PSYCHOLOGIE
elektronický časopis ČMPS

2016, roč. 10, č. 1
Výzkumné studie

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A COPINGOVÉ STRATEGIE ŽEN, KTERÉ PODSTUPUJÍ SVÉ PRVNÍ UMĚLÉ OPLODNĚNÍ (IVF)

Gabriela Ďurašková, Irena Sobotková, Radek Hampl, Lucie Viktorová

Abstrakt
Výzkum je zaměřen na životní spokojenost a copingové strategie žen, které podstupují své první umělé oplodnění. Cílem bylo také vytipovat strategie, které se ukazují pro tuto situaci jako adaptivní nebo neadaptivní. Výzkumu se zúčastnilo celkem 139 žen, které vyplnily *Dotazník životní spokojenosti* (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Brahler, 2001) a *Cope Inventory* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) v době začátku své léčby.
Z výsledků vyplývá, že ženy jsou ve srovnání s ostatními aspekty životní spokojenosti nejvíce spokojené se svým partnerstvím, bydlením a sexualitou, nejméně spokojené pak se svým trávením volného času a finanční situací. Z copingových strategií užívají tyto ženy nejčastěji strategie Plánování, Pozitivní reinterpretaci a Aktivní coping. Jako adaptivní strategie pro situaci neplodnosti a její léčby se ukázaly strategie Vyhledávání sociální opory a Pozitivní reinterpretace, naopak strategie Popření se ukázala jako neadaptivní.
Výzkum také naznačuje možné implikace do psychologického poradenství ženám, které se v této situaci nacházejí.

Klíčová slova: životní spokojenost, coping, umělé oplodnění, IVF, neplodnost

WELL-BEING AND COPING STRATEGIES OF WOMEN UNDERGOING THEIR FIRST IVF TREATMENT

Abstract
This research is focused on life satisfaction and coping strategies of women undergoing their first IVF treatment. The aim was also to find coping strategies which are adaptive or non-adaptive for this situation. The sample of 139 women filled in two questionnaires: Life satisfaction questionnaire (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Brahler, 2001) and COPE Inventory (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) at the beginning of their treatment.
Results show that women are most satisfied with their partnership, housing and sexuality in compared with other aspects of life satisfaction, and they are at least satisfied with their leisure time and financial state. From coping strategies they use the most often Planning, Positive reinterpretation and active coping. As adaptive coping strategies we found Seeking of social support and Positive reinterpretation, on the contrary we found coping strategy Denial not adaptive.
There are some useful implications forms this research for psychological counseling for women undergoing IVF treatment.

Keywords: *well-being, coping, IVF, assisted reproduction, infertility*

Došlo do redakce: 30. 12. 2015
Schváleno k publikaci: 16. 5. 2016

Úvod

Od nepaměti existovaly páry, které toužily po dítěti, ale jejich touhu se jim nedařilo naplnit. O jejich bolesti se nám dochovala řada literárních zmínek (Genesis 16; Genesis 30). V současnosti se uvádí, že problémy s plodností trpí až 20 % párů v České republice (Řežábek, 2008) a většina z nich se dnes obrací o pomoc do center asistované reprodukce (CAR). Zde je za nejúspěšnější léčebnou metodu vedoucí k početí dítěte považována metoda tzv. umělého (mimotělního) oplodnění (IVF - *in vitro fertilizace*) a její využití každým rokem narůstá. (V roce 2007 proběhlo v ČR 17682 cyklů IVF, v roce 2013 to bylo již 32245 cyklů IVF) (Jírová, 2015).

Z kvalitativních studií vyplývá, že neplodnost s sebou přináší řadu těžkých životních otázek a zkušeností (Konečná, 2009). Bývá spojena s hlubokým zásahem do osobní identity (Slepičková, 2006) a často se pojí s nižším sebehodnocením (Daniluk & Tench, 2007). Byť je neplodnost třeba diagnostikována jen jednomu z partnerů, týká se nakonec vždy celého páru. Bezdětné páry musí řešit řadu neočekávaných dilemat ve svém vztahu (zda a jak se léčit, kolik peněz do léčby investovat, zda volit adopci či nikoli apod.), což může znesnadňovat spokojené soužití (Slepičková 2009). Partnerská sexualita se často musí přizpůsobovat lékařským pokynům, vytrácí se z ní spontaneita (Ratislavová & Kašová, 2009) a neustálá marná snaha o početí představuje pak (především u žen) často i celkovou změnu životního stylu (Slepičková, 2009). Nedobrovolně bezdětné páry bývají často vyloučeny (nebo se sami vylučují) z řady sociálních situací, přicházejí o své původní přátele (již často ponořené do péče o vlastní děti), přechází na ně sociální stigma (Sternke & Abrahamson, 2015). Nedobrovolná bezdětnost zasahuje často i do pracovní spokojenosti a do kariérního růstu. Zejména ženy se vyhýbají dlouhodobým projektům, často několik let s nadějí, že snad již brzy otěhotní a nastoupí na mateřskou dovolenou (Slepičková, 2009).

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že neplodnost zásadním způsobem vstupuje do řady oblastí každodenního života člověka a představuje tak velkou psychickou zátěž. Navíc sama léčba pomocí IVF je emočně i fyzicky náročná, a to jak svým průběhem, tak také nejistotou svého výsledku. To, jak se lidé s neplodností a její léčbou emočně vyrovnávají, je předmětem dlouhodobého výzkumného zájmu. Zahraniční studie se zaměřují především na výskyt úzkosti a deprese, míry stresu a jiných faktorů souvisejících s emoční odpovědí na léčbu neplodnosti (Verhaak et al., 2007). U nás se zabývala výskytem úzkosti a deprese u párů podstupujících léčbu IVF D. Koryntová (Koryntová et al., 2001).

O dopadu neplodnosti a její léčby na různé aspekty životní spokojenosti především u žen svědčí řada výzkumů napříč všemi kulturami (Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010; Luk & Loke 2015). V naší studii jsme se rozhodli sledovat, zda a jak se situace neplodnosti a její léčby odráží v životní spokojenosti žen, které podstupují svůj první pokus o umělé oplodnění (IVF). Nesledovali jsme tedy ženy, které se léčbu IVF rozhodly nepodstoupit (McCarthy & Sheau-Huey, 2011), ani ženy, které podstupují méně invazivní léčebné pokusy než IVF (Garel et al., 2009), ani ženy, které již mají nějakou zkušenost (úspěšného nebo neúspěšného) pokusu IVF za sebou (McQuillan, Torres, & Greil, 2007; Schwerdtfeger & Shreffler, 2009). Na základě předcházejících výzkumných studií se lze totiž domnívat, že tyto skupiny žen se v prožívání životní spokojenosti budou od sebe odlišovat. Zaměřili jsme tedy pozornost na prožívání žen v počáteční fázi léčby prvního IVF podobně jako i některé jiné výzkumy před námi (Holter, Anderheim, Bergh, & Möller, 2006; Li, Long, Lie, He, & Li, 2016; Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard, & Verres, 2001). Životní spokojenost jsme chápali jako výsledek hodnocení aktuální a celkové životní situace jedince (Paulík, 2010) a konkrétně jsme zkoumali spokojenost žen v devíti oblastech jejich života (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Brahler, 2001).

Dále nás zajímalo, jakým způsobem se ženy s nedobrovolnou bezdětností vyrovnávají. Různé způsoby, jak se člověk vyrovnává se zátěžovými situacemi, se označují jako copingové strategie.

