

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA FILOZOFICKÁ**

Katedra psychologie



## **Očekávání žen od mateřství**

Women's Expectation of Motherhood

*Diplomová práce*

Autor práce: **Hana Vaníčková**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Lenka Šulová, CSc.**

Praha  
2007

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

V Praze dne 1.8.2007

Hana Vaníčková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Lence Šulové, CSc. za podnětné připomínky. Můj dík patří také ženám, které mi daly důvěru a nechaly mě nahlédnout do svého soukromí.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>4</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>6</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>7</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>10</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
1.1. RODINA .....	13
1.1.1. Vymezení pojmu rodina .....	13
1.1.2. Současná česká rodina .....	14
1.1.3. Rodina jako systém .....	16
1.1.4. Vývoj rodiny .....	18
1.1.5. Funkce rodiny .....	20
Reprodukční funkce .....	20
Materiální funkce .....	20
Výchovná funkce .....	21
Emocionální funkce .....	21
1.2. MATEŘSTVÍ A RODIČOVSTVÍ .....	23
1.2.1. Rodičovský instinkt .....	24
1.2.2. Uspokojování potřeb jako motivace k rodičovství .....	25
1.2.3. Rodičovské postoje .....	27
1.2.4. Přijetí dítěte .....	29
1.2.5. Poruchy rodičovství .....	30
1.2.6. Rodičovská identita – Já jako rodič .....	31
1.3. TĚHOTENSTVÍ .....	32
1.3.1. Prenatální vývoj dítěte .....	33
1.3.2. Předčasně narozené děti .....	34
1.3.3. Vývoj vztahu těhotné ženy k dosud nenarozenému dítěti a psychická adaptace na těhotenství .....	36
1.3.4. Přístup ženy k těhotenství a mateřství .....	38
1.3.5. Emoce ženy v průběhu těhotenství .....	39
Strach, úzkost a stres .....	40
Smutek, depresivní ladění .....	43
1.3.6. Tělesná identita v těhotenství .....	44
1.4. OČEKÁVÁNÍ SPOJENÁ S MATEŘSTVÍM (RODIČOVSTVÍM) .....	46
1.4.1. Očekávání .....	46
1.4.2. Já jako matka .....	47
1.4.3. Porod .....	48
1.4.4. Pohlaví dítěte .....	49
1.4.5. Počet dětí .....	50
1.5. POROD .....	50
1.5.1. Porodní situace .....	50
1.6. POSTNATÁLNÍ OBDOBÍ .....	55
1.6.1. Raná interakce rodičů s dítětem .....	55
1.6.2. Socioemocionální vývoj dítěte .....	57
1.6.3. Možné komplikace po porodu (poporodní deprese, úzkost a strach) .....	59
<b>2. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>61</b>
2.1. CÍL DIPLOMOVÉ PRÁCE A STANOVENÍ HYPOTÉZ .....	61

Hypotéza 1: .....	61
Hypotéza 2: .....	61
2.2. POUŽITÉ METODY A TECHNIKA SBĚRU DAT .....	62
2.2.1. Dotazník .....	62
2.2.2. Technika sběru dat .....	63
2.2.1. Zpracování získaných výsledků .....	63
2.3. ZÍSKANÉ VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE .....	64
2.3.1. Základní charakteristiky výběrového souboru .....	64
Věk .....	65
Vzdělání .....	66
Dosavadní průběh těhotenství .....	66
Rodinný stav .....	67
Interrupce .....	68
Samovolný potrat .....	68
Týden těhotenství .....	69
Vícečetné těhotenství .....	69
Asistovaná reprodukce .....	70
2.3.2. Ověření výzkumné hypotézy 1 .....	71
Shrnutí: .....	75
2.3.3. Ověření výzkumné hypotézy 2 .....	76
Shrnutí: .....	80
2.3.4. Další zjištění .....	81
Shrnutí: .....	92
2.3.5. Kvalitativní analýza .....	93
OTÁZKA Č.4 .....	93
OTÁZKA Č.5 .....	94
OTÁZKA Č.12 .....	95
OTÁZKA Č.18 .....	95
OTÁZKA Č. 19 .....	97
OTÁZKA Č. 20 .....	97
SHRNUTÍ: .....	98
2.4. DISKUSE .....	99
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>101</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>103</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>107</b>
PŘÍLOHA 1 - DOTAZNÍK .....	107
PŘÍLOHA 2 – ODPOVĚDI NA OTÁZKU Č.4 .....	111
PŘÍLOHA 3 – ODPOVĚDI NA OTÁZKU Č.5 .....	113
PŘÍLOHA 4 – ODPOVĚDI NA OTÁZKU Č.18 .....	115
PŘÍLOHA 5 – ODPOVĚDI NA OTÁZKU Č.19 .....	116
PŘÍLOHA 6 – TABULKY (PŘEDVÝZKUM) .....	117
PŘÍLOHA 7 – TABULKY (OSTATNÍ) .....	117

## Seznam tabulek

Tabulka 1, Četnost respondentek podle věkových skupin, VOM, červen 2007, N=60 .....	65
Tabulka 2, Vzdělání respondentek, VOM, červen 2007, N=60 .....	66
Tabulka 3, Průběh těhotenství, VOM, červen 2007, N=60 .....	67
Tabulka 4, Rodinný stav, VOM, červen 2007, N=60 .....	67
Tabulka 5, Partnerství, VOM, červen 2007, N=60 .....	67
Tabulka 6, Interrupce, VOM, červen 2007, N=60 .....	68
Tabulka 7, Samovolný potrat, VOM, červen 2007, N=60 .....	68
Tabulka 8, Vícečetné těhotenství, VOM, červen 2007, N=60 .....	69
Tabulka 9, Asistovaná reprodukce, VOM, červen 2007, N=60 .....	70
Tabulka 10, Věkové kategorie, VOM, červen 2007, N=60 .....	71
Tabulka 11, Očekávání dítěte x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60.....	71
Tabulka 12, Představa po porodu x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60.....	72
Tabulka 13, Vztah k mateřství x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60 .....	72
Tabulka 14, Reakce na zjištění těhotenství, VOM, červen 2007, N=60 .....	73
Tabulka 15, Přijetí dítěte x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60.....	73
Tabulka 16, Péče o dítě x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60.....	73
Tabulka 17, Obavy ze selhání při výchově x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60 .....	74
Tabulka 18, Stres během těhotenství x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60 .....	74
Tabulka 19, Zkušenosti ostatních žen x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60 .....	75
Tabulka 20, Plánování těhotenství, VOM, červen 2007, N=60 .....	76
Tabulka 21, Plánování mateřství x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60.....	76
Tabulka 22, Očekávání dítěte x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60 .....	76
Tabulka 23, Reakce na zjištěné těhotenství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60 .....	77
Tabulka 24, Přijetí dítěte x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60.....	77
Tabulka 25, Vlastní mateřství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60 .....	77
Tabulka 26, Vztah k mateřství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60.....	77
Tabulka 27, Obavy ze selhání při výchově x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60.....	78
Tabulka 28, Přístup partnera k těhotenství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60.....	79
Tabulka 29, Stres během těhotenství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60 .....	79
Tabulka 30, Očekávání dítěte, VOM, červen 2007, N = 60.....	81
Tabulka 31, Představa po porodu, VOM, červen 2007, N=60.....	82
Tabulka 32, Vztah k mateřství, VOM, červen 2007, N=60 .....	83
Tabulka 33, Reakce na zjištění těhotenství, VOM, červen 2007, N=60 .....	83
Tabulka 34, Přijetí dítěte, VOM, červen 2007, N=60.....	83
Tabulka 35, Péče o dítě, VOM, červen 2007, N=60 .....	84
Tabulka 36, Vlastní dětství, VOM, červen 2007, N=60 .....	84
Tabulka 37, Vlastní mateřství, VOM, červen 2007, N=60 .....	84
Tabulka 38, Obavy ze selhání při výchově, VOM, červen 2007, N=60 .....	85
Tabulka 39, Přístup partnera k těhotenství, VOM, červen 2007, N=60.....	86
Tabulka 40, Stres během těhotenství, VOM, červen, 2007, N=60.....	86
Tabulka 41, Stres během těhotenství x Průběh těhotenství, VOM, červen 2007, N=60.....	87
Tabulka 42, Zkušenosti ostatních žen, VOM, červen 2007, N=60 .....	88
Tabulka 43, Zkušenosti ostatních žen x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60.....	88
Tabulka 44, Pesimismus – optimismus, VOM, červen 2007, N=60 .....	89
Tabulka 45, Optimismus-pesimismus x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60.....	89
Tabulka 46, Reakce na zjištěné těhotenství x Očekávání dítěte, VOM, červen 2007, N=60.....	89
Tabulka 47, Mateřství jako období života, VOM, červen 2007, N=60.....	90
Tabulka 48, Pocity ohledně porodu, VOM, červen 2007, N=60.....	90
Tabulka 49, Obavy z porodu, VOM, červen 2007, N=60.....	91
Tabulka 50, Kategorie k otázce č.4, VOM, červen 2007, N=60.....	93
Tabulka 51, Kategorie k otázce č. 5, VOM, červen 2007, N=60 .....	94
Tabulka 52, Kategorie k otázce č.18, VOM, červen 2007, N=60 .....	95
Tabulka 53, Charakteristika předvýzkumného souboru těhotných, VOM, červen 2007, N=9 .....	117
Tabulka 54, Charakteristik předvýzkumného souboru netěhotných, VOM, červen 2007, N=19 .....	117
Tabulka 55, Četnosti respondentek podle týdne těhotenství, VOM, červen 2007, N= 60, část 1 .....	117
Tabulka 56, Četnosti respondentek podle týdne těhotenství, VOM, červen 2007, N= 60, část 2 .....	117
Tabulka 57, Péče o dítě x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60.....	118

Tabulka 58, Představa po porodu x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60 .....	118
Tabulka 59, Vztah k mateřství x vlastní dětství, VOM, červen 2007, N=60 .....	118

## Seznam grafů

Graf 1, Četnost respondentek podle týdnu těhotenství, VOM, červen 2007, N=60.....	69
Graf 2, Očekávání dítěte, VOM, červen 2007, N=60 .....	81
Graf 3, Představa po porodu, VOM, červen 2007, N=60.....	82
Graf 4, Obavy ze selhání při výchově, VOM, červen 2007, N=60.....	85
Graf 5, Stres během těhotenství, VOM, červen 2007, N=60 .....	87

## Resumé

Diplomová práce Očekávání žen od mateřství si klade za úkol teoreticky uceleně zpracovat tematiku rodiny, mateřství a rodičovství, a navázat na ni vlastním empirickým šetřením v této oblasti.

Teoretická část se zabývá rodinou a její současnou podobou v České republice. Důraz klademe na kapitoly týkající se rodičovství, kde se snažíme zodpovědět otázku, co člověka vede k rozhodnutí mít vlastní děti. V dalších kapitolách je přiblíženo období těhotenství ženy a naleznete zde související témata jako je prožívání žen v těhotenství, kapitolu věnovanou tělesné identitě těhotné ženy či kapitolu o předčasně narozených dětech. Pozornost je věnována očekávání žen od mateřství, perinatální situaci i poporodnímu období, ve kterém se rozvíjí raná interakce matky s dítětem.

V empirické části je uveden výzkum očekávání mladých žen od mateřství. Vytvořili jsme standardizovaný dotazník, kterým bylo posléze zpovídáno 60 žen. Respondentky jsme oslovili prostřednictvím elektronické pošty. Všechny ženy byly v té době těhotné a čekaly narození svého prvního dítěte. Získaná data byla zpracována kvantitativně.

