

# Psychosociálne aspekty neplodnosti

PhDr. Linda Katona

Psychiatrické oddelenie FNsP, Nové Zámky

Problematika neplodnosti je skutočnosťou, ktorá sa v súčasnosti dotýka mnohých párov túžiacich založiť si rodinu. Neschopnosť počať dieťa vyvoláva u zúčastnených množstvo negatívnych emócií, intrapersonálnych, ako aj interpersonálnych konfliktov, ktoré následne vplyvajú na celkový psychický, zdravotný i sociálny status jednotlivcov. Mnohé páry sa stretávajú s nepríjemnými reakciami zo strany svojho okolia, čím sa u nich prehľbujú psychopatologické symptómy v zmysle depresie, úzkosti pri afinity k izolácii. Príspevok prináša prehľad reakcií, ktoré so sebou prináša fakt neplodnosti. Dôraz sa kladie na psychické prežívanie, výskyt depresívnych a anxiózných prejavov, stratégie zvládania, ako aj na vplyv interpersonálnych vzťahov a význam psychosociálnej intervencie pri zvládaní neplodnosti.

**Kľúčové slová:** neplodnosť, depresia, úzkosť, zvládacie stratégie, psychosociálne aspekty.

## Psychosocial aspects of infertility

The problem of infertility is the fact that currently affects many couples desiring to start a family. The inability to conceive a child raises participating in the amount of negative emotions, intrapersonal, and interpersonal conflicts, which in turn affect the overall mental health and social status of individuals. Many couples are faced with unpleasant reactions on the part of its surroundings, thus they deepen psychopathological symptoms in terms of depression, anxiety in affinity for isolation. The contribution gives an overview of responses, which brings with it the fact infertility. The emphasis is on psychological survival, incidence of depressive and anxiety symptoms, coping strategies, and the impact of interpersonal relationships and the importance of psychosocial interventions in dealing with infertility.

**Key words:** infertility, depression, anxiety, coping strategies, psychosocial aspects.

Via pract., 2015, 12(2): 90–93

## Úvod

V posledných rokoch je čoraz viac predmetom záujmu vplyv neplodnosti na psychickú pohodu neplodných párov. Nemožno poprieť, že neplodnosť je pre mnoho párov hlboko stresujúcim zážitkom (1). Podľa Řežábka (2) sa neplodnosť týka 60 – 80 miliónov ľudí na celom svete a polovica z nich ostáva celoživotne bezdetnými. Uvádza sa, že problém neplodnosti sa týka 10 – 15 % párov, teda každého šiesteho až desiateho páru (3). Štatistiky poukazujú, že v 35 % sa na príčine neplodnosti podieľa muž, v 50 % ide o problém u ženy, v 5 % sa na neplodnosti podieľa inkompatibilita páru a zvyšných 10 % príčin neplodnosti je neznámeho pôvodu (4). Za neplodný sa považuje pár uskutočňujúci nechránený pohlavný styk v období jedného roku a stáva sa ním vtedy, keď sa rozhodne v otázke reprodukcie vyhľadať odbornú pomoc.

Výskum týkajúci sa psychosociálnych aspektov neplodnosti bol historicky obmedzovaný, pretože neplodnosť sa: (1) považovala skôr za lekársku problematiku ako sociálny problém hodný sociálnej analýzy, (2) neplodnosť sa považovala za tabu, o ktorom nebolo ľahké hovoriť, (3) pri neplodnosti išlo o problém vznikajúci najmä v západnej spoločnosti v čase meniacich sa spoločenských presvedčení o rodičovstve, úlohe žien a význame detí v živote mužov a žien a (4) výskumy sa zameriavali najmä na psychosociálne reakcie asistovanej reprodukcie (5).

S odstupom času sa ukázalo, že neplodnosť vo vysokej miere ovplyvňuje psychické prežívanie jednotlivca a výskumy sa začali zaoberať najmä psychickým prežívaním neplodných párov (6, 7, 8, 9), dôraz sa kladol na psychopatológiu, najčastejšie na výskyt depresívnej a anxióznejskej symptomatiky (10, 11, 12, 13), vplyv neplodnosti na sociálne vzťahy (14, 15, 16) a sexualitu (11, 17, 18).