Tradičně se tyto strategie rozdělují na ty, které jsou zaměřené na zvládání emocí (*emotion-focused coping*), a ty, které jsou zaměřené na řešení problému (*problem-focused coping*) (Lazarus, 1966). Někteří autoři ještě dále dělí různé strategie zvládání na adaptivní a ty méně užitečné (*less useful coping*) (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) nebo preventivní, anticipační, dynamické či reaktivní a reziduální (Beehr & McGrath, 1996). Podle výzkumů ženy podstupující léčbu neplodnosti využívají nejčastěji copingové strategie hledání sociální opory, plánování a pozitivní přehodnocení. Muži oproti ženám preferují strategie distancování se, sebekontrolu a plánování řešení problému (Peterson, Newton, Rosen, & Schulman, 2006a).

Vedle popisu životní spokojenosti a užívání jednotlivých copingových strategií se řada zahraničních autorů (Bayley, Slade, & Lashen, 2009; Benyamini et al., 2008; Peterson, Newton, Rosen, & Skaggs, 2006b) snažila dále vytipovat ty způsoby zvládání neplodnosti, které souvisejí s nižším stresem nebo s vyšší životní spokojeností žen podstupujících léčbu neplodnosti. S jistou opatrností pak tyto strategie označují za adaptivní či neadaptivní pro zvládání neplodnosti a její léčby.

V rozsáhlém americkém výzkumu (Peterson et al., 2006a; Peterson et al., 2006b) zkoumali autoři vztah copingových strategií se spokojeností v partnerském životě a stresem z neplodnosti u mužů a žen podstupujících léčbu metodami IVF. Copingové strategie vyhýbání se a strategie přijetí zodpovědnosti souvisely s vyššími hodnotami stresu z neplodnosti a zároveň i nižší partnerskou spokojeností. Dle autorů výzkumu nejsou tyto strategie adaptivní ani pro ženy ani pro muže. Jako pro ženy prominentní copingová strategie se ukázala strategie hledání sociální opory**.** Ženy, které více užívaly právě této strategie pro zvládání neplodnosti, vykazovaly méně stresu i vyšší spokojenost v partnerství**.** Hledání sociální opory je tak pro ženy adaptivním způsobem, jak zvládat situaci neplodnosti a léčby IVF, což potvrzují i jiné studie (Gibson & Myers, 2002)**.**

Ve výzkumu, který proběhl v Izraeli (Benyamini et al., 2008), hledali autoři souvislosti mezi copingovými strategiemi, životní spokojeností a stresem u žen podstupujících léčbu neplodnosti. S vyšší životní spokojeností a nižším stresem zde významně souvisely strategie pozitivní reinterpretace, akceptace a zveřejnění. Naopak souvislost s nižší životní spokojeností a vyšším prožívaným stresem se ukázala u strategií sociální stažení se, sebe-zanedbávání, popření a sebeobviňování. Podobné výsledky u strategie vyhýbání se a sebeobviňování přinesl i anglický výzkum (Bayley et al., 2009).

Protože jsme nenalezli obdobnou studii realizovanou v České republice, můžeme navazovat a naše výsledky srovnávat pouze se zahraničními zdroji a zkušenostmi, byť bohatými. Problém tohoto srovnání spočívá v tom, že vnímání a prožívání neplodnosti souvisí hluboce i s postoji společnosti k „neplodným“ a postoji dané společnosti k metodám IVF. Nelze proto jednoduše přenést výsledky výzkumů na amerických či izraelských ženách podstupujících umělé oplodnění a aplikovat je na ženy ve stejné situaci, ale v českém prostředí. Náš výzkum je tak zatím patrně ojedinělým výzkumem tohoto typu v České republice, která se jinak v medicínské léčbě neplodnosti řadí mezi světové špičky oboru, a bude potřeba dalších podrobnějších studií pro přesnější zhodnocení výsledků a jejich aplikaci do praxe.

Cíle výzkumu

Prvním cílem našeho výzkumu bylo prozkoumat životní spokojenost žen, které podstupují svůj první pokus o umělé oplodnění. Druhým naším cílem bylo sledovat způsoby zvládání situace neplodnosti a její léčby u těchto žen. Třetím cílem bylo ověřit souvislosti mezi vybranými copingovými strategiemi a celkovou životní spokojeností. Na základě výše zmíněných výzkumů jsme u copingové strategie pozitivní reinterpretace předpokládali statisticky významnou pozitivní souvislost s celkovou životní spokojeností žen (Benyamini et al., 2008), stejně tak u strategie vyhledávání instrumentální sociální opory (Peterson et al., 2006b). Naopak u copingové strategie popření (Benyamini et al., 2008) jsme předpokládali negativní statisticky významnou souvislost s celkovou životní spokojeností.

Soubor a metoda

Výzkum probíhal mezi lety 2011 až 2014 v Centru asistované reprodukce SANUS Pardubice. V tomto období byly ženy, které šly na svůj první cyklus IVF, požádány o vyplnění *Dotazníku životní spokojenosti* (Fahrenberg et al., 2001) a *Cope Inventory* (Carver et al., 1989). Do výzkumu nebyly pozvány ženy, které šly na cyklus s darovanými oocyty a ty, které nerozumí českému jazyku. Účastnice byly seznámeny s průběhem a smyslem výzkumu za pomoci informovaného souhlasu. Dotazníky vyplňovaly doma formou tužka-papír v období stimulace před odběrem oocytů.

Celkem bylo osloveno k účasti na výzkumu 164 žen, z nichž 25 (15 %) účast odmítlo, výzkumu se tak nakonec zúčastnilo celkem 139 žen. Ne všechny ale vyplnily oba předložené dotazníky; Dotazník na životní spokojenost vyplnilo 134 žen, dotazník na zvládací strategie vyplnilo 83 žen. Oba dotazníky vyplnilo celkem 78 žen. Pro výzkum tak nakonec vznikly tři různé soubory s mírně odlišnými charakteristikami, které budou podrobněji popsány ve výsledcích (průměrná délka neplodnosti, věk, příčiny neplodnosti atd.).

Použité metody získávání dat:

Dotazník životní spokojenosti (DŽS) (Fahrenberg et al., 2001) je standardizovaný dotazník, který obsahuje 10 škál, kde každá ze škál je složena ze sedmi tvrzení, pro která žena vybírá své hodnocení na sedmibodové stupnici od „velmi nespokojena“ až po „velmi spokojena“. Vyšší skóre bodů znamená vyšší spokojenost v dané oblasti. Jednotlivé škály se týkají spokojenosti s vlastním zdravím (ZDR), spokojenosti v manželství a partnerství (MAN), spokojenosti s vlastní osobou (VLO), spokojenosti s prací a zaměstnáním (PAZ), spokojenosti s volným časem (VLC), spokojenosti s příbuznými a přáteli (PZP), spokojenosti s vlastními dětmi (DET – tuto škálu jsme vynechali), spokojenosti se sexualitou (SEX) a spokojenosti s finanční situací a bydlením (FIN a BYD). Výsledným součtem škál (ZDR, FIN, VLC, VLO, SEX, PZP, BYD) je pak celková životní spokojenost (SUM). Korelační koeficienty (Cronbachova α) škál leží mezi 0.8 a 0.9.

Cope Inventory (*Coping Orientation to Problems Experienced*) (Carver et al., 1989) je inventář měřící strategie zvládání stresu (úvodní instrukci jsme specifikovali na zvládání stresu kolem neplodnosti a její léčby). Obsahuje 15 škál (COPE 1 – COPE 15) po čtyřech položkách, jednotlivé položky obsahují vždy nějaké tvrzení (např. „vzdávám se snahy získat to, co chci“) a respondentka zaškrtává na čtyřbodové stupnici od „toto nedělám nikdy“ až po „toto dělám skoro vždy“. Vyšší skóre bodů znamená častější užívání dané strategie. Překlad našeho dotazníku jsme přejali od jiného českého badatele (Tichý, 2011).