Hlavní zjištění našeho výzkumu můžeme shrnout takto:

- Se vzrůstajícím věkem žen se mění jejich očekávání od mateřství ve smyslu snižování tenzí a obav ze selhání při výchově dítěte.
- Ženy nad 30 let prožívají své první těhotenství klidněji, s nižší mírou stresu.
- Ženy starší 30 let se cítí být o trochu více připravené na narození svého dítěte a na péči o něj než ženy mladší.
- Ženy, které otěhotněly neplánovaně častěji udávají obavy ze selhání při výchově dětí.
- Ženy, jejichž těhotenství bylo neplánované, častěji hodnotí přístup partnera k jejich těhotenství jako méně angažovaný až odmítavý.
- Ukázaly se také rozdíly v udávané míře prožívaného stresu. U skupiny žen s neplánovaným těhotenstvím jsme zaznamenali víc stresorů a tyto ženy stres zažívaly častěji.

- Většina žen se, v souladu s našimi předpoklady, na narození dítěte těší, některé uvádějí smíšené pocity.
- Většina žen má k mateřství pozitivní vztah, po dítěti touží a z vlastního budoucího mateřství se raduje.
- Respondentky mateřství považují za zajímavé a šťastné období života, přesto ho zároveň označují za náročné a vyčerpávající.
- Respondentky nejčastěji cítí v těhotenství nervozitu, obavy až strach z porodu, ale zároveň i nedočkavost, zvědavost a radost z narození dítěte. Strach z porodu se týkal nejvíce porodních komplikací a zdravotních komplikací u dítěte.

Náš výzkum je pouze stručný vhled do dané problematiky a bylo by vhodné navázat na něj dalším obsáhlejším šetřením na podstatně větším výzkumném souboru těhotných žen. Zajímavé by bylo srovnání očekávání těhotných žen a skupiny mladých žen, které těhotné nejsou a ještě nemají vlastní děti.

## Abstract

Diploma thesis Women's Expectation of Motherhood theoretically covers the subject of family, motherhood and parenthood, and also includes an empirical study, which contains our own research.

Theoretical part deals with the theme of family and its present status in the Czech Republic. Chapters of parenthood explain reasons that lead one to a decision of having own children. The next part of the thesis covers gravidity and topics related to women's feelings during pregnancy, corporal identity or premature laboured children, women's expectation of motherhood, perinatal situation and postnatal period, when early mother-child interaction is developed.

Empirical part of the work presents study of women's expectation of motherhood. We developed a standardized questionnaire for 60 pregnant women. Respondents were approached via an electronic mail. All respondents were pregnant and in anticipation of the birth of their first child at the time of research. Gathered data were quantitatively analysed.

We have reached the following conclusions:

- Expectation of motherhood depends on age of a pregnant woman. Women over 30 feel less tension and fear of failure as a mother during child's education.
- Women over 30 are less stressed during their first pregnancy.
- Women over 30 feel more ready to accept their first child and to take care of it than younger women.
- Women with unplanned gravidity are more often afraid of failure during child's education.
- Women with unplanned gravidity more often perceive their partner's approach as less engaged to negative.
- Differences in subjective degree of stress were found. Group of women with unplanned gravidity experienced more stress factors and were more frequently stressed..

- In accordance with our expectations, majority of women look forward to having child, some of them stated having ambivalent feelings.
- Women of our experimental group have positive relation to motherhood, long for a child and rejoice becoming a mother.
- Respondents find motherhood interesting and a happy period of life, in spite of considering it demanding and exhausting.
- Women feel nervousness, in fear of labour, impatient, excited, curious and happy most often at the same time. Fear of labour is related to the potential perinatal complications and health problems of a newborn.

Our study is a brief outline of this topic. A more extensive study of a much bigger group of pregnant women should be performed. It would be an interesting study and comparison of expectations of pregnant women and young women who haven't given birth to a child nor have been pregnant.

## Úvod

Rodina, rodičovství a mateřství. To jsou témata v psychologii stále hojně zkoumaná a snad věčně aktuální, oslovují totiž každého z nás. Rodina nám poskytuje základ pro život ve společnosti a zásadním způsobem ovlivňuje člověka od narození až do smrti.

Tato práce se zabývá tématem velmi intimním a typicky ženským - mateřstvím z pohledu mladých těhotných žen. Přesto se domnívám, že nejde pouze o pohled izolovaného „ženského světa“, nýbrž že se práce snaží o postižení této problematiky i v rámci kontextu celé rodiny, jejího širšího okolí a potažmo celé společnosti.

Rozhodování o tématu diplomové práce pro mě nebylo snadné. Vybrala jsem si ho nakonec na základě svého dlouhodobého zájmu o problematiku rodinných vztahů. V rámci několikaleté práce na lince důvěry pro děti a mládež jsem shledala, že valná většina jejich trápení úzce souvisí právě se vztahy v rodině, se sourozenci, či s vlastními partnery.

Domnívám se, že rozhodnutí mít dítě je jedním z hlavních, ne-li nejdůležitější, jaké člověk v životě učiní. Sama dospívám do věku, kdy žena touží po dítěti, s láskou o něj pečovat a věnovat se mu. Zaobírám se intenzivněji než dříve myšlenkami na založení rodiny, a proto je pro mě moje diplomová práce i osobně velice důležitá a je mi tématem blízká. Zároveň nelze pominout, že jsem si přála strávit čas přípravy diplomové práce příjemně, a to mi toto krásné téma maximálně umožnilo.

Teoretická část práce se zaměřuje především na témata rodiny, rodičovství a mateřství. Věnujeme se zde podrobně těhotenství ženy, které je obdobím velkých změn a bezpochyby jedno z nejzajímavějších a nejsilněji prožívaných období v životě ženy. Proto také kapitoly o emocích těhotných žen zde mají své místo. Pozastavíme se u problematiky porodu a různých přístupů k němu.

Následuje empirická část práce. Ta přináší výsledky šetření očekávání mladých žen od mateřství. Mapující výzkum byl prováděn mezi těhotnými ženami, které čekají narození svého prvního dítěte.

# 1. Teoretická část

## 1.1. Rodina

Rodina je nezastupitelná sociální skupina, ve které se odehrávají významné sociálně psychologické jevy v životě jedince. Vznikají zde pevné citové vztahy, na jejichž základě si dítě osvojuje řadu důležitých kompetencí pro další život a osamostatnění. V rodině se odehrává celoživotní socializační proces. Předávají se zde modely chování, zvnitřňují normy a pravidla, učí se různým formám komunikace prostřednictvím vztahů k důležitým osobám. Díky procesu individuace se jedinec stává jedinečnou osobností.

Příchodem dítěte na svět se z manželské dvojice, či dvojice partnerů stává rodina. Tato práce se zaměřuje právě na přechod od párového soužití ke vzniku rodiny, proto si v úvodní části pojem rodina stručně přiblížíme a i dále se otázkám rodiny budeme věnovat. Rodinné prostředí tvoří kromě matky a otce také sourozenci a další osoby z širšího příbuzenstva. Význam dalších osob z okruhu širší rodiny je v možnosti rozvíjet diferencovanější sociální zkušenost jedince.

### 1.1.1. Vymezení pojmu rodina

Pojem rodina lze vymežit z hlediska jednotlivých vědních disciplín, psychologických odvětví, jednotlivých psychologických škol atd. Existuje tedy paralelně mnoho různých pojetí rodiny a definic tohoto pojmu.

V naší práci vyjdeme z širší definice J.Odehnala: „Rodina je jakýmsi nejuniverzálnějším socializačním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu i praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny. Uplatňuje se jako regulátor chování jedince a poskytuje mu společensky žádoucí normy. Pod vlivem rodinného působení se vytváří postoje k personálnímu okolí, sobě samému i společnosti obecně“ (Odehnal in:

Janoušek a kol., 1984, str. 115). Z definice je patrné, že pro vývoj jedince je rodina zcela zásadní institucí. Získává zde základ, na kterém celý další život staví.

### **1.1.2. Současná česká rodina**

V této kapitole si uvedeme některé z charakteristik dnešní české rodiny. Současná rodina je typická zaměřeností na zájem jednotlivce, na osobní štěstí jednotlivých členů rodiny, ubývá ochota obětovat své pohodlí, čas a nasazení ve prospěch druhých (Šulová in: Slaměník, J. Výrost, 1998). Jinými slovy, dochází k tzv. psychologizaci a emocionalizaci rodinných vztahů (Matějček, 1992). Jedinec se snaží naplňovat především své potřeby štěstí a smysluplnosti (mimo jiné také soužitím s dětmi) a často také usiluje o dosažení ideálu tzv. romantické lásky. Ve vztahu muže a ženy vystupují do popředí stále více vlastnosti a schopnosti, které jsou podmínkou úzkého citového kontaktu, na rozdíl od znaků fyzické přitažlivosti.

Domníváme se, že se zaměřeností na zájem jednotlivce může souviset i vyšší tolerance vůči rozvodům a tím vyšší nestabilita rodiny. V současné době nejsou již téměř patrné dříve silné sociální zábrany, které působily proti rozvodům. Rozvést se znamenalo v minulosti určitou potupu a ztrátu sociálního statutu. Nyní již tyto zábrany nejsou tak silné a rozvod se, přestože je stále pro účastníky značně náročný, stal jednou z možností, jak řešit nevyhovující situaci v manželství.

V této souvislosti můžeme zmínit, že častěji u mladých partnerů chybí očekávání trvalosti vztahu, kdy dávají přednost volnějšímu typu svazku před manželstvím v obavách z přijetí závazku (Šulová in: Slaměník, J. Výrost, 1998). Je zajímavé, že mimo manželství se narodilo 34,1 % ze všech živě narozených dětí (v roce 2006 podíl činil 33,3 %). Mladí lidé chtějí s partnerem nějakou dobu žít před tím, než s ním uzavřou sňatek, pokud vůbec. Doufají, že jej lépe poznají, ověří si pevnost vztahu a zjistí, zda vztah má naději na úspěch. To se však bohužel ukazuje jako mylný předpoklad, a ani manželství uzavřená po předchozím soužití „na zkoušku“ nezaručují trvalost svazku (Hamplová, 2000, str. 70).

Počet uzavřených manželství v prvním čtvrtletí roku 2007 byl o 395 vyšší než v prvním čtvrtletí roku 2006. Zdá se tedy, že kromě nárůstu počtu narozených dětí se také současně zvyšuje počet uzavřených sňatků.

Věk při uzavírání sňatku je vyšší než dříve. Objevují se také bezdětné páry na základě svobodného rozhodnutí, ale jde o mizivý zlomek. Ve výzkumu z roku 2003 D. Hamplové a kol. se vyslovila pouze 4% zkoumaného reprezentativního vzorku mladých žen v reprodukčním věku, že rozhodně nechce mít děti (Hamplová, 2003, str. 86). K podobnému výsledku došli výzkumníci také v roce 1997, kdy si nepřála mít děti vůbec 2% oslovených žen. (Fialová, 2000 in: Hamplová, 2003, str. 87). Není zřejmé, zda je tato tendence rostoucí, avšak je možné říci, že většina mladých lidí si stále přeje mít děti.

Mladí lidé své budoucí rodičovství plánují. Díky rozšíření, dostupnosti a propagaci antikoncepce se sexuální vztahy nemusí vždy vázat k případnému rodičovství a posílila se tak především nezávislost ženy (Možný, 1999). Většina párů vstupujících do manželství má již předchozí sexuální zkušenost, což opět umožňuje právě používání antikoncepce. Potěšující je fakt, že počet provedených interrupcí, tedy umělého přerušování těhotenství, v České republice postupně klesá.

Dochází k výraznému odkládání rodičovství. Podle údajů Českého statistického úřadu stoupl průměrný věk matek na 29 let celkem a na 27 let při narození prvního dítěte. Maximem plodnosti nyní procházejí ženy narozené v roce 1978, druhé dítě se nejčastěji rodí ženám z ročníku 1976. Ženy a stejně tak muži se chtějí vzdělávat, budovat kariéru, realizovat se v zaměstnání, před založením rodiny si zajistit dostatečné finanční a bytové zázemí. Ženy se v tomto ohledu nespolehnají již pouze na muže, jako tomu bývalo zvykem dříve. Rozdíly mužské a ženské role se stírají. Počet starších matek rok od roku vzrůstá, jak již bylo naznačeno, jsou mezi nimi především ženy s vyšším vzděláním a ženy zaměstnané. Některé ženy, které odkládají své mateřství, je kromě důvodů pracovních a finančních vysvětlují nedostatečnou emocionální jistotou a připraveností mít děti. Ke konečnému rozhodnutí mít dítě může přispět tlak biologických hodin, který bývá po třicátém roce života ženy silně prožíván.