## Prežívanie faktu neplodnosti

Vo všeobecnosti prevláda názor, že túžba po dieťati je väčšia u žien. Mnohé ženy vnímajú materstvo ako cieľ ich života, a preto pri neschopnosti mať dieťa často prepadajú smútku a depresii. S mužmi sa pri problémoch s neplodnosťou viac spája pocit sklamaní. Nemecká štúdia skúmala postoje a motiváciu u 1 580 bezdetných mužov a žien pri rozhodovaní, či mať, alebo nemať deti. Túžba po dieťati bola rovnaká u mužov aj žien (49 %) a spájala sa predovšetkým s priáním vytvoriť si nový život, formovať domácnosť a zažiť skúsenosť lásky (19). Dyer et al. (20) vo svojom výskume zistili, že medzi najčastejšie motívy vedúce k túžbe po dieťati patrí zvýšenie pocitu šťastia, zážitok z novej skúsenosti, ktorá vyplýva z rodičovstva, a zvýšenie celkového blahobytu.

Neplodnosť býva zaraďovaná medzi jednu z najbolestivejších životných skúseností i v porovnaní s inými závažnými stratami, ako napríklad smrť niekoho blízkeho či rozvod (21). Jandová

(22) chápe neplodnosť ako „veľkú životnú krízu“, ktorá predstavuje výraznú psychickú záťaž. Z negatívnych prejavov možno spomenúť najmä anxiétu, depresiu, pocity viny a hnevu. Depresia je častou reakciou na stratu a stres. Ďalej autorka uvádza, že neplodný pár stráca „duševnú pohodu, prestíž, sebaúctu, pocit bezpečia, nádej na naplnenie fantazijných predstáv“. Podľa Sobotkovej (23) je nemožnosť mať dieťa stresujúca životná okolnosť, ktorej následkom je vznik mnohých psychosociálnych reakcií. Neplodnosť vplyva na všetky aspekty života daného páru a má kultúrne, sociálne, právne a psychologické dôsledky (24).

Vyrovňovanie sa s trvalou neplodnosťou je zložitý proces, ktorý možno rozčleniť do troch fáz. V prvej fáze je pár prekvapený zistením, že sú neplodní a danú skutočnosť popierajú. Obaja partneri hľadajú možné vysvetlenie daného stavu a majú tendenciu rozoberať svoje sexuálne správanie z minulosti, ako je napríklad predmanželský sex, užívanie antikoncepcie, umelé prerušenie tehotenstva, pohlavné ochorenia. U partnerov sa objavujú pochybnosti o sebe samom, sebaobviňovanie a pocity viny. Druhá fáza vyrovňovania sa s faktom neplodnosti nastáva po opakovanom neúspešnom liečení, keď prebieha reakcia na stratu v niekoľkých štádiách, ako je prekvapenie, popretie, hnev, pocity odcudzenia, depresia a konečnou fázou je prijatie. Tretia fáza zahŕňa zváženie možných alternatív, ako je podstúpenie umelého oplodnenia, adopcia alebo rozhodnutie

žiť bez dieťaťa. Posledná fáza je náročná, nakoľko partneri ešte nie sú dostatočne pripravení prijať racionálne rozhodnutie (6).

Edelmann et al. (7) zistili, že neplodnosť má významný vplyv na psychologické faktory. Niekedy je sprevádzaná existenciálnou krízou a emocionálnym napätím, ako je úzkosť, potlačený hnev, neuspokojivé medzilidské vzťahy, frustrácia, pocit menejcennosti, depresie, pocit zamietnutia a nevedomý pocit viny (21). Celkové percento psychologických problémov u neplodných párov sa pohybuje medzi 25 – 60 % (1).