Inventář rozlišuje coping zaměřený na problém, coping zaměřený na emoce a spíše maladaptivní coping. Coping zaměřený na problém obsahuje škály: Aktivní coping (proces aktivní snahy odstranit či překonat stresor nebo zlepšit jeho dopady), Plánování (přemýšlení o tom, jak se vyrovnat se stresorem), Potlačení interferujících aktivit (dát stranou jiné plány s cílem řešit problém), Odložení řešení na vhodnou dobu (čekání na vhodnou dobu pro aktivní řešení problému), Hledání instrumentální sociální opory (hledání rady, pomoci nebo informací). Coping zaměřený na emoce obsahuje škály: Hledání emocionální sociální opory (hledání morální podpory, soucitu a pochopení), Pozitivní reinterpretace a růst (snaha chápat stresové situace v pozitivních souvislostech), Akceptace (uznání skutečné existence problému), Náboženský coping (tendence obrátit se k náboženské víře ve stresových obdobích), Popření (odmítání věřit, že problém existuje, a snaha jednat jako by stresor nebyl reálný), a později autory dodaná škála Humor (schopnost poukázat na veselý aspekt problému). Mezi maladaptivní škály zařadili autoři: Soustředění na emoce a jejich ventilaci (soustředění se na znepokojující pocity kolem problému a jejich ventilaci), Mentální vzdání se (vyhledávání aktivit – např. denní snění – které brání myslet na problém),

Neangažovanost chování (redukování úsilí zabývat se stresorem a řešit jej) a později přiřazená škála Užívání návykových látek.
Koeficienty vnitřní konzistence (Cronbachova α) se dle autorů u jednotlivých škál pohybují v rozmezí od 0.93 (Užívání návykových látek) do 0.45 (Mentální vzdání se), přičemž hodnotu nižší než 0.60 vykazuje pouze škála Mentální vzdání se.

Všechna data byla zpracována pomocí statistického programu SPSS17.0 (IBM 2008, USA). Ze statistických metod byly použity deskriptivní metody, Pearsonův korelační koeficient, jednovýběrový t-test a výpočet Cohenova d, Shapiro-Wilkův test, Kruskal-Wallisův test a Vícenásobná kroková regrese metodou Forward (ve dvou krocích; kritérium pro zahrnutí proměnných: F <= 0,05).

Výsledky

a) Životní spokojenost žen podstupujících své první umělé oplodnění (IVF)

Dotazník životní spokojenosti vyplnilo celkem 134 žen, 4 ženy ho ale vyplnily nekompletně, přičemž u dvou nemohla být spočítána hodnota Celkové životní spokojenosti (SUM). Průměrný věk respondentek tohoto souboru (n = 134) byl 30,75 let (St. odch. = 3,53 roku) a průměrný počet let jejich neplodnosti byl 2,26 let (St. odch. = 1,18 let). Příčina neplodnosti u tohoto souboru byla nejčastěji na straně muže (39 %), druhou nejčastější příčinou byly důvody na obou stranách páru (33 %), dále v 19 % byla příčina neplodnosti jen u ženy a ve 12 případech (9 %) se jednalo o neznámou (idiopatickou) příčinu neplodnosti.
Podle naměřených průměrných hodnot v DŽS (tab. č. 1) jsme srovnali spokojenost žen v jednotlivých oblastech. Nejvyšší spokojenost žen, které vstupují do léčby neplodnosti metodami IVF/ICSI, byla naměřena ve škálách Spokojenost v manželství či partnerství ($\bar{x}$=42,63), bydlení ($\bar{x}$ =40,19) a sexualitě ($\bar{x}$ =38,49). V pořadí další škály viz následující tab. č. 1.

Tab. č. 1. Průměrné hodnoty škál životní spokojenosti u žen, které podstupují své první umělé oplodnění (n=134)

Škála dotazníku	Počet	Pořadí	Průměr	St. odch.	Min.	Max.
MAN	131	1.	42,63	5,19	22	49
BYD	134	2.	40,19	5,71	23	49
SEX	134	3.	38,49	5,93	17	49
PZP	134	4.	37,57	5,86	21	49
VLO	134	5.	36,39	5,85	15	49
ZDR	133	6.	36,37	5,91	13	48
PAZ	134	7.	36,07	6,88	14	49
VLC	133	8.	35,32	7,13	18	47
FIN	133	9.	34,77	6,33	18	49

Nižší čísla v počtu žen u některých položek jsou způsobena tím, že ne všechny ženy vyplnily dotazník kompletně.

Shrnutí: *Ženy, které podstupují svůj první pokus o umělé oplodnění, jsou nejvíce spokojené se svým manželstvím/partnerstvím, sexualitou a bydlením a naopak nejméně spokojené se svým trávením volného času a finanční situací v porovnání všech průměrných hodnot jednotlivých škál DŽS.*

b) Srovnání s normou

Hodnoty spokojenosti žen v jednotlivých škálách i celkové životní spokojenosti jsme dále srovnali s normami pro německou populaci (tab. č. 2). Vzhledem k průměrnému věku žen v našem vzorku jsme jako referenční skupinu zvolili německé ženy ve věku 26–35 let (n = 377), které byly

dotazovány v rámci původního standardizačního šetření (Fahrenberg et al., 2001). Pro tuto analýzu jsme z našeho vzorku vyloučili data 8 žen mladších než 26 let a 12 žen starších 35 let; celkem nám pak zůstalo v souboru 114 žen.
K rozpoznání signifikantního rozdílu mezi naměřeným průměrem a uvedenou konstantou byl použit jednovýběrový t-test, za statisticky významný výsledek byla považována hodnota $p < 0,05$. Jako míra účinku (effect size) bylo vypočteno Cohenovo d.

Tab. č. 2. Srovnání průměrů škál DŽS u žen podstupujících umělé oplodnění s normou.

	Ženy v léčbě IVF 26-35 let			**Norma 26-35 let**					
Škála	**Počet (n)**	**Průměr**	**St. odch.**	**Počet (n)**	**Průměr**	**St. odch.**	**t**	**p**	**Cohen. d**
ZDR	113	36,44	5,78	377	39,84	7,04	-6,25	< 0,001	-1,18
PAZ	114	36,17	7,07	268	34,56	8,99	2,43	0,02	0,46
FIN	113	35,07	6,38	377	33,37	8,39	2,84	0,005	0,53
VLC	113	35,35	6,94	377	34,95	7,49	0,62	0,54	0,12
MAN	111	42,81	5,32	315	39,84	7,66	5,89	< 0,001	1,18
VLO	114	36,42	5,68	377	38,85	5,72	-4,57	< 0,001	-0,86
SEX	114	38,84	5,71	377	37,18	7,10	3,11	0,002	0,59
PZP	114	37,60	5,66	377	37,12	5,88	0,90	0,37	0,17
BYD	114	40,36	5,65	377	36,83	6,79	6,67	< 0,001	1,25
SUM	112	260,02	28,31	377	258,15	34,08	0,70	0,49	0,13

Nižší čísla v počtu žen u některých položek jsou způsobena tím, že ne všechny ženy vyplnily dotazník kompletně.