Porodnost se v České republice celkově výrazně snížila během dvacátého století a od roku 1974 již trvale klesala. Ovšem v současné době dochází naopak k mírnému vzrůstu plodnosti, na které se podílejí především ženy narozené v osmdesátých letech minulého století, jak již bylo uvedeno výše. Dle statistických ročenek ČSÚ se v průběhu ledna až března roku 2007 narodilo 26,9 tisíce dětí, což bylo o 2,2 tisíce více než ve stejném období roku 2006. Úhrnná plodnost stoupla na hodnotu 1,41 živě narozených dětí na jednu ženu v reprodukčním věku, tedy hodnotu nejvyšší od roku 1994 (kdy dosáhla hodnoty 1,44). Ale přesto je počet narozených dětí nízký na to,

aby docházelo k přirozené reprodukci populace. Významnou měrou se na tomto faktu podílí také vzdělání. V práci „České ženy“ se této problematice podrobněji věnuje D. Hamplová: „Ženy s nejvyšším dosaženým vzděláním jsou častěji bezdětné a mají v průměru méně dětí. (...) Více dětí pro ně znamená větší ztrátu na výdělku a překážku rozvoje jejich pracovní kariéry. Prodloužená doba studia vysokoškoláček zkracuje věkový interval pro rození dětí, přičemž vyšší věk při narození prvního dítěte s sebou nese zvýšené riziko nenarození dalších dětí. Odkládání narození prvního dítěte je navíc zesilováno snahou dosáhnout nejdříve určitého profesního postavení a teprve potom mít děti“ (Hamplová, 2003, str. 45).

Dále je pro dnešní rodinu obvyklé omezování bezprostředních kontaktů mezi jejími členy, hlavně kvůli velké zaměstnanosti rodičů a tempa života. Současná rodina je více uzavřená a izolovaná. Blízké styky probíhají pouze mezi dvěma generacemi, styk dětí s prarodiči bývá omezen, nežijí většinou v jedné domácnosti. Zároveň je omezována i síť vazeb sousedských a přátelských. Tato izolovanost rovněž přispívá k vyšší labilitě rodiny.

Především zaměřenost na zájem jednotlivce, nestabilita rodiny a odsouvání rodičovství dává tušit hlubší souvislost s postoji vůči mateřství a změnu očekávání toho, co mateřství ženě přinese.

### **1.1.3. Rodina jako systém**

Do počátku dvacátého století se na rodinu pohlíželo z hlediska lineární kauzality. Až v posledním století se rodina začala vnímat jako živý systém. Základem systémového přístupu<sup>1</sup> je myšlenka, že rodina je do značné míry ovlivněna tím, kdo v ní žije a jaké vztahy mezi jejími členy panují. Rodina je otevřeným systémem (subsystémem), který přijímá informace a podněty zvnějšku a sám také na své okolí působí. To umožňuje její kontinuitu, reprodukci a také možnost změny. Systémový přístup bere v potaz také časový kontext, tedy vývoj rodiny v čase.

Složité rodinný systém je tvořen prvky – svými členy a vazbami mezi těmito prvky – vztahy a interakcemi. Hovoříme zde o síti vztahů. Složky rodinného systému

---

<sup>1</sup> V literatuře se pojem „systémový“ volně zaměňuje s pojmem „systemický“. Ten se však více používá pro označení směru rodinné terapie.

nejsou fixní či neměnné, ale cirkulární – vzájemně se ovlivňující. Z toho vyplývá nesnadný přístup odborníků, kteří chtějí rodinu zkoumat a pomáhat jí.

System je sám o sobě více, než jen pouhá suma jeho prvků. Nelze tedy na rodinu usuzovat pouze z charakteristik jednotlivých členů; jde o jejich vzájemnou součinnost. Změna jednotlivých částí systému se projeví ve funkci celého systému.

Nyní pro přiblížení sociálního kontextu vyjdeme z Bronfenbrennerova modelu „vývoje individua v sociálním kontextu“ (Šulová in: Slaměnk, Výrost, 1998, str. 311; Sobotková, 2001, str. 28).

V tomto modelu označujeme makrosystémem nejširší prostředí, ve kterém rodina žije. Rodinu ovlivňuje například místo bydliště, životní prostředí, příslušnost k národu, etnické skupině, společensko-ekonomickému uskupení, její socioekonomický status. Do makrosystému spadají dále faktory, ovlivňující rodinu během jejího vývoje. Je to také typ životního prostředí (život v sídlištním bytě) nebo vliv aktuální společenské situace (válka), společenská pravidla, normy a postoje, hodnoty, zákony, tradice, zvyky i společenské mýty. Členové rodiny jednak přijímají vlivy z okolí, ale také na své okolí působí. Jde tedy o interaktivní vícesměrný systém. Okolní vlivy mohou působit na rodinu přímo, nebo zprostředkovaně.

Mezosystém vyjadřuje propojenost sociálních prostředí, do kterých je jedinec zapojen (původní rodina, vrstevnické skupiny, pracoviště, sousedé apod.).

Exosystém se týká právě těch vlivů, které na rodinu působí zprostředkovaně. Vnější vlivy exosystému ovlivňují prostředí, ve kterém rodina žije. Toto prostředí působí již přímo na jednotlivé členy rodiny. Exosystém představují instituce (škola, služby, zaměstnavatel, soudy apod.)

Mikrosystém zahrnuje faktory působící přímo. Týká se konkrétně způsobu života rodiny. Patří sem způsob komunikace, chod domácnosti, rozdělení domácích prací, udržování rodinných rituálů, jednotlivé citové vazby členů rodiny atd.

Důležitou vlastností systému je jeho schopnost sebezáchovy a sebeopravy. „I rodinný systém narušený, zatížený nebo ohrožený kritickou událostí, má tendenci znovu se stabilizovat, obnovit svou funkci, reparovat se (...).“ (Matějček, 1992, str. 36). Tato vlastnost systému nám poskytuje naději na účinnost úzdravného působení rodinné terapie.

#### 1.1.4. Vývoj rodiny

Rodina se stále proměňuje. Vyvíjejí se její členové, do popředí vystupují odlišné funkce, mění se prostředí, do kterého rodina patří. V této kapitole si ukážeme životní cyklus rodiny. Rozlišitelné vývojové fáze rodiny jsou odděleny tzv. přechody (transitions). Vnitřní vývojová struktura rodiny nesleduje kalendářní či biologický čas, je relativně autonomní. Aktivní rodičovství zahrnuje relativně krátké období, ale stává se organizačním principem životního cyklu rodiny od narození prvního dítěte (Možný, 1999). Hlavní fáze rodiny lze vymezit například takto:

- *Adaptace partnerů na spolužití*
- *Narození prvního dítěte*
- *Děti odchází z domova*
- *Úmrtí jednoho z partnerů* (Šulová in: Slaměník, Výrost, 1998).

Prvním obdobím života rodiny je adaptace na novou situaci založení rodiny. V této době se novomanželé v podstatě učí žít spolu v jedné domácnosti. Vytváří se charakteristická atmosféra nové rodiny, vznikají společné zvyky, životní styl, ujasňují se pravidla, hranice a kompetence, prohlubuje se vzájemné poznání partnerů. Partnerská dvojice se zároveň nově vymezuje vůči svému okolí, původním rodinám, přátelům apod. Toto období je pro rodinu velmi důležité a do značné míry podmiňuje její fungování v budoucnu. Hlavně zpočátku je to doba zvýšené zátěže pro oba partnery, dochází ke konfliktogenním situacím. Střetávají se dva rozdílné světy.

Příchod dítěte do rodiny je typickým příkladem diskontinuální změny rodinného systému. Jde o událost, která je náhlá a aktivizuje adaptační mechanismy rodiny. V této době jsou muži i ženy silně podněcováni přizpůsobovat se změnám a vyvíjet strategie pro zvládnutí nových situací. Objevuje se nesoulad a konflikty a to i u párů, které se těšily a aktivně připravovaly na rodičovství. Na druhou stranu je přechod k rodičovství šancí pro další vývoj, která poskytuje mladému dospělému zkušenosti a nové podněty k řešení vývojových úkolů. Není výjimkou, když mladý pár uzavírá manželství, nebo se rozhodne společně žít bez manželského svazku až poté, co zjistí, že je žena těhotná. Pro takový pár to znamená ztížení adaptačních podmínek, nemají tolik času zvyknout si jeden na druhého a připravit se na příchod dítěte.

Po narození dítěte se pozornost rodičů přesouvá plně na nového člena rodiny. Zlomové období přechodu k rodičovství může být pro čerstvé rodiče šokem, zvláště

pokud se jejich předchozí představy a očekávání neslučují s realitou (Rossiová, in: Možný, 1999, str.126). Rodiče přijímají novou roli a záleží na jejich osobní zralosti, do jaké míry se jim to daří. Je prokázáno, že dosavadní dobré partnerství pomáhá oběma druhům, nastávající matce i otci, v řešení nových požadavků na ně kladených (Karsten, 2006, str. 123). Jejich vlastní zájmy by měly být upozaděny ve prospěch dětí. Přestože může s malým dítětem zůstat doma muž, není to u nás v současné době zdaleka časté. Většinou zůstává na mateřské dovolené s dítětem žena po celou dobu. Může to s sebou nést negativa v podobě určité izolace ženy, stagnace její pracovní kariéry a může pociťovat obavy z návratu do práce, být finančně závislá na partnerovi.

Dalším mezníkem je návrat pečujícího rodiče, nejčastěji matky, do zaměstnání. To vyžaduje nový řád v rodině, novou kooperaci rodičů. Oba rodiče se podílí na výchově dětí, ty nyní také zpravidla nastupují do vzdělávacích zařízení. Školní docházka přináší mnoho změn a nových nároků, se kterými se musí vyrovnat jak děti, tak jejich rodiče (např. adaptace dětí na školní docházku, péče o děti v době nemoci apod.). Matka již není nepřetržitě přítomna doma a je třeba delegovat některé povinnosti na další členy rodiny a chod rodiny tomu přizpůsobit.

Další období je charakterizováno postupným osamostatněním dětí a jejich odchodem z původní rodiny. Rodičovská dvojice se adaptuje na situaci, kdy děti odešly. Mnoho manželských párů právě v tomto období zjišťuje, že se u nich komunikace odehrávala především prostřednictvím dětí a kolem dětí, a nyní naplno pociťují „syndrom prázdného hnízda“ po jejich odchodu. Hledají nový smysl života, obnovují společenské kontakty mimo rodinu. Znovu objevují svoje zájmy a koníčky, využívají volný čas pro sebe, učí se spolu komunikovat jako pár. Řada lidí nalézá nové uspokojení a radost v péči o vnoučata. Osamostatnění dětí přichází často souběžně s odchodem stárnoucích rodičů do důchodu. Právě proto je tato doba výjimečně náročná pro celou rodinu. Partneři si již zřetelně uvědomují zhoršování zdravotního stavu v důsledku stárnutí organismu. Upravují denní režim svým možnostem. Někdy se objevuje snaha ještě stihnout některé aktivity a plány.

Život rodiny uzavírá poslední etapa soužití partnerů, kdy jeden z nich umírá. Je velmi složité pro přeživšího partnera přijmout takovou ztrátu. Příbuzenstvo a lidé v okolí mohou stesk a bolest ze ztráty partnera mírnit tak, že postupně dojde alespoň k částečnému vyrovnání se s úmrtím životního druha. Ale stává se, že rána se ukáže být natolik velká, že druhý partner se se smrtí blízké osoby nevyrovná a zemře brzo poté.