Psychologické problémy neplodných pacientov sú komplexné a sú ovplyvňované množstvom faktorov, ako sú rozdiely medzi pohlaviami, príčiny a dĺžka neplodnosti. Obdobím trvania neplodnosti sa zvyšuje i prežívaný stres (25). Diagnóza neplodnosti má významný negatívny vplyv na blahobyt páru. Medzi najčastejšie pocity, ktoré neplodný pár prežíva, možno zaradiť pocity viny, hnev, frustráciu a beznádej (8), ďalej so sebou neplodnosť prináša negatívne emócie, ako je depresia, zúfalstvo, zmätok, smútok, rozpaky, sklamanie, poníženie, bolesť a strach (26). V spojení s negatívnymi emóciami neplodný pár zažíva zníženie sebahodnoty, znížený pocit ženskosti a mužnosti (27). Zistilo sa, že v prípade, ak jeden z partnerov vie o svojej neplodnosti, prežíva pocity viny a hnevu. Ak je však príčina neplodnosti neznáma, vyvoláva to frustráciu u oboch pohlaví. Niekedy sa stáva, že obaja partneri majú k liečbe odlišný prístup, a to spôsobuje konflikty v ich vzťahu (9).

### Medzipohlavné rozdiely

Ženy majú tendenciu považovať neschopnosť počatia ako stratu, ktorá je veľmi zničujúca a ktorá navždy zmení ich život. Naopak, muži vnímajú neplodnosť ako aktuálnu situáciu, ktorá nie je taká tragická a dá sa riešiť (28). Neplodné ženy vykazujú vyššiu mieru psychických príznakov ako ich partneri. Ženy sú vždy hlbšie zapojené do liečebných postupov a sú zvyčajne viac ovplyvnené situáciou neplodnosti ako muži (29).

Ženy pri zistení neplodnosti zažívajú vyššiu úroveň depresie, hnevu, nižšiu hladinu sebavedomia ako muži. Je to spôsobené tým, že ženy vnímajú neplodnosť ako vlastné zlyhanie, alebo ho spájajú s minulým správaním, najmä v prípade, ak zažili potrat, ak mali viacero sexuálnych partnerov, viacero rokov užívali antikoncepciu, alebo ak sa dopustili cudzoložstva. V týchto prípadoch žena vníma neplodnosť ako formu trestu, čo môže zvyšovať pocity viny, beznádeje a zúfalstva (28, 30). Ženy môžu mať negatív-

ny pohľad na svoje telo, lebo ho vnímajú ako nedostatočné na počatie (31), zistilo sa u nich menšie sebavedomie, menšia spokojnosť so životom a vyššia hladina depresie, stresu, pocitov viny a afinity k izolácii ako u mužov (32). Pri psychodiagnostickom vyšetrení v porovnaní s plodnými ženami sa u neplodných žien vo výraznejšej miere manifestovali neurotické črty osobnosti, depresia, anxiety, emocionálne instabilita, hostilné prejavy, zhoršené sebaopätie a narušenie interpersonálnych vzťahov. Častá je aj nespokojnosť so sexuálnym životom (22).

Diagnostikovanie mužskej neplodnosti súvisí s vyšším rizikom psychosociálnych problémov a znížením kvality života. U neplodných mužov sa detekuje nižšie sebahodnotenie a výraznejšia stigmatizácia v porovnaní s plodnými mužmi (33, 34). Folkvord et al. (35) zistili, že väčšina z 311 opýtaných neplodných mužov sa cíti nepríjemne, aspoň polovica vykazuje príznaky miernej depresie a nespavosti. Mnohí opisujú interpersonálne ťažkosti, pociťujú napätie vo vzťahoch s rodinnými príslušníkmi, ako aj v partnerskom vzťahu. Klemetti et al. (36) skúmali 2 291 náhodne vybraných 30 – 44-ročných fínskych účastníkov a zistili, že u mužov, ktorí sú vystavení neplodnosti sa vo väčšej miere vyskytovali psychické problémy ako u plodných mužov. Bezdetní muži, u ktorých bola diagnostikovaná neplodnosť, vykazovali nižšiu hodnotu kvality života ako bezdetní plodní muži. Dudgeon a Inhorn (37) uvádzajú, že neplodnosť vyvoláva u mužov pocity poníženia, nakoľko má hlboký negatívny vplyv na mužstvo a vedie k stigmatizácii. Autori tvrdia, že muži najčastejšie spájajú neschopnosť splodiť dieťa s mužnosťou a sexuálnou potenciou, ktorá vedie k zvýšeniu vnímanej osobnej nedostatočnosti.