Z tabulky č. 2 vidíme, že ženy podstupující své první umělé oplodnění vykazují výrazně vyšší spokojenost v manželství/partnerství (MAN) a s bydlením (BYD) než referenční soubor. Jsou také statisticky významně více spokojené se svou prací a zaměstnáním (PAZ), finanční situací (FIN) a sexualitou (SEX), velikost účinku v případě těchto proměnných však již není tak vysoká (Cohenovo $d < 0,6$). Naopak významně nižší spokojenost než referenční soubor vykazují ženy na škále spokojenosti s vlastním zdravím (ZDR) a spokojenosti s vlastní osobou (VLO).

Shrnutí: *Ženy, které podstupují svůj první pokus o umělé oplodnění, jsou významně spokojenější než referenční populace v oblasti svého manželství/partnerství a bydlení. Naopak významně nižší spokojenost uvádějí v oblasti spokojenosti s vlastním zdravím a spokojenosti s vlastní osobou.*

c) Vliv věku, délky neplodnosti a příčiny neplodnosti na životní spokojenost žen podstupujících svůj první pokus o umělé oplodnění

Dále jsme ověřovali, zda hodnoty životní spokojenosti u žen před léčbou IVF nejsou ovlivněny tím, jak dlouho se ženy o dítě snaží, a věkem léčených žen. Věk respondentek ($r = 0,02$; $p = 0,80$) ani počet let neplodnosti respondentek v našem výzkumu ($r = -0,15$; $p = 0,12$) statisticky významně nesouvisí s jejich celkovou životní spokojeností. Stejně tak se neobjevila statisticky významná souvislost jednotlivých škál s věkem ($r = -018–0,14$; $p > 0,05$) ani s počtem let neplodnosti ($r = -0,15 – -0,002$; $p > 0,05$). Výjimkou byla statisticky významná slabá negativní korelace mezi počtem let neplodnosti a spokojeností s bydlením ($r = -0,24$; $p = 0,01$).

Zajímalo nás také, zda životní spokojenost žen nemůže být ovlivněna tím, na čí straně páru je oznámena příčina neplodnosti. U příčin neplodnosti jsme rozdělili soubor do čtyř skupin; 1. příčina neplodnosti udána na straně ženy (n=26), 2. příčina neplodnosti na straně muže (n=52), 3. příčina neplodnosti nalezena u obou partnerů (n=44), 4. příčina neplodnosti nenalezena (n=12). Shapiro-Wilkovým testem jsme zjišťovali normalitu rozložení klíčových proměnných (SUM, MAP, SEX,

VLO, ZDR); vzhledem k tomu, že skupina, v níž byla příčina neplodnosti shledána u obou partnerů, nevykazovala normální rozložení žádné z proměnných ($p < 0,05$), přistoupili jsme k další analýze pomocí Kruskal-Wallisova testu. Výsledky uvádíme v tab. č. 3.

Tab. č. 3. Srovnání průměrů skupin rozdělených podle příčin neplodnosti a jejich vliv na vybrané hodnoty životní spokojenosti u žen podstupujících své první IVF

Škály DŽS	$\bar{x}$ Skupina 1	$\bar{x}$ Skupina 2	$\bar{x}$ Skupina 3	$\bar{x}$ Skupina 4	Q (Kruskal-Wallis test)	p
SUM	258,58	258,48	261,14	257,67	0,79	0,85
ZDR	36,89	37,31	35,77	34,08	3,06	0,38
MAP	42,62	42,75	42,39	42,83	0,29	0,96
VLO	36,31	36,63	36,80	35,5	1,44	0,69
SEX	38,42	38,38	38,84	38,83	0,15	0,99

Z výsledků vidíme, že v žádné ze sledovaných škál životní spokojenosti neexistuje statisticky významný rozdíl (p vždy $> 0,05$) mezi skupinou 1 (příčina u ženy), 2 (příčina u muže), 3 (příčina u obou), 4 (příčina nenalezena). Výsledky neukazují, že by příčina neplodnosti souvisela s vybranými škálami životní spokojenosti a lze proto tvrdit, že bez ohledu na nalezenou příčinu neplodnosti jsou ženy spokojeny přibližně stejně.

Shrnutí: *Výsledky ukazují, že délka neplodnosti, věk ženy ani příčina neplodnosti nemají signifikantní souvislost s hladinou životní spokojenosti žen, které podstupují svůj první pokus o umělé oplodnění.*

d) Copingové strategie žen podstupujících svůj první pokus o umělé oplodnění

Soubor žen, které vyplnily *Cope Inventory,* tvořilo 83 žen, jejich průměrný věk byl 34,66 (min 24, max. 44, st. odch. = 3,54) let a průměrný počet let neplodnosti byl 2,3 (st. odch. = 2,29) let. Instrukce dotazníku vedla ženy k tomu, aby uvedly způsoby, které obvykle užívají pro zvládání stresu kolem neplodnosti a její léčby. V tabulce č. 4 uvádíme průměrné hodnoty naměřené u jednotlivých copingových strategií uvedených v dotazníku *COPE Inventory* (celkem 15 strategií). Vyšší hodnoty u copingových strategií znamenají častější užívání konkrétní strategie. Jednotlivé průměry jsme seřadili podle pořadí.

Tab. č. 4. Průměrné hodnoty jednotlivých copingových strategií žen, které podstupují své první IVF (n=83)

Coping strategie	Pořadí	N	Min.	Max.	Průměr	St. odchylka
Plánování	1.	83	4	16	11,81	2,12
Pozitivní reinterpretace a růst	2.	83	6	16	11,31	2,09
Aktivní coping	3.	79	6	15	11,23	1,61
Využívání emocionální sociální opory	4.	83	4	16	11,18	2,83
Využívání instrumentální sociální opory	5.	83	5	16	10,98	2,53
Akceptace	6.	80	4	16	10,69	2,59
Zaměření na emoce a jejich ventilaci	7.	83	5	14	9,75	2,17
Mentální neangažovanost	8.	83	5	13	9,65	1,53
Zdrženlivost	9.	82	5	13	8,83	1,68

Potlačení konkurenčních aktivit	10.	80	4	13	8,48	2,09
Popření	11.	83	4	13	6,99	1,91
Humor	12.	83	4	12	6,72	2,40
Náboženský coping	13.	80	4	15	6,43	2,98
Neangažovanost chování	14.	83	4	12	5,94	1,91
Zneužívání návykových látek	15.	83	4	8	4,39	1,07

Různé počty zúčastněných jsou dány tím, že ne všechny ženy vyplnily dotazník kompletně.

Z tabulky čteme, že ženy se s neplodností a její léčbou nejčastěji vyrovnávají pomocí Plánování ($\bar{x}$ =11,81), Pozitivní reinterpretace ($\bar{x}$ =11,31), Aktivního copingu ($\bar{x}$ =11,23) a Vyhledáváním emocionální sociální opory ($\bar{x}$ =11,18). Plánování a Aktivní coping jsou řazeny mezi strategie zaměřené na problém, Pozitivní reinterpretace a Vyhledávání emocionální sociální opory jsou strategiemi zaměřenými na emoce. Ženy dále využívají pro zvládání neplodnosti a její léčby strategie Využívání instrumentální sociální opory ($\bar{x}$ =10,98) a Akceptaci ($\bar{x}$ =10,69). Další strategie v pořadí viz tab. č. 4.