### 1.1.5. Funkce rodiny

V této kapitole se budeme věnovat čtyřem základním funkcím, které zdravá, čili funkční, rodina plní. Jsou jimi funkce reprodukční, materiální, výchovná a emocionální.

#### Reprodukční funkce

Rodina existuje především proto, aby poskytovala bezpečné podmínky pro rození a výchovu dětí. V minulosti bylo manželství prakticky jedinou společensky přijatelnou možností, kde vychovávat děti. Nyní se otvírá větší množství možností. Děti vychovávají i nesezdané páry, svobodný rodič bez stálého partnera, rozvedený rodič, homosexuální partneři. Děti vyrůstají s pěstouny, adoptivními rodiči, ale také v ústavních zařízeních, více či méně se přibližujících přirozené rodině. Ze sociologicko-demografického šetření, provedeného v druhé polovině devadesátých let minulého století vyplynulo, že mladí lidé preferují manželství stále jako nejlepší formu vztahu, ve kterém se mají narodit děti (Vymětalová, 2000, str. 86).

Nelze s určitostí říci, co taková mnohost možností přinese, respektive která z nich se osvědčí z hlediska pozitivního vlivu na vývoj dítěte. Předpokládáme, že biologičtí rodiče mají lepší předpoklady k porozumění individualitě dítěte vzhledem ke společným genům než lidé biologicky cizí. K naplnění rodičovství je však třeba především psychologické přijetí dítěte, které teprve dává tomuto pojmu pravou kvalitu a obsah, a které může i nebiologické rodiče stavět do role těch „pravých“ rodičů. I vlastní rodiče, avšak nezralí, osobnostně pro tuto roli nevhodní, nemusí svou rodičovskou roli naplnit.

Jak již bylo řečeno v kapitole 1.1.2, v současné české rodině se rodí méně dětí, než je nutné pro plnou reprodukci populace. Je to důsledek změny postojů společnosti k rodičovství, snaha mladých lidí po osobním rozvoji, pracovní kariéře. Zároveň i obtížné podmínky k osamostatnění mladých lidí od původních rodin vedou mladé lidi k odkládání rodičovství a omezování počtu narozených dětí.

#### Materiální funkce

Úkolem rodiny je, a zejména v minulosti bylo, materiálně zajistit všechny její členy: Uplatňuje se zde princip solidarity produktivních členů rodiny s neproduktivními, mladých se starými a nemohoucími, a v neposlední řadě s malými dětmi. V případě

materiálního nedostatku rodiny nastupuje částečně pomoc státu v podobě sociálního systému péče o potřebné. Přesto nemůže nikdy plně nahradit materiální funkci samotné rodiny.

Mladí lidé často zmiňují důležitost finančního zajištění pro jejich připravenost založit rodinu, do jejich rozhodování se promítá schopnost osamostatnit se a uživit sebe i rodinu. V rodině se tradičně lidé dělí nezištně o finanční prostředky, rodiče vytváří dětem materiální zázemí a dospělé děti se starají o své staré rodiče. Co je neméně důležité, děti se učí znát v intimním prostředí rodiny hodnotu peněz a zacházet s nimi.

### **Výchovná funkce**

Výchova probíhá v rodině záměrně, kdy rodiče výchovně působí na své děti s určitým předem daným cílem, a také nezáměrně, kdy se děti na principu nápodoby učí způsobům řešení problémů, vzorcům chování a komunikačním způsobům, přejímají hodnoty a postoje rodičů v rámci pevných citových vazeb s nimi. Rodina působí preventivně proti sociálně patologickým jevům a zdá se být v této oblasti nezastupitelnou. Přestože i další instituce mají výchovnou a vzdělávací funkci (jako např. mateřská škola, škola, zájmové skupiny aj.), nikdy ji nemohou plně přebírat. Specifická dynamika probíhající v rodině tvoří zcela jedinečné prostředí pro formování postojů k sobě a ke světu, hodnotovou orientaci, formování vlastního já, koncepci vlastního života. Rodina poskytuje dítěti základní orientaci ve světě a vše potřebné pro plynulé zařazení do společnosti.

Velice záleží na způsobu, jakým rodiče uplatňují svůj výchovný přístup. Ten se liší zvláště ve stupni autoritativnosti, kontroly - autonomie a důslednosti. Přičemž právě důslednost se ukazuje jako velmi podstatná. Výchova by měla probíhat na bázi laskavého citového vztahu, na rozdíl od hostilního či lhostejného postoje rodičů k dítěti. Způsob výchovy v rodině je celkově stabilní, ale mohou jej modifikovat nové okolnosti v rodině, například změna finanční a bytové situace rodiny, příchod nového člena, změny zaměstnání a školy, atd.

### **Emocionální funkce**

Tato funkce úzce souvisí s výchovnou funkcí. Výchovné působení v rámci rodiny má mnohem větší dopad než v jiných institucích. Citové vztahy mezi členy rodiny jsou velmi silné, budované na vzájemné důvěře a opětované. Pro dítě jsou to

první vztahy, které zažívá a dle nich si utváří určitý model fungování vztahů mezi lidmi vůbec. V rodině se uspokojuje celá řada citových potřeb, jako je potřeba zázemí, potřeba bezvýhradného přijetí, být milován a milovat, potřeba podpory a pomoci, sdílení, důvěrnosti, potřeba společné budoucnosti a tyto potřeby se uspokojují vzájemně. Dojde-li k uspokojení základních citových potřeb dítěte, rozvíjí se základní citová jistota, důvěra v druhé a tím i sebe sama.

Zvláště do tří let věku dítěte je podstatné, aby je dítě prožilo v milujícím prostředí rodiny. Jak ukázala zkušenost s ústavní péčí o děti, raná absence vlastní rodiny vede k hluboké citové deprivaci dítěte. Emocionální funkce rodiny je nenahraditelná.

Není pochyb o tom, že rodina má pro dítě nezastupitelný význam, a zároveň rozhodující vliv na jeho rozvoj. Aby byl dítěti zajištěn po všech stránkách optimální vývoj, jak v oblasti hodnotově normativní, socioemocionální i osobnostní, musí být rodina schopna uspokojit jeho základní potřeby jako je dostatečná stimulace podněty, potřeba jistoty, vědomí vlastní identity, potřeba otevřené budoucnosti, potřeba lásky a bezpečí, potřeba bezpodmínečného přijetí dítěte atd. (Lavasová, 2005) V rodině dítě zakouší první sociální interakce, které má možnost nejen pozorovat, ale kterých se také samo aktivně od samého počátku účastní. Osvojuje si tak i komunikační a genderové vzory.

Dítě si vytváří svůj vlastní vnitřní obraz světa, který do velké míry odpovídá tomu, jak mu rodiče či vychovatelé předkládají realitu a jak jej do této reality uvádějí. Rodina je v podstatě mikrosvět, vzorová společnost, ve které si dítě osvojuje základní vzorce chování, návyky, dovednosti a strategie, které jsou pak rozhodující pro jeho orientaci ve společnosti, především v interpersonálních vztazích. Pečující osoba dává dítěti prakticky neustále zpětnou vazbu na jeho chování. „Informace o tom, co se smí a co ne, co se od něho očekává, kdy je hodnoceno kladně a kdy je ostatními napomínáno, odmítáno“ (Šulová, 2004, str. 128).

Identita dítěte, jeho postoj k sobě samému, je utvářena prostřednictvím toho, jak rodina dítěti zrcadlí sama sebe. Rodina bývá navíc typická tím, že je soustředěna na dítě, připravena ihned reagovat, rodiče jsou trpělivější vůči svému dítěti než cizí lidé a schopni mnohé odpustit, a co je nejdůležitější - přijímají dítě s láskou. „Tak jako je placenta orgánem zprostředkujícím látkovou výměnu mezi mateřským organismem (...) a plodem, tak je interakční prostředí mezi rodiči zdrojem „sociální výživy“ pro dítě (Trapková, Chvála, 2004, str. 99).

## **1.2. Mateřství a rodičovství**

Mateřství a rodičovství je bezesporu úkolem, který je velmi náročný a zodpovědný. V životě člověka bývá rozhodnutí stát se rodičem závažnější než rozhodnutí vstoupit do manželství. Rodičem jedinec zůstává prakticky do konce života, jde o rozhodnutí nezvratné.

Mateřství chápeme jako proces přijetí a prožívání mateřské role, její subjektivní vnímání matkou, její pevný a výlučný citový vztah k dítěti, péči o něj. Zahrnuje také sounáležitost s ostatními rodiči. Pojmy mateřství a rodičovství bývají obvykle zaměňovány. Jelikož také otcové, pěstouni a lidé, kteří mateřsky pečují o osvojené dítě, prožívají svou rodičovskou roli podobně jako „skutečné“ matky, domníváme se, že přesné rozlišování pojmů mateřství a rodičovství ani pro naši práci není podstatné.

V současné době ne všichni mladí lidé chtějí mít vlastní děti a přibývá párů, které buď děti mít nemohou, nebo také těch, co se je rozhodnou nemít. Přesto je toto procento mizivé a lidé děti stále považují za přirozenou a důležitou součást svého života.

Nedobrovolná bezdětnost je zajímavým psychologickým tématem. Lidé, kteří nemohou mít děti, přestože se o to snaží, trpí silnou frustrací a bezdětnost je pro ně zdrojem chronického stresu. Velkou roli zde hrají běžná společenská očekávání, že se manželskému páru mají narodit děti. Pokud toto očekávání není naplněno, pár se začíná odlišovat a pociťovat stigmatizující efekt. Výsledkem bývá narušení sebeúcty a negativní změny sebepojetí. Míra těchto negativních změn vychází z toho, zda se jedná o neplodnost ženy, muže či celého páru. Jako neplodnost je označován stav, kdy se po roce snahy o početí dítěte výsledek nedostaví.

Civilizační vývoj do značné míry maskuje naši biologickou podstatu, přesto rodičovské chování je i u člověka biologicky zakotveno. Z některých výzkumů vyplývá, že rodičovské chování je původnější než chování partnerské (Možný, 1999, str. 28). Muž je zřejmě lépe vybaven pro ochranu rodiny proti vnějším ohrožením, žena se orientuje snáze ve vnitřních záležitostech rodiny. Nelze pominout ani naučenou složku rodičovství. Také z výzkumů na opicích vyplývá, že absence zkušenosti s mateřskou péčí u mláděte vede k neschopnosti odchovat vlastní mláděta.

Lze tedy souhrnně tvrdit, že lidé jsou k rodičovství vedeni do jisté míry instinktem, tzv. rodičovským pudem, který je vrozený, a zároveň psychologickými, společenskými a dalšími pohnutkami.

Mateřství zahrnuje několik aspektů. Jsou jimi aspekty *biologické*, které představuje příkladně početí, těhotenství a porod. *Psychologické* aspekty například představuje identita matky a změny v jejím sebepojetí. Mateřství se odehrává na bázi *interpersonálních* vztahů, tedy vztahů k dětem, partnerovi, rodičům, širší rodině a přátelům. *Sociokulturní* aspekty mateřství a rodičovství se týkají pozice matek ve společnosti a společenského postoje k matkám, sociálního a ekonomického kontextu mateřství (Phoenix, Woollett, Lloyd in: Sobotková, 2001, str.121).

### 1.2.1. Rodičovský instinkt

Touha po dítěti, láska k němu a přirozený způsob péče o ně je z části výsledkem instinktů, pudů. Většina lidí si přeje mít děti a považuje je za smysl života, životní poslání a náplň.

Způsob chování rodičů k novorozenci není naučený a ani plně vědomý. V této souvislosti se hovoří o tzv. rodičovském či mateřském instinktu, pudu. Instinktem rozumíme druhově specifický způsob chování, který se uplatňuje při získávání potravy, obrany vlastního života i ochrany vlastního teritoria, při dvoření samečka samičce i při boji se sokem, při stavbě obydlí a také při péči o potomstvo. Lze rozlišovat chování instinktivní a chování inteligentní. Instinktivní chování je u zvířat za příhodných vnitřních podmínek spuštěno určitými vnějšími signály. Při podstatné a zejména náhlé změně prostředí, životních podmínek, není zvíře schopno své instinktivní chování účelně změnit a adaptovat se na nové okolnosti. Není schopno užít inteligentního chování. Člověk má s ostatními živočišnými druhy jistě mnoho společného. Avšak názory odborníků na existenci mateřského instinktu jsou nejednotné (Matějček, Langmeier, 1986).