Viacerí autori (7, 38, 39) sa zhodujú, že ženy vykazujú vyššie hodnoty v symptómoch depresie a úzkosti v porovnaní s mužmi. Beaurepaire et al. (40) vo svojej štúdii zistili, že muži majú vo všeobecnosti vyšší interný locus kontroly, čo u nich vedie k menej častému sebaobviňovaniu a pocitom viny za neplodnosť, ako u žien. Zatiaľ čo viaceré štúdie potvrdzujú vyšší výskyt psychopatológie u žien, Tarlatzis et al. (41) zistili, že neplodnosť je stresujúcim faktorom u oboch pohlaví. Zatiaľ čo u žien prevažujú depresívne symptómy, muži sú vo väčšej miere vystavení úzkosti a vyššej afinity k rozvoju psychosomatických prejavov.

### Výskyt depresie a úzkosti

Medzi najviac skúmané psychopatologické črty u osôb s neplodnosťou patrí depresia a úzkosť. Predpokladá sa, že depresia je najčas-

tejším psychologickým problémom, ktorému čelí neplodný pár, špeciálne žena. Depresia vplyva na všetky aspekty života osôb, ktorých sa týka, a tiež vo významnej miere ovplyvňuje aj samotný liečebný proces neplodnosti (10). Výskum uskutočnený Ramezanzadehom et al. (11) ukázal, že 151 žien (40,8 %) malo depresie a 321 žien (86,8 %) malo obavy. Depresia má významný vzťah s neplodnosťou, jej trvaním, vzdelaním a zamestnaním žien. Úzkosť má kladný vzťah s dĺžkou trvania neplodnosti. Výskum ukázal, že depresia a úzkosť sa u žien vyskytuje najčastejšie po 4 – 6 rokoch neplodnosti a ťažkú formu depresie možno detekovať u neplodných žien 7 – 9 rokov od stanovenia diagnózy.

Jones et al. (42) zistili u 28,3 % neplodných žien miernu až stredne ťažkú depresiu, stredne ťažkú až ťažkú depresiu u 7,2 % a 1,2 % žien vykazovalo najťažší stupeň depresie podľa BDI. Úroveň depresie je nižšia u žien, ktoré predpokladajú, že neplodnosť je problémom ich partnera (43).

Výsledky štúdie Noorbala et al. (12) ukazujú, že psychiatrická symptomatika sa manifestuje u 44 % neplodných a 28,7 % plodných žien. Autori prostredníctvom testu SCL-90-R zistili u neplodných žien vyššiu hladinu paranoidných ideácií, depresie a interpersonálnej senzitivity. Nižšie hladiny v porovnaní s plodnými ženami neplodné respondentky vykazovali v škále psychotizmu, fóbií a anxiety. Výsledky poukazujú, že k najdôležitejším faktorom, ktorý vedie k psychickému stresu u neplodných žien, patria reakcie príbuzných a priateľov, pocity samoty a liečba neplodnosti.

Khademi et al. (13) zistili, že dĺžka trvania neplodnosti priamo súvisí s výskytom depresie. V ranej fáze neplodnosti je depresia omnoho nižšia. Partneri na začiatku liečby dôverujú medicínskym zásahom, prijímajú podporu zo strany lekárov aj rodiny, dúfajú, že neplodnosť v budúcnosti prekonajú. Taktiež je v tomto období menej tlaku zo strany rodiny, okolia a neplodní partneri neprežívajú nadmerný psychický stres. Ak sa však neplodnosť zmení na chronický problém, ktorý bráni manželstvu, respektíve partnerstvu naplniť jednu zo základných funkcií, funkciu reprodukčnú, miera negatívnych psychických prejavov narastá.