Shrnutí: *Z výsledků vidíme, že ženy, které podstupují své první umělé oplodnění, nejčastěji využívají ke zvládání stresu kolem neplodnosti a její léčby strategie Plánování a Pozitivní reinterpretaci, nejméně často využívají coping náboženský a strategie Neangažovanost chování a Zneužívání návykových látek.*

e) Ověření vztahů mezi vybranými copingovými strategiemi a celkovou životní spokojenosti u žen podstupujících své první umělé oplodnění

Z celého souboru žen (n=139) vyplnilo oba dva dotazníky celkem 78 žen. Věkový průměr těchto žen byl 31,23 let (min. 23, max. 44, st. odch. = 3,55) a průměrná délka neplodnosti činila 2,3 let (st. odch. = 1, 01). Příčina neplodnosti u tohoto souboru byla nejčastěji na straně muže (34 %), druhou nejčastější příčinou byly důvody na obou stranách páru (26 %) a příčina neplodnosti jen u ženy (26 %) a v 11 případech (14 %) se jednalo o neznámou (idiopatickou) příčinu neplodnosti.
Na základě výsledků předcházejících výzkumů jsme formulovali tři hypotézy.

H_1: *Existuje pozitivní korelace mezi strategií Pozitivní reinterpretace (měřeno COPE Inventory) a celkovou životní spokojeností (měřeno DŽS) u žen při prvním pokusu IVF.*
H_2: *Existuje pozitivní korelace mezi strategií Hledání instrumentální sociální opory (měřeno COPE Inventory) a celkovou životní spokojeností (měřeno DŽS) u žen při prvním pokusu IVF.*
H_3: *Existuje negativní korelace mezi strategií Popření (měřeno COPE Inventory) a celkovou životní spokojeností (měřeno DŽS) u žen při prvním pokusu IVF.*

Kromě toho jsme pomocí Pearsonova korelačního koeficientu zjišťovali také souvislosti celkové životní spokojenosti s dalšími škálami COPE. V tabulce č. 5 uvádíme vzájemné korelace škál, které na hladině α = 0,05 statisticky významně souvisely s celkovou životní spokojeností podle DŽS.

Tab. č. 5. Korelace mezi copingovými strategiemi a celkovou životní spokojeností u žen před prvním IVF (n = 77)

	Popření	Pozitivní reinterpretace	Využití instrumentální sociální opory	Zaměření na emoce a ventilaci	Aktivní coping	Neangažované chování
Celk. živ. spokoj.	-,38***	,30**	,28**	-,25*	,24*	-,24*
Popření		-,15	-,10	,30**	-,05	,40***
Pozitivní reinterpretace			,30**	,04	,45***	-,11
Využití instrumentální sociální opory				,36***	,28*	-,18
Zaměření na emoce a ventilaci					,14	,14
Aktivní coping						-,04

* p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Z tabulky vyplývá, že existuje slabá pozitivní korelace mezi copingovou strategií Pozitivní reinterpretace a celkovou životní spokojeností ($r = 0,30$; $p < 0,01$). Stejně tak existuje slabá pozitivní korelace mezi Využíváním instrumentální sociální opory a celkovou životní spokojeností ($r = 0,28$; $p < 0,01$). Mezi Popřením a celkovou životní spokojeností byla nalezena vysoce signifikantní středně silná negativní souvislost ($r = -0,38$; $p < 0,001$). Všechny tři hypotézy proto přijímáme.

Zároveň jsme pomocí krokové vícenásobné regrese metodou Forward zkusili najít copingové strategie předpovídající sumu celkové životní spokojenosti. V návaznosti na článek amerických autorů (Peterson, 2006b) a v souladu s našimi zjištěními (viz tabulka č. 5) jsme v prvním kroku zadali do regrese proměnné Popření, Využívání instrumentální sociální opory a Pozitivní reinterpretace. Ve druhém kroku jsme zadali zbývající tři proměnné, které taktéž vykazovaly statisticky významné korelace s celkovou životní spokojeností.

Jak ukazuje tabulka č. 6, v prvním kroku splnily kritérium pro zahrnutí do modelu pouze dvě ze tří zadaných proměnných; Pozitivní reinterpretace, která pozitivně korelovala s Využíváním instrumentální sociální opory ($r = 0,30$; $p < 0,01$), do modelu již zahrnuta nebyla. Tento model ($F_{2; 71} = 9,60$; $p < 0,001$) celkově vysvětluje 21 % rozptylu.

Ve druhém kroku splnila kritérium pro zařazení do modelu pouze proměnná Zaměření na emoce a ventilaci (změna $R^2 = 0,07$; $F_{1; 70} = 6,70$; $p = 0,01$), přičemž model vysvětloval 28 % rozptylu. Vzhledem ke korelaci této proměnné s Popřením ($r = 0,30$; $p < 0,01$) a Využíváním instrumentální sociální opory ($r = 0,36$; $p < 0,001$) lze však uvažovat o porušení podmínky multikolinearity, podobně jako v případě zahrnutí ostatních uvažovaných proměnných do modelu. Z tohoto důvodu považujeme za vhodnější ponechání prvního modelu se dvěma prediktory ($\beta_{\text{Popření}} = -0,35$; $\beta_{\text{Využ.soc.opory}} = 0,27$). Jak z tabulky č. 6 vyplývá, zvýšení skóru v copingové strategii Popření znamená pokles celkové životní spokojenosti přibližně o 5 bodů HS, a naopak zvýšení skóru Využívání instrumentální sociální opory vede ke zvýšení celkové životní spokojenosti přibližně o 3 body.

Tab. č. 6. Výsledky krokové vícenásobné regrese, model s pěti prediktory.

Model	Proměnné	B	St. chyba	Beta	t	p	Tolerance
1	(konstanta)	258,217	17,95		14,39	< 0,001	
	Popření	-5,07	1,52	-,35	-3,34	< 0,001	,99
	Využívání instrument. sociální opory	3,08	1,21	,27	2,54	,01	,99
2	(konstanta)	271,09	17,97		15,09	< 0,001	
	Popření	-3,47	1,59	-,24	-2,19	,03	,84
	Využívání instrument. sociální opory	4,36	1,27	,38	3,45	< 0,001	,84
	Zaměření na emoce a ventilaci	-3,94	1,52	-,30	-2,59	,01	,75

Shrnutí: *Výsledky potvrdily předpoklad existence pozitivní signifikantní souvislosti mezi Pozitivní reinterpretací a celkovou životní spokojeností a Využíváním instrumentální sociální opory a celkovou životní spokojeností. Výsledek dále potvrzuje signifikantní negativní souvislost mezi copingovou strategií Popření a celkovou životní spokojeností žen. Sumu životní spokojenosti pak nejvhodněji předpovídají dvě copingové strategie, Popření a Využívání instrumentální sociální opory.*

Diskuze

V našem výzkumu jsme se zabývali životní spokojeností a strategiemi zvládání stresu žen, které podstupovaly svůj první pokus o umělé oplodnění. Dále jsme se zabývali možnými souvislostmi mezi vybranými strategiemi a životní spokojeností těchto žen s cílem alespoň naznačit, které z těchto strategií by mohly být adaptivní a které neadaptivní pro ženy v této situaci. Navázali jsme na řadu zahraničních studií, neboť se nám nepodařilo nalézt obdobný výzkum v České republice. Proto také výsledky našeho výzkumu budeme srovnávat pouze se zahraničními údaji, což ale má svá úskalí. Prožívání neplodnosti je totiž úzce svázáno s postoji společnosti k „neplodným“, stejně tak s postoji společnosti k metodám asistované reprodukce, ke kterým se váže řada etických problémů, a každá země tyto metody různě reguluje. Srovnání našich výsledků se zahraničními výzkumy tak slouží spíše k orientaci v problému. Zároveň bychom naším výzkumem rádi dali impuls k vzniku dalších výzkumů obdobného zaměření na našem území, aby mohla být diskuze k tomuto stále aktuálnějšímu tématu přesnější a mohla z ní pak těžit především psychologická praxe.