Diskutuje se o intuitivním způsobu navázání kontaktu matky s novorozencem dítětem bezprostředně po porodu v rámci určité senzitivní periody po porodu. Během ní matka musí být vystavena podnětům ze strany dítěte, jinak je pravděpodobné, že zaujme k dítěti odmítavý či lhostejný postoj. Tato myšlenka je inspirována takzvaným vtiskáváním (imprintingem) u zvířat, které bylo blíže zkoumáno například na ptácích

(Lorenz, 2003). Vztah matky a dítěte je ohrožen především v případě časného odloučení ihned po porodu. Pak je možné, že k nastartování mateřského chování nedojde v dostatečné míře. Rozhodně jde o násilný zásah do přirozeného běhu věcí a silné ovlivnění emocionálního vztahu matky s dítětem i schopnosti matky přiměřeně reagovat na signály dítěte. Za kritické senzitivní období u člověka, potřebné pro navození optimální rané interakce mezi dítětem a matkou, je považováno prvních 24 hodin po porodu. Synchronizace interakce je velmi důležitá pro další vývoj dítěte. Děje se tak přirozeně při dotyku „kůže na kůži“. Proto je vhodné umožnit matce a dítěti po porodu tento druh těsného kontaktu. Bohužel i v ČR je stále ještě zažitá praxe matku a dítě po porodu oddělovat příliš brzo a opomíjet tak jejich potřeby.

Hormonální naladění matky a jeho ovlivnění matčiny citlivosti vůči podnětům vycházejícím od dítěte naznačuje možnost druhově specifického chování matek k novorozеныm dětem. Lze tedy souhrnně říci, že určité „předprogramování“ rodičovského chování lze u člověka předpokládat, není ale zdaleka tak stereotypní a krátce trvající jako u zvířat – je plastičtější a citlivější na různé podmínky prostředí.

Takzvané mateřské chování k dětem v prvních dnech života bylo dlouho pokládáno za výsadu matek či obecně řečeno žen, avšak muži jsou evidentně schopni stejného „mateřského“ chování jako ženy. Přesto vztah mezi dítětem a otcem má zpravidla jinou kvalitu než vztah dítěte s matkou. Z výzkumu rozdílů v přístupu žen a mužů – rodičů k dítěti vyplývá, že matka se snaží během interakce hlavně získat pozornost dítěte, kontakt s ním, jeho blízkost. Pečuje o jeho komfort. Na rozdíl od ní otec s dítětem více experimentuje a společně s ním exploruje okolí, podněcuje jeho aktivitu, byť leckdy i riskantně (Šulová, 2004). Rozšíření dyády matka–dítě na triádu matka–dítě–otec představuje obohacení dosavadních známých vztahů dítěte, přičemž otec má v tomto ději svou specifickou funkci - nekopíruje matku.

### **1.2.2. Uspokojování potřeb jako motivace k rodičovství**

V rodině dochází k vzájemnému uspokojování psychických potřeb rodičů a dětí. Přestože si rodiče musí mnoho ze svých radostí odeprít, zároveň od dětí mnohé dostávají. Mezi potřeby, které si rodičovstvím mohou uspokojovat, patří zejména potřeba stimulace, potřeba nových poznatků a zkušeností, citové pouto, smysl a naplnění života, společenský status a otevřený výhled do budoucna.

Zároveň v některých případech může dítě uspokojování těchto psychických potřeb rodičů bránit. Domníváme se, že tendence uspokojovat tyto bytostné psychické potřeby je silnou motivací uplatňující se v touze po rodičovství.

V této kapitole se orientujeme podle základních psychických potřeb uváděných v literatuře Z. Matějčkem a J. Langmeierem (např. 1974, 1986).

**Potřeba stimulace** vedoucí k aktivitě může být dítětem dostatečně uspokojována, zároveň může dítě bránit stimulaci jinými podněty. Mít děti znamená přijmout závazek a do určité míry se vzdát mnoha dalších aktivit, které život nabízí. Dítě dává rodičům možnost poznat sebe i druhého tak, jak by to bez něj nebylo možné.

**Smysluplnost života** můžeme v rodičovství prožívat, zároveň se kvůli rodičovství může zavírat cesta k jiným smysluplným zkušenostem. Mnoho rodičů díky dětem zažívá pocit hodnoty, mají širší možnost sebevyjádření a osobního rozvoje jejich prostřednictvím než v případě bezdětnosti.

**Citové pouto**, které rodiče s dětmi mají, bývá velmi silné a jedinečné, dává pocit životní jistoty a bývá neotřesitelné. Zároveň je rodič zranitelný, žije leckdy v obavách a starostech o své dítě, cítí zodpovědnost zároveň jako břímě (Matějček, 1992). Většina rodičů považuje to, že má děti, za štěstí a radost.

**Identita** člověka, který se stane rodičem, je touto skutečností do značné míry měněna. Je tím potvrzeno ženství a mužství jedince. Mít děti je lidské, „normální“, získává tak i společenskou hodnotu. Mít děti může bránit v získání významných společenských postů, budování kariéry.

**Budoucnost** s dětmi je **otevřená**. Předává se jejich prostřednictvím dalším generacím kromě genetické výbavy také model našeho způsobu života a výchovy. Zůstává zde z nás něco, co pokračuje a může být dále rozvíjeno. Mít děti zároveň může bránit vytvoření jedinečného díla (vědeckého objevu, uměleckého počinu,...), které by tu po nás zůstalo (Matějček, Langmeier, 1986).

V této souvislosti uvedeme jako doplnění této kapitoly výsledky rozsáhlého pražského výzkumu, ve kterém matky dětí ve školním věku odpovídaly na otázku: „Jaký je podle vašeho názoru hlavní důvod, proč lidé chtějí mít děti?“

Přehled jejich odpovědí je uveden v následujícím shrnutí:

1. náplň života - **34%**
2. uspokojení citových potřeb - **22%**
3. náplň a pouto manželství - **19%**
4. zábava a radost s dítětem - **25%** (Matějček, Langmeier, 1986, str. 32).

### **1.2.3. Rodičovské postoje**

Rodičovské postoje se formují od dětství. Dítě se učí, přejímá vzorce chování ve své vlastní rodině. Rozhodující se zdá být zkušenost s rodičovskou osobou, nejčastěji přirozeně s vlastní matkou a otcem. V sedmém měsíci života dítěte dochází k vytvoření specifického citového vztahu k této mateřské osobě nebo osobám. Předchází tomu rozpoznání stálosti pečujících osob dítětem. Dítě postupně zjišťuje, že lidé, k nimž patří, mu poskytují pocit jistoty a bezpečí. Současně s tím, jak se ustálil citový vztah, objevuje se obvykle v osmém měsíci strach z cizích lidí jako viditelná známka tohoto procesu. Již v tomto období se vytváří základní důvěra v sebe i druhé lidi, která je nezbytným předpokladem zdravých partnerských i rodičovských vztahů v budoucnu.

Je známý fakt, že lidé, kteří prožili šťastné dětství si přejí mít více dětí než ti, kteří své dětství jako šťastné nehodnotí (Matějček, 2004). I z tohoto je zřejmé, že základ rodičovským postojům je položen již v dětství.

E. Rheinwaldová zastává názor, že rodičovství je záležitost natolik složitá, že není vhodné pro každého. Být rodičem vyžaduje mnoho praktických dovedností i odborných teoretických znalostí, přičemž rodič je ve svém postavení nezastupitelný a E. Rheinwaldová přirovnává rodičovství k náročné pracovní profesi. Ve své knize *Rodičovství není pro každého* uvádí otázky, které by si rodiče měli zodpovědět předtím, než se rozhodnou počít dítě vzhledem k zodpovědnosti, kterou rodičovství obnáší :

- Můžeme si dítě dovolit?
- Jak můžeme přispět k jeho zdraví?

- Chceme pouze sobecky mít novou hračku, anebo jsme se rozhodli pustit se do dlouhodobého a nákladného projektu vytváření hodnotné lidské bytosti?
- Jsme zdraví?
- Máme dost času na výchovu?
- Máme dost znalostí prenatalní a postnatalní psychologie dítěte?
- Prošli bychom u licenčních zkoušek této náročné, závazné a zodpovědné profesi rodičovství?
- Máme dost peněz na to, abychom novému příchozímu mohli zaručit vše, co je nutné ke zdravému rozvoji?
- Můžeme mu poskytnout obohacené prostředí?
- Jsme si vědomi, že nic a nikdo nemůže nahradit roli rodičů v duševním vývoji dítěte? (Rheinwaldová, 1994, str.21)

Rodičovské postoje jedince se odráží již ve volbě jeho životního partnera. Při jeho výběru hraje svou roli sexuální přitažlivost, která často bývá prvotním impulsem vztahu, dále zejména fyzické a psychické zdraví, schopnost zajistit hmotně budoucího potomka a celou rodinu, schopnost poskytnout dítěti zdravé podmínky k vývoji. Ženy obvykle dříve než muži spojují sexualitu s očekáváním mateřství. Lze to vysvětlit tím, že si žena uvědomuje, že dítě bude počato v jejím nikoliv mužském těle, a je tedy přirozené, že mateřská touha je ztělesňována. Pro muže bývá tělesná přitažlivost ženy prvotním motivem ke sblížení s ženou, které až druhotně vede ke vzniku trvalejšího vztahu. „Tak je šance, že vznikne bytostný vztah dvou lidí, díky němuž budou schopni sdílet a utvářet intimitu v sociálně uzavřeném prostoru po dostatečně dlouhou dobu, aby byl čas na replikaci celé kultury v nové generaci“ (Trapková, Chvála, 2004, str. 100).

Důležitá je také hodnotová orientace páru, společná nebo rozdílná víra či její absence, soulad způsobu budoucího soužití včetně rozdělení povinností a způsobu výchovy dětí – to vše má vliv na budoucí soudržnost rodičovského páru.

Z českého výzkumu z druhé poloviny devadesátých let vyplynulo, že vlastnosti, které mladí lidé přisuzují ideálnímu partnerovi jsou nejčastěji tyto: dobrý vztah k dětem, zodpovědnost a poctivost, smysl pro rodinný život a tolerantnost. Tedy vesměs vlastnosti, které vedou k zodpovědnému partnerství i rodičovství, přičemž ženy akcentovaly materiální zabezpečení potřeb rodiny a muži fyzickou atraktivitu partnerky.

Ideální představa je ovlivněna postojem jedince k manželství, partnerství a rodičovství. Lidé, kteří chtějí trvalé partnerství, přejí si žít v manželství a mít děti, hodnotili tyto výše uvedené „ideální“ vlastnosti nejvýše (Vymětalová, 2000, str. 101 – 102).

Výchozí rodina a prostředí, které rodiče dítěti vytvoří, zpravidla velmi podstatným způsobem formuje budoucí postoje a názory mladých lidí. Velikost rodiny, rozdělení rolí v rodině, pozice jednotlivých členů, jejich práva a povinnosti, způsoby řešení problémů a konfliktů patří mezi faktory, které většinou na celý život významně poznamená duševní život každého člověka, jeho myšlení, představy, chování, nároky na druhé, očekávání apod. Zároveň se rodinné klima promítá i do výběru budoucího životního partnera. Lidé, kteří během vlastního dětství a dospívání zažijí oporu ve vlastní rodině a celkově mají s vlastní rodinou pozitivní zkušenost, považují u partnera za důležité takové vlastnosti, které se vztahují k rodinnému životu, výchově dětí a k možnosti udržet trvalý partnerský vztah. Tito mladí lidé častěji než ostatní dávají přednost zodpovědnosti, poctivosti a smyslu pro rodinný život u partnera a více akcentují tradiční rodinné hodnoty (Vymětalová, 2000, str.113).