Úzkosti a depresie sa zvyšujú s trvaním neplodnosti (44). Štúdia preukázala, že u žien, ktoré prekonali neplodnosť za kratšie obdobie sa pozorovala nižšia hladina úzkosti a bola u nich prítomná klesajúca tendencia psychického stresu. Psychický stres sa zvyšuje s časom (45)

a depresia vrcholí medzi druhým a tretím rokom neplodnosti a do normálneho stavu sa vráti až po šiestich rokoch jeho trvania (46). Ashkani et al. (10) zahrnuli vo svojom výskume 123 neplodných párov a 120 plodných párov, celkovo 486 osôb. Výsledky potvrdzujú signifikantné rozdiely v miere depresívnej symptomatiky u plodných a neplodných párov. Vyššia hladina depresie bola zistená u osôb, ktoré trpeli neplodnosťou 1 – 3 roky v porovnaní s osobami, u ktorých trvala neplodnosť menej ako jeden rok. Po 6 rokoch sa u žien znižujú psychické príznaky vyvolané neplodnosťou. Počas prvých troch rokov je neplodnosť sprevádzaná príznakmi, ako je úzkosť, depresia, strata sebaúcty, impotencia a neprispôsobivosť manželského stavu. Po troch rokoch sa optimistický postoj zmení na zúfalstvo, a nakoniec neplodný pár dospeje k istým emocionálnym zmenám v zmysle adopcie dieťaťa alebo rozhodnutia žiť bez dieťaťa (46).

### Stratégie zvládania vo vzťahu k neplodnosti

Zvládanie je definované ako kognitívne a behaviorálne úsilie používať riadenie a kontrolu stresu v situáciách, v ktorých stres presahuje skutočné zdroje potrebné na zvládanie pri vyrovnávaní sa so záťažou (47). Neplodnosť je stresor, ktorý priamo vplyva na zvládacie zdroje partnerov, čo vedie páry k mnohým spôsobom, ako sa s danou negatívnou situáciou vyrovnáť. Spôsob, ktorým sa bezdetní partneri vyrovnávajú s faktom neplodnosti, ovplyvňuje prežívanie distresu, ako aj ich celkové telesné a psychické zdravie (48). Bezdetní partneri môžu používať aktívny štýl zvládania, keď vyhľadávajú podporu okolia a vytvárajú si nový zmysel života, čím nahrádzajú nesplnenú túžbu po dieťati a rodičovstve. Na druhej strane sa u partnerov môže vyskytnúť emocionálny a pasívny spôsob vyrovnávania sa so záťažou, čím sa vyhýbajú externým interpersonálnym kontaktom a fixujú sa na deti. Stratégie pasívneho zvládania záťaže vyplývajúcej z neplodnosti, ako aj nedostatok sociálnej podpory pozitívne súvisí s častejším výskytom telesných symptómov, ako aj s prítomnosťou depresie a úzkosti (49).

Peterson et al. (50) vo svojej štúdii skúmali štyri typy copingových stratégií: 1. stratégie aktívneho vyhýbania sa (napríklad vyhýbanie sa tehotným ženám alebo deťom), 2. aktívne – konfrontačné stratégie (napríklad zdieľanie pocitov, schopnosť požiadať druhých o pomoc), 3. stratégie pasívneho vyhýbania sa (napríklad viera v zázrak) a 4. stratégie založené na význame (napríklad hľadanie iných cieľov v živo-

te). Ženy sa snažili vyrovnávať s neplodnosťou so všetkými štyrmi spomenutými stratégiami v porovnaní s mužmi. Tento nárast je pravdepodobne spojený s vyššou úrovňou stresu u žien, nakoľko neschopnosť mať dieťa vnímajú veľmi stresujúco, a tým častejšie používajú viaceré spôsoby zvládania za účelom redukcie stresu. Výsledky štúdie poukazujú, že používanie stratégií aktívneho vyhýbania sa priamo súvisí s nárastom osobného, rodinného aj sociálneho distresu u oboch partnerov.

Napriek hypotéze autorov o znížení distresu pri používaní aktívnej – konfrontačnej stratégie výsledky poukazujú na zvýšené prežívanie stresu u mužov, ak ich partnerky pri vyrovnávaní sa s neschopnosťou mať dieťa používajú aktívnu konfrontáciu. Napokon autori zistili, že používanie stratégie založenej na význame viedlo k zníženiu úzkosti u mužov, ale u žien spôsobovala nárast sociálnej úzkosti.

Viaceré štúdie poukazujú, že ženy majú vyššiu tendenciu používať pasívne stratégie zvládania pri vyrovnávaní sa s neplodnosťou (49, 51).