Životní spokojenost žen podstupujících svůj první pokus o umělé oplodnění

Při porovnání jednotlivých položek *Dotazníku životní spokojenosti* (Fahrenberg et al., 2001) mezi sebou vyplynulo, že ženy jsou nejvíce spokojené se svým partnerstvím, s bydlením a sexualitou. Průměrné hodnoty ve škále spokojenosti v partnerství se také ukázaly významně vyšší při orientačním porovnání s normami. Partnerství a sexualita jsou oblasti, které jsou v souvislosti s neplodností asi nejvíce exponovány, a to jak širší veřejností, tak i akademiky (Luk & Loke, 2015; Tao, Coates, & Maycock, 2011; Weiss, Matějů, & Urbánek, 2004). Proto zde vidíme možnost interpretovat tyto výsledky dvojím způsobem. Na jedné straně z nich můžeme usuzovat na skutečně vysokou spokojenost žen ve svém vztahu, která může odrážet jejich touhu po založení rodiny s daným partnerem i spokojenost, že řeší problém nedobrovolné bezdětnosti společně vstupem do léčby (řada mužů se totiž vstoupit do léčby zdráhá). Některé výzkumné studie také potvrzují takový stmelující dopad na partnerství (Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin, 2005; Slepičková, 2009). Vedle toho je ale možné se také domnívat, že na vysokou zátěž, jakou neplodnost

představuje především pro partnerství a partnerskou sexualitu, reagují ženy určitým obranným mechanismem a své výpovědi v těchto kritických položkách pak raději nadsazují.
Spíše ke konci žebříčku ve srovnání s ostatními položkami (5. a 6. místo) nacházíme spokojenost s vlastní osobou a spokojenost s vlastním zdravím. V těchto dvou oblastech jsou ženy také významně méně spokojené než normovací soubor a podobné výsledky přinesl i německý výzkum, ve kterém byl použit i shodný dotazník (Wischmann et al., 2001). Tento výsledek koresponduje s předpokladem, že neplodnost je hlubokým zásahem do identity ženy (Slepičková, 2006) a vede k poklesu sebehodnocení (Daniluk & Tench, 2007). V poradenské praxi by proto měla být žádoucí především snaha posilovat sebehodnocení nedobrovolně bezdětných žen.
K výsledku nízké spokojenosti respondentek s vlastní osobou a zdravím se nám zdálo důležité ještě hlouběji prozkoumat, zda se zde od sebe neliší ženy, kterým byla diagnostikována příčina neplodnosti od těch žen, které léčbu IVF podstupují pouze kvůli svému neplodnému partnerovi. V našem výzkumu se však mezi těmito skupinami respondentek významný rozdíl ve spokojenosti v těchto škálách neukázal (viz tab. č. 3). Podobně v německém výzkumu nebyl nalezen rozdíl u těchto dvou škál ve spokojenosti mezi ženami, které svou příčinu neplodnosti znaly, a těmi, kterým známa nebyla (Wischmann et al., 2001). Lze se proto asi domnívat, že žena, jejíž tělo nemůže počít nebo donosit dítě, se necítí „normální“ a „zdráva“ (Sternke & Abrahamson, 2015), ať už je za příčinu tohoto faktu patrně označen kdokoli či není vůbec známa (Konečná, 2009).
V porovnání s ostatními položkami jsou ženy podstupující léčbu neplodnosti nejméně spokojeny s prací a zaměstnáním, volným časem a finanční situací. Nespokojenost s prací a zaměstnáním lze vysvětlovat pomocí kvalitativních výzkumů, kde se ukazuje, že ženy plánující otěhotnět se vyhýbají (byť pro ně žádoucím) změnám v práci, a to i přes dlouhotrvající nespokojenost. Sama léčba neplodnosti je také velmi časově náročná (Gameiro et al., 2015).
Při orientačním porovnání celkové životní spokojenosti našeho souboru s normami jsme nenalezli významný rozdíl mezi oběma skupinami. Tento výsledek je shodný se zjištěními z předcházejících studií (Holter et al., 2006; Wischmann et al., 2001). Patrně nejlépe ho lze vysvětlit načasováním celé studie, kdy byly oslovovány ženy při svém prvním pokusu IVF a s kratší průměrnou délkou neplodnosti (2 roky). I jiné výzkumy totiž svědčí o tom, že ženy, které do léčby teprve vstupují, se po emocionální stránce výrazně od normy neliší (Verhaak et al., 2007).
V našem výzkumu se dále ukázalo, že životní spokojenost žen nebyla významně ovlivněna jejich věkem ani počtem let neplodnosti. Věk žen významně neovlivňoval hodnoty životní spokojenosti ani v již zmiňovaném německém výzkumu (Wischmann et al., 2001), možný vliv počtu let neplodnosti na spokojenost žen tento výzkum ale již nezkoumal.
K interpretaci našich výsledků je třeba uvést, že pokud jsme srovnávali hodnoty našeho souboru s normou, jednalo se o normovací výběr z německé populace žen a je proto třeba tato srovnání chápat jen velmi orientačně. Výsledky této studie jsou také limitovány tím, že jde pouze o dotazníkové šetření, které vždy závisí na ochotě a schopnosti respondentů posoudit pravdivě sebe sama. Je možné totiž předpokládat, že ženy mají tendenci své výpovědi v dotazníku nadhodnocovat, aby dokázaly svoje dobré fungování (Demyttenaere et al., 1998).

Strategie zvládání stresu a jejich souvislosti s životní spokojeností u žen podstupujících své první umělé oplodnění

Druhým cílem naší práce bylo prozkoumat copingové strategie žen. Pro výzkum jsme použili dotazník *COPE Inventory*, jehož úvodní instrukci jsme upravili tak, aby ženy uváděly způsoby zvládání stresu v situacích týkajících se jejich nedobrovolné bezdětnosti a léčby. Můžeme sice předpokládat, že způsoby zvládání stresu jsou spíše dispoziční záležitostí (Carver et al., 1989), nicméně jsme se domnívali, že zvládání neplodnosti může mít svá specifika (Benyamini et al., 2008). Výhodou námi použitého dotazníku je, že rozděluje způsoby zvládání stresu až na 15 škál, nevýhodou pro nás ale bylo, že výzkumy zkoumající coping u neplodných žen, které se nám