K utváření správných postojů k rodičovství může kromě pozitivní zkušenosti z vlastní rodiny dopomoci také cílená výchova dospívajících i dospělých lidí k rodičovství. Jde o oblast, kterou se zabývá andragogika, ale také psychologie, pedagogika a sociologie. Kromě získání nezbytných informací je třeba, aby jedinec vyzrál osobnostně, aby měl žádoucí postoje a hodnotovou orientaci. Vzhledem k tomu, že rodičem je jedinec od narození dítěte do smrti, při výchově k rodičovství je třeba respektovat proměnlivost rodičovské role. Výchova se tedy týká rodičů dětí, které se proměňují v rodiče dětí dospělých, v prarodiče apod.

#### **1.2.4. Přijetí dítěte**

Přijetí dítěte rodiči není zdaleka tak samozřejmé a okamžité, jak by se dalo čekat. Přestože jsme rodičovským instinktem od přírody nadáni, působí zde souhra mnoha dalších faktorů, které výsledné přijetí či nepřijetí dítěte ovlivňují. Nepřijetí dítěte je považováno za nejzávažnější poruchu rodičovství, protože jeho správnou formu v podstatě vylučuje.

Přední čeští odborníci, činní v této oblasti, Z. Dytrych, Z. Matějček a V. Schüller ve své studii o dětech narozených z nechtěného těhotenství uvádějí celou škálu postojů

matky k dítěti. Kontinuum možností nepřijetí–přijetí sahá od krajního odmítnutí dítěte, kdy se matka uchýlí k vraždě dítěte, přes mírné formy odmítnutí, kdy matka podstoupí interrupci, podmíněnou akceptaci, až po přijetí kladné a krajně kladné, kdy je dítě tzv. vymodlené nebo kdy bezdětní manželé přijímají za své dítě jiných rodičů, třeba i s různými hendikepy. Děti, které jsou rodiči nechtěné, mají významně znevýhodněný start do života. Z výzkumu je zřejmé, že tyto děti jsou kojeny kratší dobu než děti chtěné nebo vůbec, je u nich zaznamenána vyšší nemocnost, a z ní vyplývající potřeba zvýšené péče ze strany rodiny. Svým okolím jsou označovány jako emocionálně labilní, nesvědomité. V období dospívání tyto děti pociťují větší nespokojenost se svým životem než jejich vrstevníci. Mají méně přátel a mívají problémy v sexuálním životě (Dytrych, Matějček, Schüller, 1976).

### **1.2.5. Poruchy rodičovství**

Poruchy rodičovství jsou vždy vyvolány souhrou bio-psycho-sociálních faktorů a jejich vzájemným působením v rizikovém prostředí (Matějček, 1994). Může se jednat jednak o okolnosti a rizika ze strany dítěte, nedostatky v mateřském chování nebo nepříznivé podmínky prostředí, ve kterém rodina žije. Také může vzniknout situace, kdy není zjevná patologie ani na straně matky ani dítěte, pouze rozdíly mezi oběma přesahují možnost vzájemné akceptace.

Pod hlavní rizikové faktory na straně matky spadají duševní poruchy, psychická nezralost, závislosti apod. Například vážná porucha nálady velmi zasahuje do vztahu s dítětem. Stejně tak i pouze mírná deprese, přestože neznemožňuje komunikaci zcela, ji ochuzuje natolik, že je potřebný zásah psychologa (Matějček, 1986). Také osobnostní charakteristiky matky (například osobnostní rysy jako je výrazný egocentrismus, autoritářské či hyperprotektivní postoje), neurózy či psychotická onemocnění mohou mít na rozvoj poruch rodičovství vliv a vést k zanedbávání dítěte. Zvláštní kategorií matek, které ve své rodičovské roli selhávají jsou ženy alkoholičky a drogově či jinak závislé. Dalším rizikovým faktorem je výrazně snížená rozumová schopnost matky, negramotnost a nízká kulturní úroveň, dále věk matky, ať již příliš nízký či příliš pokročilý. Také matky samy deprivované v dětství, kdy si neosvojily „intuitivní rodičovství“ vlastní zkušeností v rodině, nemají vytvořenou a zvnitřněnou vazbu (attachment) s rodičovskou pečující osobou (více viz. kapitola 1.6.2. Socioemocionální

vývoj dítěte), mohou vykazovat tendenci k neadekvátní péči s menší senzitivitou a empatií.

Matka, která je z nejrůznějších důvodů méně senzitivní, hůře postřehne signály, které dítě vysílá a neadekvátně reaguje na citové a smyslové podněty. Bylo výzkumně ověřeno rozhovory s těhotnými ženami a čerstvými matkami, že žena percipuje své dítě ve vztahu s percepcí sebe sama a stejně tak lze nalézt souvislost mezi percepcí jejího partnera a dítěte (Ilicali, Fisek, 2004). Lze tedy předpokládat v souladu s výše uvedenými informacemi, že duševně zdravá matka s pozitivním sebeobrazem má předpoklady ke zdravému rodičovství.

Také dítě může vykazovat jisté rizikové charakteristiky, které mohou vést k rozvoji poruch rodičovství. Týká se to především dětí zvýšeně dráždivých, neklidných, které často pláčí, obtížně usínají a lehce se ze spánku probouzejí, hůře se přizpůsobují změnám režimu, trpí poruchami zažívání. Dále děti s určitým hendikepem, ať již smyslovým, tělesným postižením, nebo mentálním, který může do velké míry znesnadňovat komunikaci dítěte s jeho okolím. Do této kategorie spadají také děti nedonošené.

### **1.2.6. Rodičovská identita – Já jako rodič**

Identitou jedince rozumíme vědomí a prožívání sama sebe, svého Já, prožívání své jedinečnosti i odlišnosti od ostatních, vztah k sobě samému, vědomí vlastní hodnoty a očekávání, jaká jsou na něj kladena, postavení ve společnosti. Identita jedince zahrnuje jeho tělesné já, tělesný obraz, subjektivní prožitek zdraví či nemoci, jeho výkonnost, schopnosti, dovednosti a svůj vlastní vztah k nim. Identitou rozumíme odpověď na otázku „Kdo jsem“. Identita má kontinuitu v čase, svou minulost, přítomnost i budoucnost. Kořeny identity a sebepojetí můžeme hledat v dětství, kdy vzniká a vyvíjí se v interakci s rodinným prostředím na základě zkušenosti, kterou jedinec zažívá (Balcar, 1991, str.156). Kolem třetího roku života začíná dítě používat slovo „Já“ a mluví o sobě v první osobě, nikoliv ve třetí, jako dříve. Dalším důležitým obdobím pro rozvoj identity je adolescence. Mladý člověk objevuje své kvality i limity a v optimálním případě se takový, jaký je, také přijímá.

Identita rodičovská, jako součást celkového sebepojetí jedince, se utváří postupně v průběhu života. Již v dětství jsou položeny její základy, když dítě zvnitřňuje

rodičovské modely chování. V období, kdy mají lidé v úmyslu založit rodinu, je aktualizovaná potřeba ověřit své reprodukční schopnosti, vyrovnat se v této skutečnosti ostatním lidem, dosáhnout tak „normality“. Bezdětní manželé, kteří nemohou mít děti, přestože jsou psychicky disponováni k přijetí rodičovství, buď přijímají skutečnost a často za pomoci racionalizací dochází k nové identitě bezdětného člověka. Druzí se nevzdají rodičovské identity a osvojují si dítě cizí (adopce, pěstounská péče). To dobře ilustruje, jak je tato potřeba silná. V minulosti také častěji než dnes docházelo k tomu, že se páru narodilo dítě nechtěné, vzhledem k nutnosti žádat o umělé přerušování těhotenství před komisí. Narození nechtěného dítěte představuje situaci, kdy se jedinec střetává se svou vlastní novou rodičovskou identitou, kterou odmítá. Více se tímto tématem zabýval Z. Matějček (Matějček, 1992, str. 47-49).

### **1.3. Těhotenství**

Těhotenství je doba od početí až po narození dítěte. Průměrné trvání těhotenství je 10 lunárních měsíců (9 kalendářních měsíců; 40 týdnů, tj. 280 dnů od prvního dne poslední menstruace), v němž se z oplodněného vajíčka – zygoty, vyvine zralý plod. Tato doba se dělí na tři části – tzv. trimestry.

Během těhotenství probíhají kromě vývoje zárodku - embrya a plodu – fetu, výrazné změny rovněž v organismu matky. Dochází ke změnám v krevním oběhu (zrychlení srdeční činnosti, zvětšení objemu tekutin, útlak pánevních žil rostoucí dělohou se zhoršením odtoku krve z dolních končetin), v krvi, v zažívání (pálení žáhy, zácpa), častější je rovněž tvorba zubního kazu, psychické změny, změny v hormonální oblasti atd. Některé tyto změny mohou značně zatěžovat ženský organismus, zejména je-li oslaben nemocí. Proto se v těhotenství častěji některé choroby projevují nebo jiné již existující se zhoršují. Nejvýraznější změny jsou patrné na pohlavních orgánech. Vymizí menstruační krvácení, dochází k výraznému zvětšení dělohy (z 60 g až na 1 kg), pohlavní orgány jsou překrveny, zvětšují se prsy a jejich bradavky, zvyšuje se pigmentace prsních dvorců. Na kůži se objevují nažloutlé skvrny. Zejm. zpočátku bývají ranní nevolnosti a změněné vnímání chuti (Vokurka, Hugo, 1994).

### 1.3.1. Prenatální vývoj dítěte

Prenatálnímu období je přikládána stále větší důležitost v souvislosti s tím, jak se zpřesňují a zdokonalují zobrazovací metody (fetální EEG, ultrazvuk, termografie, izotopické techniky atd.) a dozvídáme se tak mnohé nové informace o životě před narozením. Toto období začíná oplozením, kdy mužská spermie pronikne do ženského vajíčka, a končí porodem.

K zahnízdění (nidaci) embrya dochází v děloze matky zhruba po jednom týdnu od oplození. Během prvního měsíce se utváří základy hlavních orgánů (nervová soustava, oběhová soustava, kosterní soustava, smyslové orgány). V druhém měsíci již začíná fungovat mozek dítěte a již vzniklé orgány se dál vyvíjejí, a proto jsou velmi citlivé na tvorbu různých malformací. Rané těhotenství je sledováno lékaři z hlediska působení toxických a škodlivých látek, které by mohly vývoj embrya narušit.

V osmi týdnech se embryo stává plodem (fetus) a od této chvíle tedy hovoříme o fetálním období. Počátkem třetího měsíce plod již spontánně hýbe končetinami, otáčí hlavou, vraští čelo, otvírá a zavírá ústa a projevuje náznaky úchopových pohybů. V tomto období matka ještě pohyby plodu necítí. Ty začíná vnímat zhruba ve čtvrtém měsíci, přičemž prvorodičky je vnímají později než ženy, které již zkušenost s těhotenstvím mají. Tou dobou dítě začíná také slyšet tlukot matčina srdce, její hlas i další zvuky z vnějšího světa. Zvuky k němu pronikají tlumeně přes břišní stěnu a plodovou vodu. Později reaguje na silné světlo či hluk, prostupující tělem matky, prudkým pohybem. Byly prováděny odborné výzkumné studie se zaměřením na vnímání akustických projevů plodem. Ukázalo se, že plody zvyklé na hluk motorů u letiště na něj po porodu nereagují, protože zvuk znají a jsou na něj zvyklé, zatímco děti, které před porodem žily jinde, jej vnímají rušivě, budí se ze spánku a pláčí (Davenport, 1986).

Po dvacátém týdnu těhotenství je dítě životaschopné – resp. vývoj životně důležitých orgánů je takřka ukončen. O něco málo později lze již díky medicínskému pokroku předčasně narozenému dítěti umožnit dlouhodobé přežití, přesto je zde velké riziko zdravotních i psychických potíží.