### Sociálne vzťahy a sexualita

Pre neplodné páry je veľmi dôležitá sociálna podpora (14). Hoci sa zdá, že neplodnosť je súkromnou záležitosťou daného páru, reakcie od rodiny a známych môžu vo veľkej miere ovplyvniť schopnosť páru vysporiadať sa s diagnózou (52).

Niektoré bezdetné ženy závidia svojim rovesníčkam deti a udalosti, ako sú rodinné stretnutia, výlety s vrstovníkmi a ich rodinami, ktoré sú považované za príjemné, prežívajú neraz veľmi bolestivo (15). Bezdetné ženy sa môžu cítiť nepríjemne a podráždene, keď sú s inými deťmi. Cítia sa osamelé, izolované od rodinných príslušníkov, príbuzných a priateľov, ktorí majú deti. Zvýšenie izolácie vedie k obmedzeniu sociálnej podpornej siete, ktorá môže napomôcť pri lepšom zvládaní negatívnych emocionálnych prejavov (53).

Rodina a priatelia vyvíjajú tlak na neplodné páry (16). Príbuzní alebo vrstovníci, ktorí nemajú dostatok informácií o probléme neplodnosti, môžu dávať bezdetným párom rôzne návrhy v zmysle „užívajte si“ alebo „vezmite si dovolenku“ (16). Stres vyvolaný neplodnosťou priamo ovplyvňuje partnerské problémy a znižuje sexuálne sebavedomie, sexuálne uspokojenie, ako aj frekvenciu pohlavného styku. Okrem toho prežívaný stres priamo i nepriamo ovplyvňuje vzťah medzi partnermi v zmysle posúdenia zdravotného stavu, lásky, náklonnosti a má viac negatívny vplyv na celkovú kvalitu života u žien v porovnaní s ich partnermi (11). Absencia de-

tí môže spôsobiť manželské problémy, ako je rozvod. Zásah príbuzných, negatívne postoje a správanie okolia spôsobujú mnohé psychické problémy vrátane manželskej nestability a stigmatizácie (25).

Zistenia Normana et al. (17) naznačujú, že muži, ktorí vnímali samých seba ako jediných prispievateľov k neplodnosti, sa cítili menej schopnými napĺňať svoje ciele, cítili menšiu kontrolu nad svojim životom. Taktiež im sexualita prinášala menej upokojenia, vo vyššej miere prežívali pocity sexuálneho zlyhania a sexuálne aktivity im prinášali menší pôžitok.

Páry, ktoré sú neplodné, tiež zažívajú nedostatok sexuálneho uspokojenia v zmysle nedostatku vzrušenia a absencie orgazmu. To následne vedie k vyhýbaniu sa sexuálnym aktivitám, respektíve k ich obmedzeniu len za účelom rozmnožovania (54). Bezdetnosť môže byť výsledkom sexuálnych dysfunkcií a môže viesť k zhoršeniu sexuálneho života (18).

### Psychosociálna intervencia

Vzhľadom na to, že dopyt po liečbe neplodnosti rastie, rovnako bude potreba náležite informovaných a kvalifikovaných odborníkov na duševné zdravie (55). Intervencia pri liečbe neplodnosti by sa mala zamerať na znižovanie pocitov viny spojenými s minulými sexuálnymi aktivitami, sexuálne prenosnými ochoreniami alebo potratmi a mala by posilňovať optimizmus, znižovať pocity sociálnej izolácie a osamelosti (56).

Boivin (54) vo svojej štúdii zistil, že psychosociálne zásahy sú oveľa účinnejšie pri znižovaní negatívnych emócií ako zmena v interpersonálnom fungovaní. Tiež sa zistilo, že skupinové zásahy, ktoré zdôrazňovali vzdelávanie a získavanie zručností, napríklad relaxačné tréningy, boli významne účinnejšie pri navodzovaní pozitívnych zmien ako poradenské intervencie, ktoré zdôrazňovali podporu, alebo diskusie o myšlienkach, alebo pocitoch v súvislosti s neplodnosťou. U mužov a u žien boli zistené rovnaké pozitíva zo psychosociálnych zásahov. Pozitívny efekt psychologickej intervencie a psychoterapie dokladujú aj ďalší autori (12, 54). Psychologická podpora môže pomôcť nielen pri adaptácii páru na fakt neplodnosti, ale tiež znižuje výskyt stresu a tým zvyšuje šancu na počatie. U neplodných párov, ktoré sa zúčastňovali psychologickej intervencie, sa vykazovali nižšie hladiny depresívnej a úzkostnej symptomatiky.