podařilo nalézt, používaly v převážné většině Lazarusův dotazník *Ways of coping* (Folkman & Lazarus, 1988). Proto porovnání našich výsledků s ostatními výzkumy nemůže být zcela přesné.
Při srovnání průměrných hodnot jednotlivých strategií měřených dotazníkem se ukázalo, že se ženy nejčastěji vyrovnávají s neplodností pomocí strategie Plánování, Pozitivní reinterpretace, Aktivního copingu a Vyhledávání emocionální sociální opory. Všechny tyto strategie jsou podle Carvera et al. (1989) obecně adaptivní pro zvládání stresu; Plánování a Aktivní coping jsou zaměřeny na problém, zatímco Pozitivní reinterpretace a Vyhledávání emocionální opory jsou strategie zaměřené na emoce. Strategie vyhledávání sociální opory se ukázala také jako strategie související s vyšší úspěšností léčby neplodnosti metodami IVF (Ďurašková & Hampl, 2014). Tato strategie a strategie Pozitivní reinterpretace jsou podle meta-analýzy Jordana a Revensona (1999) strategiemi, které ženy v léčbě neplodnosti užívají výrazně častěji než jejich partneři. V americkém výzkumu Petersona et al. (2006b) se ženy nejčastěji vyrovnávaly s neplodností pomocí strategie Hledání sociální opory, Plánování a Pozitivního přehodnocení v porovnání s ostatními strategiemi, což je (byť v jiném pořadí) ve shodě s našimi výsledky. Strategie Pozitivní reinterpretace také významně pozitivně koreluje s celkovou životní spokojeností respondentek, což potvrdily i jiné studie (Benyamini et al., 2008). Podobná souvislost se ukazuje i u strategie Vyhledávání instrumentální sociální opory, která (spolu se strategií Popření) také v regresní analýze předpovídala životní spokojenost (tab. č. 6).
Strategie Vyhledávání instrumentální sociální opory a Pozitivní reinterpretace lze tak s jistou opatrností označit za adaptivní pro zvládání neplodnosti a její léčby a v psychologické praxi pak ženy v tomto typu copingu podporovat. Tyto dvě strategie se projevují tím, že se ženy snaží získat od někoho radu, co mají dělat; mluví s někým, kdo by jim s jejich problémem mohl konkrétně pomoci, a ptají se lidí, kteří prožili něco podobného, co v takové situaci dělali. Vedle toho se snaží využít získanou zkušenost ke svému osobnímu růstu, snaží se vidět problémy v pozitivnějším světle a hledají na tom, co se jim stalo, něco dobrého.
Jako nejméně využívané strategie zvládání stresu ženy uvedly Náboženský coping, Neangažovanost chování a Zneužívání alkoholu a jiných drog. Dvě poslední zmíněné strategie jsou Carverem et al. (1989) považovány za obecně maladaptivní pro zvládání stresu, nicméně Náboženský coping je považován za strategii obecně adaptivní. To, že naše respondentky využívají Náboženský coping v porovnání s ostatními strategiemi velmi málo, lze snadno vysvětlit velmi nízkou konfesní příslušností české společnosti (v ČR se k náboženskému vyznání hlásí 32,2 % obyvatelstva (ČSÚ, 2011) zatímco např. v USA 78 % (MZV USA, 2013). Přesto nás může tento výsledek udivit, protože položky této strategie nejsou formulovány přímo konfesně (položky typu: „*hledám útěchu ve své víře*“) a výsledek by tak mohl svědčit i o určité „nenáboženskosti“ naší společnosti (to by ovšem bylo předmětem jiné diskuze).
Významná negativní souvislost s celkovou životní spokojeností žen se ukázala u copingové strategie Popření, která také nejvíce předpovídala celkovou životní spokojenost. Jde o strategii zaměřenou na emoce, která se vyznačuje odmítáním věřit, že problém skutečně existuje. Ženy se snaží jednat tak, jako kdyby problém nebyl skutečný (patří sem položky typu: „*předstírám, jako by se to vlastně ani nedělo*“, „*říkám sama sobě, že to není pravda*“). V pořadí častosti užívání byla tato strategie mezi posledními pěti nejméně často užívanými v porovnání s ostatními strategiemi. Její negativní souvislost s životní spokojeností u žen podstupujících léčbu neplodnosti se ukázala i v izraelském výzkumu (Benyamini et al., 2008), kde také pozitivně korelovala s vyšším stresem. Tuto strategii tak můžeme považovat pro ženy, které podstupují své první IVF za neadaptivní pro zvládání jejich neplodnosti a léčby.

Diskuze k metodologii výzkumu
V našem výzkumu jsme oslovovali pouze ty ženy, které šly na svůj první pokus o umělé oplodnění (IVF). Toto přísné výběrové kritérium jsme zvolili, neboť je velmi pravděpodobné, že prožívání

žen, které podstupují již druhý nebo další pokus o umělé oplodnění, může být jiné než prožívání těchto žen před prvním pokusem léčby. Ženy v našem souboru za sebou neměly ještě zkušenost nevydařeného pokusu IVF a pravděpodobně prožívaly i větší naději na úspěch. Zároveň ale vše při léčbě podstupovaly zcela poprvé (aplikace hormonálních injekcí a jednotlivá často nepříjemná vyšetření) a mohly proto teprve hledat způsoby, jak se k léčbě postavit a jak ji zvládat. Považujeme proto za důležité zdůraznit, že výsledky našeho výzkumu se vztahují na ženy vstupující do svého prvního pokusu léčby, s průměrnou délkou neplodnosti 2 roky, a není podle nás možné je jednoduše vztáhnout obecně na všechny ženy léčící se s neplodností. Řada výzkumů totiž svědčí o tom, že po nevydařeném pokusu IVF se u žen často zvyšuje depresivní symptomatika a životní spokojenost klesá, a to i na několik dalších let (Johansson et al., 2009; Schwerdtfeger & Shreffler, 2009). Nicméně ve studiích zkoumajících přijetí neplodnosti po sedmi a více letech se ukazuje, že životní spokojenost i sebehodnocení se s přijetím situace (pokud k němu dojde) zase může zvýšit (Daniluk & Tench, 2007). Zdálo by se nám nesmírně přínosné náš výzkum rozšířit a zkoumat, jak (a zda) se vyrovnávání s neplodností proměňuje s časem, to však bylo již za limitem možností této studie. Domníváme se také, že by bylo vhodné výsledky našeho výzkumu podpořit i hlubším kvalitativním šetřením.

V tomto směru je také třeba chápat náš výsledek o vhodných způsobech vyrovnávání se s neplodností a její léčbou. Strategie, které se v našem výzkumu ukázaly jako adaptivní nebo neadaptivní, se takto ukazují v souvislosti s dobou předcházející prvnímu pokusu o umělé oplodnění. Nevíme, zda by tyto strategie plnily stejnou (adaptivní či neadaptivní) funkci i v případě například opakovaných neúspěšných pokusů a v delším období prožívané nedobrovolné bezdětnosti žen.

Implikace do psychologické praxe

Z našeho výzkumu vyplývá, že psychologické poradenství pro ženy, které podstupují své první umělé oplodnění, by mělo být především zaměřeno na zvyšování sebehodnocení těchto žen a na péči o jejich pocity související s vlastním zdravím. Ženy by měly být podporovány v užívání adaptivních copingových strategií jako je Hledání instrumentální sociální opory (mluvit s někým, kdo by jim mohl pomoci, nebo s někým, kdo stejnou situaci prožil) a Pozitivní reinterpretace událostí (snaha využívat nabytou zkušenost k vlastnímu růstu a hledat na situaci něco pozitivního). Naopak se ukazuje jako vhodné ženy upozornit, že snaha popřít skutečnost problému (předstírání, že se vlastně nic neděje) vede k nižší spokojenosti.

Výsledky našeho výzkumu bohužel neumožňují říci, zda by stejné důrazy v psychologickém poradenství byly vhodné i pro partery těchto žen.

Závěr

Ženy, které podstupují svůj první pokus o umělé oplodnění, jsou nejvíce spokojené se svým partnerstvím, sexualitou a bydlením a naopak nejméně spokojené se svým trávením volného času a finanční situací v porovnání všech průměrných hodnot jednotlivých škál DŽS. Délka neplodnosti, věk ženy ani příčina neplodnosti statisticky významně nesouvisejí s výší hladiny životní spokojenosti těchto žen.

Ukázalo se, že ženy nejčastěji využívají ke zvládání stresu kolem neplodnosti a její léčby adaptivní strategie, a to střídavě jak ty zaměřené na emoce, tak i ty zaměřené na problém. Nejméně často pak využívají coping neadaptivní a coping náboženský.