V posledním trimestru těhotenství plod především sílí a dozrává, připravuje se na příchod na svět. Těhotná žena obvykle nejvíce přibývá na váze a také dítě nabírá ochrannou tukovou vrstvu. Životně důležité orgány jsou schopny plnit svou funkci. Ke konci těhotenství plod rozeznává zvuk matčina hlasu od jiných zvuků, dokonce vnímá i

emocionální odstíny jejího hlasu – jak potvrdila pozorování schopnosti habituace plodu. Schopnost habituace se v průběhu těhotenství zlepšuje a je ovlivňována aktuálním stavem CNS plodu, léky, které užívá matka a emočním stresem.

Důležitým poznatkem, který výzkumníci, zabývající se prenatálním obdobím učinili, bylo zjištění, že plod je schopný činností, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se světem po narození. Dále bylo zjištěno, že plod je aktivní a kontroluje své prostředí. Reaguje tedy aktivně na jeho změny (nevhodná poloha matky, snížený přísun kyslíku, hluk, atd.) a tím může iniciovat další. Stejně tak dítě hraje aktivní úlohu během porodu. Ještě před narozením se rozvíjí sociální interakce, nejen interakce s fyzikálním prostředím. Matka reaguje na pohyb dítěte emocionální reakcí, řízenou hypothalamem, v jejím těle poté dochází k chemickým změnám, které ovlivní další reakce dítěte. Jedná se v podstatě o přenos emocí na neurohumorální úrovni. Je možné předpokládat, že tento primitivní dialog dává základ budoucí skutečné komunikaci mezi matkou a narozeným dítětem.

Lidský plod vidí, slyší a má vyvinutou chuť. Je schopen cítit a učit se. Matka a její vyladění, rovnováha a převažující psychické stavy ovlivňují výrazně psychiku plodu už v prenatálním období. Partner matky, otec, se může nepřímo podílet na psychické pohodě matky a tím ovlivňovat pohodu plodu (Verny, 1981)

Vývoj embrya a později plodu je velmi citlivý na zevní vlivy, jak již bylo naznačeno výše. Je vysledován možný negativní vliv špatného stavu životního prostředí (znečištění ovzduší zplodinami), tělesného stavu matky (vyšší věk, genetická zátěž, onemocnění – zvláště chronická, malnutrice matky, nejrůznější infekce předávané přes placentu, autoimunitní reakce matky při Rh inkompatibilitě), užívání farmak, chemických látek, vliv zneužití návykových látek a případný kontakt se škodlivým zářením. Tyto škodlivé vlivy mohou vést k předčasným porodům i k malformacím, smyslovým a mentálním poškozením dítěte. V současné době podle údajů Českého statistického úřadu dochází v České republice k nárůstu počtu samovolných potratů.

### **1.3.2. Předčasně narozené děti**

V této souvislosti bychom se rádi věnovali také problematice předčasně narozených dětí, která je dosti specifická. Vývoj předčasně narozených dětí je totiž odlišný od vývoje dětí, které jsou v děloze matky.

Předčasně narození novorozenci jsou nezralí, s velmi nízkou porodní hmotností. Nemají ještě plně vyvinuté adaptační mechanismy, jsou ohroženi závažnou perinatální nemocností (morbiditou) i úmrtností (mortalitou). Nezralost v sobě zahrnuje celou řadu zdravotních i psychologických rizik. Nedonošený novorozenec má jen minimální vrstvu podkožního tuku, která se tvoří v průběhu posledních měsíců těhotenství a díky tomu velmi nedokonalou schopnost termoregulace, která je slabá i u normálně donošených dětí. K udržení stabilní tělesné teploty jsou novorozenci umístováni do inkubátorů. Toto prostředí je velmi odlišné od jejich přirozeného a dosud jediného známého prostředí – matčiny dělohy. Proto se porodnická zařízení snaží nemocniční prostory přizpůsobovat. Používají se tlumená světla, pouští se tichá hudba nebo tlukot lidského srdce, děti se umísťují na podložky naplněné vodou, aby se alespoň částečně simulovaly podněty, které zažívá dítě in utero. Ihned jak je to možné, jsou rodiče dítěte instruováni, aby se dítěte dotýkali, provádí se takzvané „klokánkování“. Tato metoda byla prvně zavedena v Kolumbii. Rodiče dítě chovají, nosí na nahém těle, jsou s ním v těsném tělesném kontaktu a nedonošenci s takovou péčí lépe prospívají. Lépe přibírají na váze, lépe se přizpůsobují, nemají strach z nových zvuků a dalších podnětů, jsou celkově klidnější. Také pro matku a otce je klokánkování prospěšné, dotýkat se dítěte je jim příjemné a přináší jim pocit užitečnosti.

Nedonošené děti jsou významně ohrožené respiračními obtížemi. Častá je, zejména při nutnosti dlouhodobé terapie kyslíkem (oxygenoterapie), porucha cév sítnice – tzv. retinopatie nedonošených, která může vyústit v trvalé poškození zraku, proto se nedonošeným dětem zrak pravidelně kontroluje. Nedonošení novorozenci jsou náchylní k postižení centrální nervové soustavy, ohrožuje je závažné krvácení do mozkových komor. Děti s hmotností pod 1500 gramů mají vysoké riziko postižení dětskou mozkovou obrnou. Předčasně narozený novorozenec je dále ohrožen nejrůznějšími závažnými metabolickými komplikacemi a lze také předpokládat obtíže s perorální výživou, protože nemusí být ještě vyvinut plně sací reflex. Mezi velmi časté komplikace patří výskyt infekcí, které snadno generalizují a vedou k život ohrožující sepsi. Prognóza dítěte závisí především na stupni jeho zralosti a okolnostech porodu, méně pak již na jeho hmotnosti.

Prožitek předčasného porodu je pro dítě a matku zátěžový nejen ze zdravotního hlediska, ale samozřejmě i z hlediska psychologického. Protože rodiče předčasně narozených dětí nebyli ještě na příchod svého dítěte plně připraveni, bývají zaskočeni vývojem událostí, cítí se zpravidla velmi ohroženi. Bojí se o zdraví dítěte, o jeho přežití

a vzhledem k možným komplikacím zcela odůvodněně. Zároveň nízká porodní váha a křehkost dítěte, které je navíc ihned po porodu matce odebráno neonatologem a podstupuje nejrůznější lékařské zákroky, umocňují pocity ohrožení, selhání a bezmoci.

Příčiny předčasných porodů jsou různé. Patří mezi ně vícečetné těhotenství, nedostačivost děložního čípku, nejrůznější choroby matky i plodu, špatná životospráva matky, stres v těhotenství, nízký či naopak vysoký věk těhotné ženy. Významnou, častou a závažnou příčinou je také infekce matky. Riziko opakování předčasného porodu v dalších těhotenstvích je asi 25%. Předčasný porod obvykle začíná odtokem plodové vody, méně často děložními kontrakcemi. Při odtoku plodové vody je plod ohrožen průnikem infekce, proto jsou matce ihned po určení začínajícího porodu lékařem podávána antibiotika. Pokud se objeví známky hrozícího předčasného porodu, jako jsou děložní kontrakce nebo zkrácené volné děložní hrdlo, je žena, pokud možno bezprostředně, hospitalizována. Musí být zajištěn klid na lůžku, jsou podávány léky.

Předčasný porod může být zapříčiněn také psychosociálními faktory. Mezi ně patří nepříznivé ekonomické podmínky, absence partnera těhotné ženy a s ní spojený stres a obavy z budoucnosti, špatný citový vztah s partnerem, zaměstnání ženy i v pokročilém těhotenství a špatné životní prostředí (Šulová, 2004, str. 26).

Při porovnávání vývojové úrovně dětí čerstvě narozených a narozených předčasně v době předpokládaného termínu porodu, jsou patrné rozdíly v neprospěch dětí předčasně narozených. Ty jsou dráždivější, labilnější, častěji neutišitelně pláčí, přičemž reagují slaběji na smyslové a sociální podněty. To vše komplikuje situaci pečujícím osobám, protože dítě je pro ně nesrozumitelné, nečitelné, nedovedou předvídat jeho reakce a tak se zvyšuje pravděpodobnost jejich neadekvátních reakcí a vyčerpání. Frekvence předčasných porodů je asi 6-7% (Čech, 1999).

### **1.3.3. Vývoj vztahu těhotné ženy k dosud nenarozenému dítěti a psychická adaptace na těhotenství**

Vztah ženy k dítěti se tvoří již během těhotenství a postupně se vyvíjí. G. Gloger-Tippelt uvádí tzv. *psychologické fáze těhotenství ženy*, které si nyní stručně představíme.

Fáze nejistoty. Trvá od zjištění těhotenství zhruba do 12. týdne, kdy je matka konfrontována s touto novou skutečností.

Fáze obrazu dítěte „v hlavě“. Nyní se tvoří obraz dítěte v představách matky, toto období trvá zhruba do 15. týdne (nebo do doby, kdy má matka k dispozici ultrazvukový snímek, podle kterého se její představa upřesňuje).

Fáze dítěte v břiše. Kolem 20. týdne těhotenství, kdy obvykle matka prvorodička začíná vnímat pohyby svého dítěte.

Fáze představy dítěte v náručí. Kolem 30. týdne již matka anticipuje své dítě v náručí a pomýšlí na dítě jako konkrétní bytost s konkrétními projevy a potřebami (Gloger-Tippelt, 1988 in: Šulová, 2004, str. 17).

Domníváme se, že s konkretizací představy dítěte se mohou také upřesňovat očekávání těhotné ženy od mateřství.

Těhotná žena zažívá během gravidity přechodové období mezi tím, čím byla a tím, čím se stává – matkou. Přivyká této nové životní roli, mění staré modely chování, od některých upouští, jiná reviduje a doplňuje nové typy chování. Adaptaci mohou provázet pocity úzkosti, zmatku, nemocnosti a nebo nostalgie a ohlížení za obdobím, které žena opouští s vědomím, že s dítětem bude její život jiný.

Psychologická adaptace na těhotenství probíhá dle autorů Praška a Praškové a také Čecha a Hájka, zhruba ve třech fázích. V první třetině těhotenství je žena zaměřena na sebe, zjišťuje zda je těhotná a tento fakt přijímá (nebo odmítá). V citové oblasti převládá rozladěnost, náladovost a nejistota. Druhá třetina těhotenství je provázena vnímáním pohybů plodu a proto je pro ženu snadnější uvědomovat si samostatnou existenci plodu. Do posledního období vstupuje žena leckdy s obavou z porodu (které se více věnujeme v další kapitole) a s touhou mít již vše za sebou. Těhotenství se stává postupně nepohodlným, žena je omezována v pohybu, spánku a tento diskomfort ještě umocňuje soustředění ženy na přicházející porod. Úkolem této fáze je hlavně příprava k porodu a završení psychologické adaptace na těhotenství. Žena může cítit strach a obavy z porodu, nové role matky, z nových úkolů, které mateřství přinese a zároveň se na dítě těší, je zvědavá. Přehodnocuje dosavadní hodnoty, bilancuje (Praško, Prašková, 2001; Čech, Hájek, 1999).

### 1.3.4. Přístup ženy k těhotenství a mateřství

Pro ženu je období těhotenství obdobím prudkých změn a lze říci, že je to pro každou těhotnou ženu období důležité. Raphael-Leff zjednodušeně popisuje dva přístupy žen k těhotenství a mateřství (Raphael-Leff in Goldmann, 1998). Ze způsobu chování ženy v těhotenství odvozuje i budoucí chování matky k dítěti po narození. Rozděluje ženy na dvě skupiny. Jednu skupinu nazývá matky podporující, druhou matky regulující, přičemž oba dva typy v sobě zahrnují zralé i nezralé formy chování.