Noorbala et al. (12) na základe svojej štúdie poukazujú na potrebu blízkej spolupráce gynekológov a psychológov, respektíve psychiatrov pri

práci s neplodnými ženami, ktoré vykazujú vyššie hodnoty psychiatrickej komorbidity v porovnaní s plodnými ženami. Psychoterapia môže napomôcť pacientkam zlepšiť psychický stav, a tak zvýšiť šancu otehotnieť. Význam pri skvalitnení života neplodných žien má aj oblasť médií, ktorá by publikovaním informácií o potrebe liečby viacerými odborníkmi poskytla neplodným osobám podporu a viedla k zníženiu psychického stresu. Psychologická podpora a liečba má veľký význam pre duševné zdravie neplodných párov a celkovo ovplyvňuje zlepšenie kvality života.

## Literatúra

- Guerra D, Liobra A, Veiga A, Barri PN. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Hum Reprod*. 1998;13:1733–1736.
- Režábek K. *Léčba neplodnosti*. 3. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing; 2004.
- Tomáš S. Sterilita a diagnosticko-liečebný manažment sterilného páru. *Gynekológia pre prax*. 2008;(6)2:88–92.
- Cecotti M. *Procreazione medicalmente assistita*. Roma: Armando; 2004.
- Hammer Burns L, Covington SN. *Infertility Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. Cambridge University Press; 2006: 678.
- Keye WR Jr. Psychosexual responses to infertility. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 1984;(27)3:760–766.
- Edelmann RG, Connolly KJ. Psychological consequences of infertility. *Brit J Med Psychol*. 1985;59:202–19.
- Crick NR, Casas Mosher JK. Relational aggression, gender, and social psychological adjustment. *Child Development*. 1997;66:710–722.
- Daniluk JC. When treatment fails: the transition to biological childlessness for infertile women. *Women & Therapy*. 1996;19(2):81–98.
- Ashkani H, Akbari A, Heydari ST. Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, Southern Iran. *Indian J Med Sci*. 2006;60:399–406.
- Ramazanadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M. Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility*. 2006;85:139–143.
- Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Abedinia N, Yazdi SAB, Jafarabadi M. Study of psychiatric disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors. *Journal of Family and Reproductive Health Summer*. 2007;(1)1:6–11.
- Khademi A, Alleyassini A, Aghhosseini M, Ramezanzadeh F, Abhari AA. Pretreatment Beck depression inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients; A before-after study. *BMC Psychiatry*. 2005;5:25.
- Singh AJ. Support for infertile couples. *World Health Forum*. 1996;17:176–77.
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Psychosocial predictors of life quality. *Journal of Family Issues*. 1994;15(2):253–271.
- Woods N, et al. Infertility: women's experiences. *Health Care for Women International*. 1991;12:179–190.
- Norman GR, Sloan JA, Wyrwich KW. Interpretation of changes in health-related quality of life: The remarkable universality of half a standard deviation. *Med Care*. 2003;41:582–592.
- Burns LH. An overview of sexual dysfunction in the infertile couple. *Journal of Family Psychotherapy*. 1995;6:25–46.
- Stöbel-Richter Y, Beutel ME, Finck C, Brähler E. The „wish to have a child“, childlessness and infertility in Germany. *Hum Reprod*. 2005;20:2850–7.
- Dyer S, Mokoena N, Maritz J, van der Spuy Z. Motives for parenthood among couples attending a level 3 infertility clinic in the public health sector in South Africa. *Hum Reprod*. 2008;23:353–7.
- Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. *Fertil Steril*. 1985;43:335–346.
- Heretik A, Heretik A Jr, et al. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof; 2007.
- Sobotková I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál; 2012.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplans and Sadocks symptoms of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003: 872–4.
- Leader A, Taylor P, Danilak J. Infertility clinical and psychological aspects. *Psychiatry Annals*. 1984;14:461.