V naší studii se také potvrdil předpoklad existence pozitivní signifikantní souvislosti mezi Pozitivní reinterpretací, Vyhledáváním instrumentální sociální opory a celkovou životní spokojeností žen a statisticky významná negativní souvislost mezi copingovou strategií Popření a celkovou životní spokojeností. S jistou opatrností můžeme konstatovat, že strategie Pozitivní reinterpretace a Vyhledávání instrumentální sociální opory jsou adaptivní pro zvládání neplodnosti, zatímco

strategie Popření je neadaptivní pro zvládání neplodnosti a její léčby pro ženy, které jdou na svůj první pokus IVF.

Poděkování
Děkujeme Klinice asistované reprodukce SANUS Pardubice za možnost realizace výzkumu a všem ženám za ochotu se v průběhu náročné léčby zúčastnit výzkumu.

Literatura

Bayley, T. M., Slade, P., & Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction, 24*(11), 2827-2837.

Beehr, T. A., & McGrath, J. E. (1996). The methodology of research on coping: Conceptual, strategic, and operational-level issues. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping – theory, research, applications* (65-82). New York: Wiley.

Benyamini, Y., Gefen-Bardarian, Y., Gozlan, M., Tabiv, G., Shiloh, S., & Kokia, E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology and Health, 23*(2), 221-241.

(Česko, 2013.) Ministerstvo zahraničních věcí. *USA: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled*. Získáno 25. 12. 2013 z http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/severni_amerika/usa/

Daniluk, J. C., & Tench, E. (2007). Long term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling and Development, 85*(1), 89-100.

Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., & D´Hooghe, T. (1998). Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertility and Sterility, 69*(6), 1026-1033.

Ďurašková, G., & Hampl, R. (2014). Vliv psychické odolnosti na úspěšnost prvního IVF/ICSI. *Česká gynekologie, 79*(2), 115-119.

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brahler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti.* Překlad a předmluva: T. Rodný, & K. Rodná. Praha: Testcentrum.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of coping Questionnaire.* Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., & Vermuelen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff. *Human Reproduction, 30*(11), 2476-2485.

Garel, M., Blondel, B., Karpel, L., Blanchet, V., Breart, G., Frydman, R., & Olivennes, F. (2009). Women's views on Friendly IVF: A qualitative preliminary study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30*(2), 101–104.

Genesis, kap. 16 a kap. 30 in *Bible, český ekumenický překlad.* (1985). Praha: Kalich.

Gibson, D., & Myers, J. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling, 24*(1), 68-80.

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness 32*(1), 140–162. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment – short term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction, 21*(12), 3295-3302.

Jírová, J. (2015). *Asistovaná reprodukce 2013*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. http://www.uzis.cz/rychle-informace/asistovana-reprodukce-2013.

Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., Janson, P. O., & Hellström, A. L. (2009). Quality of life for couples 4-5.5 years after unsuccessful IVF treatment. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 88(3),* 291-300. doi: 10.1080/00016340802705956

Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta- analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 22*(4), 341-358.

Konečná, H. (2009). *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. Praha: Galén.

Koryntová, D., Síbrtová, K., Kloučková, E., Čepický, P., Řežábek, K., & Živný, J. (2001). Úzkostnost a deprese před in vitro fertilizací – muži a ženy reagují různě podle příčiny neplodnosti. *Česká gynekologie 66*(1), 47-51.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Li, J., Long L., Lie, Y., He, W., & Li, M. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on fertility quality of life and pregnancy rates among women subjected to first in vitro fertilization treatment. *Behaviour Research and Therapy 77,* 96-104.

Luk, B. H., & Loke A. Y. (2015) The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *41*(6), 610–625. doi: 10.1080/0092623X.2014.958789.

McCarthy, P. M., & Sheau-Huey, Ch. (2011). Differences in women's psychological well-being based on infertility treatment choice and outcome. *Journal of Midwifery & Women's Health 56*(5), 475-480. Doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00047.x.

McQuillan, J., Torres, R. A., Greil, A. L. (2007). Infertility and life satisfaction among women. *Journal of Family Issues Volume, 28* (7), 955-981. doi: 10.1177/0192513X07300710.

Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.

Peterson, B. D., Newton, Ch. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2006a). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations, 55*(2), 227-239.

Peterson, B. D., Newton, Ch. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006b). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction, 21*(9), 2443-2449.

Ratislavová, K., & Kašová, L. (2009). Psychosomatický doprovod při léčbě sterility v centrech asistované reprodukce. *Zdravotnícke štúdie, 2*(2), 73-77.

Řežábek, K. (2008). *Léčba neplodnosti*. 4. vyd. Praha: Grada.

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.

Schwerdtfeger, K. L., & Shreffler, K. M. (2009). Trauma of pregnancy loss and infertility among mothers and involuntarily childless women in the United States. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping, 14*(3), 211-227. Doi: 10.1080/15325020802537468.

Slepičková, L. (2006). Nedobrovolná bezdětnost jako sociologické téma. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, *42*(5), 937-951.

Slepičková, L. (2009). Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce. *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, *45*(1), 177-203.

Sternke, E. A., & Abrahamson, K. (2015). Perceptions of women with infertility on stigma and disability. *Sexuality and Disability, 33*(1), 3-17. Doi: 10.1007/s11195-014-9348-6.

Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: Literature review. *Australasian Medical Journal, 4*(11), 620-627.

Tichý, M. (2011). Osobnostní proměnné a zvládání zátěže u sociálních pracovníků a učitelů. *Psychologie a její kontexty, 2*(2), 87-97. http://psychkont.osu.cz/fulltext/2011/Tichy_2011_2.pdf

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update, 13*(1), 27-36. http://doi.org/10.1093/humupd/dml040

Weiss, P., Matějů, I., & Urbánek, V. (2004). Osobnostní a párové charakteristiky mužů a žen ze sterilních manželství. *Česká gynekologie*, 1, 42-47.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: A study by the Heidelberg Fertility Consultation service. *Human Reproduction, 16*(8), 1753-1761.

Informace o autorech:

PhDr. et Mgr. Gabriela Ďurašková pracuje v ambulanci klinické psychologie Orlickoústecké nemocnice. Zároveň je doktorandkou v oboru klinické psychologie na Katedře psychologie FF UP v Olomouci, kde se výzkumně věnuje prožívání nedobrovolné bezdětnosti.

Kontaktní údaje:
adresa: 17. listopadu 596, Ústí nad Orlicí, 562 01
e-mail: gabriela.duraskova@gmail.com

Doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc. působí na Katedře psychologie FF UP v Olomouci. Zaměřuje se na vývojovou psychologii, psychologii rodiny a náhradní rodinnou péči.

RNDr. Radek Hampl, Ph.D. je vedoucím oddělení klinické embryologie Centra asistované reprodukce SANUS Pardubice. Výzkumně se zaměřuje především na morfokinetickou variabilitu lidských embryí v časné fázi dělení.

Mgr. Lucie Viktorová je doktorandkou na Katedře psychologie FF UP v Olomouci. Kromě zkvalitňování přijímacího řízení a tvorby testů studijních předpokladů se věnuje metodologii psychologického výzkumu a statistice.

Ďurašková, G., Sobotková, I., Hampl, R., & Viktorová, L. (2016). Životní spokojenost a copingové strategie žen, které podstupují své první umělé oplodnění (IVF). *E-psychologie, 10*(1), 47-62. Dostupné z http://e-psycholog.eu/pdf/duraskova_etal.pdf.