakroužkujte, možno i více odpovědí):
- a) vím, že nejsem těhotná
 - b) nejsem si jista, zda jsem těhotná
 - c) čekám na výsledky krevních testů
 - d) jsem aktuálně po zákroku – konkretizujte prosím typ zákroku a datum provedení:
 - e) aktuálně se připravuji na zákrok – konkretizujte prosím typ zákroku a předpokládané datum provedení:
 - f) jiné (vypište):
- 8) **V léčbě** (zakroužkujte):
- a) budu pokračovat
 - b) nebudu již pokračovat z důvodu (vypište):
- 9) **Uved'te prosím, zda se současně léčíte pro jiné onemocnění** (zakroužkujte):
- Ano** (upřesněte prosím typ onemocnění a dobu, po kterou se léčíte):
.....
- Ne**
- 10) **Uved'te prosím, zda jste v minulosti byla v péči psychologa** (zakroužkujte):
- Ano** (upřesněte prosím důvod, případně typ onemocnění a dobu, po kterou jste k psychologovi docházela):
.....
- Ne**
- 11) **Uved'te prosím, zda jste v současné době byla v péči psychologa** (zakroužkujte):
- Ano** (upřesněte prosím důvod, případně typ onemocnění a dobu, po kterou jste k psychologovi docházíte):
.....
- Ne**

Příloha 6: Anamnestický dotazník pro výběrový soubor - 5. strana

12) **Uved'te prosím, zda jste v minulosti byla v péči psychiatra** (zakroužkujte):

Ano (upřesněte prosím důvod, případně typ onemocnění a dobu, po kterou jste k psychiatrovi docházela):

.....

Ne

13) **Uved'te prosím, zda jste v současné době byla v péči psychiatra**

(zakroužkujte):

Ano (upřesněte prosím důvod, případně typ onemocnění a dobu, po kterou k psychiatrovi docházíte, uved'te, zda berete nějaké léky):

.....

Ne

Příloha 7: Anamnestický dotazník pro kontrolní soubor - 1. strana

ČÍSLO: 000

Všechna fakta, která uvedete, budou vyhodnocena anonymně, budou sloužit pouze k výzkumným účelům a jsou velmi důležitá pro možnost kvalitního rozboru získaných dat!

Prosím, vyplňte následující údaje:

Věk:

Současné nebo poslední vykonávané zaměstnání:

.....

V současné době (zakroužkujte):

a) chodím do zaměstnání b) jsem v pracovní neschopnosti c) jiné:

Nejvyšší dosažené vzdělání (zakroužkujte):

ZŠ SOU SOU + maturita SŠ VOŠ
VŠ

Bydliště (stačí uvést město):

1. Uved'te prosím, zda se současně léčíte pro nějaké onemocnění

(zakroužkujte):

a) **Ano** (upřesněte prosím typ onemocnění a dobu, po kterou se léčíte):

.....

b) **Ne**

2. Uved'te prosím, zda jste v minulosti byla v péči psychologa (zakroužkujte):

a) **Ano** (upřesněte prosím důvod, případně typ onemocnění a dobu, po kterou jste k psychologovi docházela):

.....

b) **Ne**

Příloha 8: Anamnestický dotazník pro kontrolní soubor - 2. strana

3. **Uveďte prosím, zda jste v současné době v péči psychologa** (zakroužkujte):

a) **Ano** (upřesněte prosím důvod, případně typ onemocnění a dobu, po kterou k psychologovi docházíte):

.....

b) **Ne**

4. **Uveďte prosím, zda jste v minulosti byla v péči psychiatra** (zakroužkujte):

a) **Ano** (upřesněte prosím důvod, případně typ onemocnění a dobu, po kterou jste k psychiatrovi docházela):

.....

b) **Ne**

5. **Uveďte prosím, zda jste v současné době v péči psychiatra** (zakroužkujte)

a) **Ano** (upřesněte prosím důvod, případně typ onemocnění a dobu, po kterou k psychiatrovi docházíte, uveďte, zda berete nějaké léky):

.....

b) **Ne**

Příloha 9: I-E ŠKÁLA - 1. strana

I-E ŠKÁLA

U KAŽDÉHO BODU OZNAČTE TVRZENÍ *a* NEBO *b* PODLE TOHO, KTERÉ VÍCE ODPOVÍDÁ VAŠEMU PŘESVĚDČENÍ.