- Valentine D. Psychological impact of infertility: Identifying issues and needs. *Social Workin Health Care*. 1986;(11)4:61–69.
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*. 1992;54:408–417.
- Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med*. 1997;45(11):1679–704.
- Franco JG Jr, Razera Baruffi RL, Mauri AL, Petersen CG, Felipe V, Garbellini E. Psychological evaluation test for infertile couples. *J Assist Reprod Genet*. 2003;19:269–273.
- Domar A, Zuttermeister PC, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 1999;14 (Special Issue):45–52.
- Moret L, Glaser B, Page R, Bargerion E. Intimacy and sexual satisfaction in infertile couple relationships: A pilot study. *The Family Journal*. 1998;6:33–39.
- Mazaheri MA, Keyghobadi F, Imani FZ, Feshang N, Yato M. Methods of problem solving and marriage agreement among fertile and infertile couples. *Med Quart J Fertile Infertile*. 2001;2:8.
- Nachtigall RD, Becker G, Wozny M. The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril*. 1992;57:113–121.
- Kedem P, Mikulincer M, Nathanson YE, Bartoov B. Psychological aspects of male infertility. *Br J Med Psychol*. 1990;63:73–80.
- Folkvord S, Odegaard OA, Sundby J. Male infertility in Zimbabwe. *Patient Educ Couns*. 2005;59:239–43.
- Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S, Saarni S, Koponen P. Infertility, mental disorders and well-being: a nationwide survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:677–82.
- Dudgeon MR, Inhorn MC. Gender, masculinity and reproduction: anthropological perspectives. *Int J Men's Health*. 2003;2:31–56.
- Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res*. 2003;54:353–5.
- Wichman C, Ehlers S, Wichman S, Weaver A, Coddington C. Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 2011;95:717–21.
- Beaurepaire J, Jones M, Thiering P, Saunders D, Tennant C. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *J Psychosom Res*. 1994;38:229–40.
- Tarlatzis I, Tarlatzis BC, Diakogiannis I, Bontis J, Lagos S, Gavrilidou D, et al. Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Hum Reprod*. 1993;(8)3:396–401.
- Jones M, Thiering P, Saunders D, Tennant CB. Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology. *J Psychosom Res*. 1993;37:481–491.
- Hossein MF, Farzadi L, Seyed-Fatemi N. Evaluation of Stressing factors and confronting guidelines among infertile women referring to Tabriz Alzahra Center in 1998. *Med Quart J Fertile Infertile*. 2001;3:9.
- Domar A, Seibel M. *Emotional aspects of infertility in... infertility a comprehensive text*. Edited by Seibel M. Norwalk CT: Appleton Lange; 1990: 23–35.
- Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment of infertility. *J Beh Med*. 1991;1:11–26.
- Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel MM, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril*. 1992;58:1158–1163.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
- van den Akker OBA. Coping, quality of life and psychosocial symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Educ Couns*. 2005;57:183–189.
- Lechner L, Bolman C, van Dalen A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*. 2007;(22)1:288–294.
- Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*. 2008;(23)5:128–1137.
- Jordan C, Revenson T. Gender differences in coping with infertility: a meta analysis. *J Behav Med*. 1999;22:341–358.
- Plechaty M, Couturier S, Cote M, Roy MA, et al. *Psychological Reports*. 1996;(78)2: 657–658.
- Mikulincer M, Hoshes N, Levy-Shiff R, Manovich R. The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *British Journal of Medical Psychology*. 1998;71:265–80.
- Boivin JA. Review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science Medical*. 2003;57:2325–2341.
- Szabo ChP. Psychological aspects of infertility. *South African Psychiatry Review*. 2002;5.
- Rosenthal MB. Infertility: psychotherapeutic issues. *New Dir Ment Health Serv*. 1992;55:61–71.

### PhDr. Linda Katona

Psychiatrické oddelenie FNSP  
Nové Zámky  
Slovenská 11/A, 940 01 Nové Zámky  
turcekova@centrum.sk