1. a. Děti se dostávají do potíží, protože je jejich rodiče příliš trestají.
b. Potíž u většiny dnešních dětí spočívá v tom, že jsou na ně rodiče příliš mírní.
2. a. Mnohé nezdary se lidem přihodí kvůli nešťastným náhodám.
b. Neúspěchy lidí pramení z chyb, kterých se dopouštějí.
3. a. To, že se lidé dostatečně nezajímají o politiku, je jednou z hlavních příčin válek.
b. Války tu budou vždy a nezáleží na tom, jak moc se jim lidé snaží zabránit.
4. a. Lidé nakonec získají takové uznání, jaké si na tomto světě zaslouží.
b. Člověk bohužel často zůstane nedoceněn, ať se snaží sebevíc.
5. a. Názor, že učitelé jsou k žákům nespravedliví, bývá nesmyslný.
b. Většina studentů si neuvědomuje, do jaké míry jsou jejich známky ovlivněny náhodnými událostmi.
6. a. Člověk se nemůže stát dobrým šéfem, pokud se mu k tomu nenaskytne správná příležitost.
b. Pokud se ze schopných jedinců nestali vedoucí pracovníci, je to tím, že se nedokázali chopit své příležitosti.
7. a. Ať se snažíte sebevíc, někteří lidé si vás prostě neoblíbí.
b. Lidé, kteří si nedokáží získat sympatie ostatních, nevědí, jak mají vycházet s lidmi.
8. a. Dědičnost hraje rozhodující úlohu v tom, jaký člověk se z nás stane.
b. Osobnost člověka je daná jeho životními zkušenostmi.
9. a. Mnohokrát se mi potvrdilo, že věci, které se mají stát, se stanou.
b. Vzít věci do svých rukou se mi v životě osvědčilo více, než spoléhat se na osud.
10. a. Dobře připraveného studenta nemůže zadání testu téměř nikdy zaskočit.
b. Otázky při zkoušce často vůbec nesouvisí s látkou probranou v hodině, takže jakákoliv příprava je zbytečná.

Příloha 10: I-E ŠKÁLA - 2. strana

11. a. Úspěch je záležitostí tvrdé práce, štěstí s tím má jen málo co do činění.
b. Získání dobré pracovní pozice závisí převážně na tom, zda se člověk nachází ve správný čas na správném místě.
12. a. Řadový občan může ovlivňovat rozhodování vlády.
b. Tento svět řídí několik málo mocných lidí a obyčejný člověk s tím zmůže jen velmi málo.
13. a. Když si něco naplánuji, jsem si téměř jistý, že to dokážu zrealizovat.
b. Není vždy moudré plánovat příliš dopředu, protože o mnohých věcech nakonec rozhodne osud.
14. a. Někteří lidé zkrátka nejsou k ničemu.
b. Na každém člověku je něco dobrého.
15. a. V mém případě má dosažení toho, co chci, jen málo co do činění se štěstím.
b. Častokrát by člověk udělal stejně dobře, kdyby si místo rozhodování hodil minci.
16. a. Vedoucí pozici získá často ten, kdo měl dost štěstí, aby se na tom správném místě ocitl jako první.
b. Přimět lidi, aby dělali věci správně, záleží na schopnostech šéfa, štěstí s tím téměř nebo vůbec nesouvisí.
17. a. Ve světovém dění je většina z nás obětí sil, kterým nemůžeme ani rozumět, ani je ovládat.
b. Lidé mohou ovlivňovat světové dění tím, že se budou aktivně účastnit politického a společenského života.
18. a. Většina lidí si ani neuvědomuje, do jaké míry jsou jejich životy řízeny náhodnými jevy.
b. Něco takového jako „štěstí“ neexistuje.
19. a. Člověk by měl být vždy schopen přiznat své chyby.
b. Chyby je obvykle nejlepší skrývat.
20. a. Jen těžko se dá odhadnout, jestli jste dané osobě opravdu sympatičtí.
b. Počet vašich kamarádů závisí na tom, do jaké míry jste přívětiví.

Příloha 11: I-E ŠKÁLA - 3. strana

- 21. a. Špatné věci, které se nám přihodí, jsou časem vyváženy těmi dobrými.
b. Většina nešťastných událostí je způsobena neschopností, neznalostí, leností, nebo kombinací všech tří.
- 22. a. Pokud vyvineme dostatečné úsilí, můžeme odstranit politickou korupci.
b. Lidé mohou jen těžko určovat, co budou politici v rámci své funkce dělat.
- 23. a. Občas nechápu, jakým způsobem učitelé dospěli k známkám, které dávají.
b. Existuje přímá úměra mezi tím, jak pilně člověk studuje a jaké známky dostane.
- 24. a. Dobrý šéf očekává, že si lidé sami rozhodnou, co mají dělat.
b. Dobrý šéf jasně stanoví, čím se podřízení mají zabývat.
- 25. a. Mnohdy mám pocit, že mohu jen velmi málo ovlivnit to, co se mi v životě stane.
b. Nemyslím si, že by náhoda nebo štěstí hrály v mém životě významnou roli.
- 26. a. Lidé jsou osamělí, protože se nesnaží být přátelští.
b. Nemá smysl se příliš snažit o to, aby se člověk zalíbil ostatním – buď jste jim sympatičtí, nebo ne.
- 27. a. Na střední škole se klade příliš velký důraz na sport a tělocvik.
b. Týmové sporty dobře utvářejí charakter jedince.
- 28. a. To, co mě v životě potká, je odrazem mých předchozích činů.
b. Někdy mám pocit, že nemám dostatečnou kontrolu nad směrem, kterým se ubírá můj život.
- 29. a. Většinou nedokážu pochopit, proč se politici chovají tak, jak se chovají.
b. Z dlouhodobého hlediska jsou za špatnou vládu na celostátní i na regionální úrovni zodpovědní lidé dané země.

Příloha 12: BDI-II - 1. strana

Beckův inventář deprese BDI-II

V následující části dotazníku je 21 skupin různých tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině **jeden výrok**, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během **posledních 14 dnů včetně dneška**. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Smutek</p> <p>0 Nejsem smutný/á</p> <p>1 Většinou jsem smutný/á</p> <p>2 Pořád jsem smutný/á</p> <p>3 Jsem tak smutný/á, že se to nedá vydržet</p> | <p>7. Znechucení sám ze sebe</p> <p>0 Myslím si o sobě pořád to samé.</p> <p>1 Ztratil/a jsem důvěru sama v sebe.</p> <p>2 Jsem ze sebe zklamaný/á.</p> <p>3 Sám/sama sebou jsem znechucený/á.</p> |
| <p>2. Pesimismus</p> <p>0 O svou budoucnost nemám obavy.</p> <p>1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.</p> <p>2 Myslím, že se mi nebude dařit.</p> <p>3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.</p> | <p>8. Sebekritika</p> <p>0 Nekritizuji nebo neobviňuji sám/sama sebe více než obvykle.</p> <p>1 Jsem sám/sama k sobě více kritický/á než dříve.</p> <p>2 Kritizuji se za všechny své chyby.</p> <p>3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.</p> |
| <p>3. Minulá selhání</p> <p>0 Nemám dojem, že selhávám.</p> <p>1 Selhal/a jsem častěji, než bych měl/a.</p> <p>2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.</p> <p>3 Jako člověk jsem úplně selhal/a.</p> | <p>9. Sebevražedné myšlenky nebo přání</p> <p>0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil/a.</p> <p>1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal/a bych to.</p> <p>2 Chtěl/a bych se zabít.</p> <p>3 Kdybych měl/a možnost, tak bych se zabil/a.</p> |
| <p>4. Ztráta radosti</p> <p>0 Raduji se stejně jako dříve.</p> <p>1 Neraduji se stejně jako dříve.</p> <p>2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl/a ráda.</p> <p>3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl/a ráda.</p> | <p>10. Plačtivost</p> <p>0 Nepláču více než dříve.</p> <p>1 Pláču více než dříve.</p> <p>2 Pláču kvůli každé maličkosti.</p> <p>3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen/schopna.</p> |
| <p>5. Pocit viny</p> <p>0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.</p> <p>1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal/a nebo měl/a udělat.</p> <p>2 Mívám často pocity viny.</p> <p>3 Pořád mám pocity viny.</p> | <p>11. Agitovanost</p> <p>0 Nejsem více neklidný/á nebo napjatý/á než obvykle.</p> <p>1 Cítím se více neklidný/á nebo napjatý/á než obvykle.</p> <p>2 Jsem tak neklidný/á nebo vzrušený/á, že je těžké to vydržet.</p> <p>3 Jsem tak neklidný/á nebo rozrušený/á, že nemohu zůstat v nečinnosti.</p> |
| <p>6. Pocit potrestání</p> <p>0 Nemyslím, že mě život trestá.</p> <p>1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.</p> <p>2 Očekávám trest.</p> <p>3 Myslím, že jsem životem trestán/a.</p> | <p>12. Ztráta zájmu.</p> <p>0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil/a.</p> <p>1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.</p> <p>2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.</p> <p>3 Je těžké se zajímat o cokoliv.</p> |

Příloha 13: BDI-II - 2. strana

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>13. Nerozhodnost</p> <p>0 Rozhoduji se stejně dobře jako dříve.</p> <p>1 Rozhodovat se je obtížnější než obvykle.</p> <p>2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.</p> <p>3 Mám problém udělat jakékoli rozhodnutí.</p> | <p>18. Změny chuti k jídlu</p> <p>0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.</p> <p>1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.</p> <p>1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.</p> <p>2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.</p> <p>2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.</p> <p>3a Vůbec nemám chuť k jídlu.</p> <p>3b Jíst mohu pořád.</p> |
| <p>14. Pocit bezcennosti</p> <p>0 Necítím se bezcenný/á.</p> <p>1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu jako jsem míval/a</p> <p>2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný/á.</p> <p>3 Cítím se úplně bezcenný/á.</p> | <p>19. Koncentrace</p> <p>0 Mohu se soustředit jako vždycky.</p> <p>1 Nejsem schopný/á se soustředit jako obvykle.</p> <p>2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.</p> <p>3 Nejsem schopný/á se soustředit na nic.</p> |
| <p>15. Ztráta energie</p> <p>0 Mám stejně energie jako vždy.</p> <p>1 Mám méně energie, než jsem míval/a.</p> <p>2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělal/a.</p> <p>3 Vůbec na nic nemám energii.</p> | <p>20. Únava</p> <p>0 Nejsem unavený/á více než obvykle.</p> <p>1 Unavím se snadněji než obvykle.</p> <p>2 Jsem příliš unavený/á, než abych dělal/a tolik věcí, jako jsem dělával/a.</p> <p>3 Jsem tak unavený/á, že nedokážu udělat skoro nic.</p> |
| <p>16. Změna spánku</p> <p>0 Nevšiml/a jsem si žádných změn u svého spánku.</p> <p>1a Spím trochu více než obvykle.</p> <p>1b Spím trochu méně než obvykle.</p> <p>2a Spím mnohem více než obvykle.</p> <p>2b Spím mnohem méně než obvykle.</p> <p>3a Většinu dne prospím.</p> <p>3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout.</p> | <p>21. Ztráta zájmu o sex</p> <p>0 V současnosti jsem nezaznamenal/a změnu zájmu o sex.</p> <p>1 Mám menší zájem o sex než obvykle.</p> <p>2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.</p> <p>3 Úplně jsem ztratil/a zájem o sex.</p> |
| <p>17. Podrážděnost</p> <p>0 Nejsem podrážděný/á více než obvykle.</p> <p>1 Jsem více podrážděný/á než obvykle.</p> <p>2 Jsem mnohem více podrážděný/á než obvykle.</p> <p>3 Bývám pořád podrážděný/á.</p> | <p>Celkový skór</p> |