V oblasti vědomých očekávání je pro podporující matku mateřství dlouho očekávanou odměnou, vyvrcholením její ženské identity, schopnost být matkou je těsně spojena s intenzivním prožíváním těhotenství i kojení. Podporující matka cítí jako své poslání věnovat několik let podpoře rozvoje svého dítěte. Regulující matka se nechce mateřství zcela obětovat. Péči o dítě vnímá jako naučenou dovednost, kterou může převzít kdokoli jiný z matčina okolí.

Těhotenství podporující matka přijímá jako uskutečnění své dávné touhy po dítěti. Regulující matka usiluje o uhájení své vlastní identity a brání se přehodnocovat pohled na sebe samu. Nesnaží se navázat se svým dítětem kontakt, protože ono ještě není ke kontaktu připravené. Během těhotenství se vyzbrojí potřebnými vědomostmi o dítěti i péči o něj, a o porodu, aby se dobře na tuto zkoušku života připravila. Z regulující matky může být cítit únava a zneklidnění. Porod vnímá regulující matka jako bolestivý a pokořující zážitek. Proto je třeba učinit porod, pokud to je jen trochu možné, bezbolestným, bezpečným a civilizovaným pomocí moderních medicínských postupů. Podporující matka naproti tomu v porodu očekává jedinečnou a silnou událost, skrze kterou ona i dítě směřují k opětovnému sjednocení. Věří, že její tělo v sobě nalezne dávnou zkušenost a ona skrze ni dokáže aktivně spolupracovat na co nejvíce přirozeném běhu porodu. Usiluje o to, aby mohla své dítě kojit co nejdříve, pokud možno již na porodním sále.

Domníváme se, v souladu s postoji francouzského porodníka a propagátora přirozených porodů M. Odenta, že přístup zdravotníků a porodníků může do značné míry přístup žen k vlastnímu mateřství, těhotenství a tělesnu modifikovat. Množství vyšetření a zásahů lékařů do přirozeného běhu těhotenství a porodu, vyvolává dojem, že ne matka, nýbrž lékaři řídí tyto děje a vědí lépe, co je třeba. Mohou tak matku znejišťovat, brát jí pocit, že je schopna vše sama intuitivně zvládnout, výsledkem je její vynucená pasivita (Odent, 1995).

### 1.3.5. Emoce ženy v průběhu těhotenství

Gravidní žena v optimální situaci, bez zjevných komplikací, například výrazných stresorů, očekává narození svého dítěte s pozitivními pocity. Na dítě se těší, připravuje se na jeho narození. Ke konci těhotenství může cítit kromě fyzického nepohodlí také nedočkavost a velkou zvědavost, zažívat touhu držet dítě v náruči, vidět ho a poznávat. Během devíti měsíců těhotenství postupně vzniká a upevňuje se jedinečný citový vztah k dítěti. Mnozí psychologové považují vztah mezi matkou (rodičem) a dítětem za nejsilnější citovou vazbu vůbec.

Budoucí matka instinktivně reaguje na své tělesné pocity, vyvolané potřebami plodu, na měnící se pohyby dítěte, komunikuje s ním. Je nastavena přijmout své dítě a naladit se na něj, aby mohla pohotově reagovat na jeho potřeby. Ženy mohou prostřednictvím těhotenství, porodu a mateřství prožívat velmi intenzivně naplnění smyslu života, radost z plného fungování vlastního těla, uspokojení z potvrzení vlastní plodnosti a reprodukční schopnosti, pocit zařazení se mezi ostatní, ty kteří mají děti, potvrzení své „normálnosti“. Naopak nedobrovolná bezdětnost nebo dlouhodobá neschopnost počít dítě může být silně negativně prožívána. Také uspokojivý partnerský vztah může ženě přinášet cennou oporu. Ženy, které žijí ve fungujícím partnerství, jejichž partner má pozitivní přístup k společnému rodičovství a na narození dítěte se těší, mají dobré podmínky k adaptaci na novou životní roli. Přesto i páry, které očekávají potomka s radostí, mohou po jeho narození, vzhledem ke stresujícím okolnostem, pociťovat poněkud nižší spokojenost s partnerstvím než doposud. Pozitivním pocitům těhotných žen bohužel není věnována větší pozornost odborníků.

Mýtus o těhotenství, které je prožíváno ženou jako čistě šťastné období, se ukázal již dávno jako neplatný a je přirozené, že stejně jako v jiných obdobích života, která kladou zvýšené nároky na adaptaci, i v těhotenství se negativní emoce objevují. Otázkou zůstává, jak velký mají vliv na nenarozené dítě a jeho další vývoj, a jak by se s nimi měla těhotná žena vyrovnávat.

Je podstatným zjištěním, vyplývajícím z dlouhodobého zkoumání těhotných žen, že ty ženy, které otěhotní neplánovaně, mají tendenci prožívat mnohem více negativních emocí a rozlad jak během těhotenství, tak také během prvního roku po porodu dítěte, na rozdíl od žen, které těhotenství plánovaly (Grussul, 2005, str. 107-114).

Je nutno samozřejmě rozlišovat mezi normou a patologií. Negativní pocity jsou příznakem mnoha psychických poruch a onemocnění, přesto se vyskytují v menší míře i u normální populace.

## **Strach, úzkost a stres**

Strach, úzkost a stres provází těhotné ženy poměrně často, jak vyplývá nejen z laické zkušenosti, ale i ze současných psychologických výzkumů. Psychology zajímá především, jaké jsou hlavní příčiny strachu a jakým způsobem ovlivňuje těhotenství, porod či vývoj dítěte. V odborné literatuře se hovoří o tom, že „úzkost je jednou z nejčastějších potíží, s nimiž se setkáváme v životě“ (Honzák, 1995, str. 7).

V naší práci nerozlišujeme striktně pojmy strach, obavy a úzkost. V psychologických výzkumech, týkajících se období těhotenství a mateřství, jsou tyto pojmy často zaměňovány a navzájem splývají. Základní rozdíl bývá shledáván v tom, že strach má svou konkrétní příčinu, a proto je srozumitelný a racionální, přičemž jeho projevy jsou stejné jako u úzkosti. Lze říci, že pocit strachu je jedním z příznaků úzkosti.

Úzkost charakterizujeme jako pocit hrozby, avšak nespecifikovaný. Je těsně spojena s tělesnými vjemy jako je pocit tíhy na prsou, stažení hrdla, svírání, dušení, neklid. Dochází při ní ke zvyšování krevního tlaku, činnosti srdce a plic. Dlouhodobě se objevují tělesné projevy jako pocení, červenání nebo blednutí, časté močení, průjem nebo zácpa, bolest v oblasti žaludku a další nespecifické potíže. Ten, kdo úzkostí trpí, mnohdy vyhledává somatického lékaře, ale netuší, že obtíže tělesného rázu jsou obrazem psychického problému - úzkosti. Psychické příznaky úzkosti jsou pocity ohrožení, napětí, strach, nadměrné obavy a starosti, potíže se soustředěním, nespavost, ostražitost, lekavost, podrážděnost, psychická únava a vyčerpání, neschopnost odpočívat, záchvaty paniky atd. Mnoho těhotných žen a matek trápí nadměrná úzkost spojená s obavou o zdraví a bezpečí nenarozeného dítěte a jeho budoucnost.

Lze rozlišit úzkost v životě opravdu běžnou, „normální“ a úzkost chorobnou. Úzkost se stává problémem, když se objevuje příliš často, trvá příliš dlouho a intenzita je vzhledem k situaci, která ji spustila příliš velká, nebo se objevuje v nepřiměřených situacích. V takových případech úzkost a strach negativně zasahuje do života jedince a neustále jej provází ve formě zvýšeného napětí, které jej vyčerpává. „Mírné obavy a

úzkost jsou tedy zcela normální a prožívá je v životě každý“ (J. Praško, 2005, s.11). Dle studií z roku 2003 je výskyt úzkostných poruch (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, nejrůznější fobie) v těhotenství dvakrát častější než deprese, přesto se na ni většina výzkumů nezaměřuje (Matthey, 2003; Wenzel, Ross, 2003 in Brockington, 2006). Je možné předpokládat, že se jedná o kopírování podobné prevalence úzkosti a deprese v celé populaci a nejde o specifikum těhotných žen.

U těhotných žen se objevují specifické strachy, těhotenstvím ovlivněné, jako je strach a obava z porodu. Plně se ztotožňujeme s názorem, že obávat se porodu je běžné, protože porod je do jisté míry nepředvídatelný a bolestivý, a představuje riziko pro matku i dítě, který vyjádřili autoři britské studie (Bewley, Cockburn, 2002).<sup>2</sup>

Finského výzkumu z roku 2002 se účastnilo 329 respondentek, z nichž celých 79% pocívalo strach z těhotenství či z porodu, nebo z obojího. Jako příčina strachu byla označena již předchozí depresivní nálada ženy, odstrašující příběhy, které těhotné ženě vyprávělo okolí a jiné zneklidňující informace, nemoci a problémy, týkající se dětí (Melender, 2002, str.101-111).

Většina žen se se strachem a úzkostí s úspěchem vyrovná bez nutnosti zásahu odborníka. Strach z porodu však může nabýt obrovských rozměrů až do takzvané tokofobie, o které bylo prvně referováno v Británii v roce 2000 a v těchto případech je pomoc odborníka nezbytností (Hofberg, Brockington, 2000, str. 83-85). Jedná se o bezdůvodný strach z porodu velké intenzity navzdory tomu, že si žena velmi přeje dítě. Tokofobii lze rozlišit na poruchu primárně vzniklou v adolescenci nebo reaktivní formu, která se objeví po traumatickém zážitku z porodu. Dále může být tokofobie také jedním z průvodních jevů deprese. Za možné příčiny rozvinutí této poruchy označují odborníci sexuální násilí páchané na ženách v dětství, které se může znovu oživit při prožívání porodu. U těchto žen se lékaři setkávají s požadavkem na provedení císařského řezu, aniž by pro ně byl indikován.

Nejčastěji zmiňované strachy těhotných žen ve výzkumu, prováděném v Anglii a na Novém Zélandě, byly strach z vývojových abnormalit plodu, strach z úmrtí plodu, pochybnosti o sobě v roli matky, strach z nedostatečné opory v okolí (strach z opuštění partnerem), strach z finančních a existenčních problémů, strach z porodních komplikací, strach ze ztráty svobody, z rodinných a výchovných problémů a jiné (Brockington,

---

<sup>2</sup> „It is common (indeed rational) for women to feel fearful about childbirth. Childbirth is inherently unpredictable and painful, and accompanied by a small risk of serious morbidity or even death for both mother and child“ (Bewley, Cockburn, 2002, str. 2128-2129).

2006, str. 256). Objevuje se také strach z porodních bolestí. Žena si bolest představuje, avšak bez předchozí zkušenosti neví přesně, co ji čeká. Na porodní bolesti a jejich intenzitu má vliv psychika ženy, její přístup k bolesti a porodu jako takovému. Bolest lze tišit medikamentózně. Z výzkumů přírodních národů vyplývá, že porodní bolesti jsou podmíněny také kulturně a že u některých kultur ženy prakticky porodní bolesti necítí, nebo je dokonce zažívá otec dítěte (Hartl, Hartlová, 2000, str. 14).

Úzkostí trpí také ženy, které již v minulosti dítě potratily, ať již samovolně, nebo jim bylo těhotenství ze zdravotních důvodů ukončeno uměle. K samovolným potratům dochází nejčastěji během prvního trimestru, často neočekávaně a bez jasné příčiny, proto se žena může cítit v takové situaci bezmocná a dezorientovaná. Emocionální ztráta se týká fantazijní představy dítěte, tělesných pocitů spojených s těhotenstvím (pohyby plodu) a také části vlastní identity ženy – jejího já. Po prožité ztrátě prožívají ženy leckdy následující těhotenství s větší tenzí a úzkostí, obávají se možných komplikací a porodu (Côté-Arsenault, Dombeck, 2001, str. 652).

Výzkumně byla prokázána také souvislost mezi prožíváním stálého stresu, který je s úzkostí těsně spojen, během těhotenství a nízkou porodní váhou dítěte. I jednotlivé, silně stresující životní události jako je rozchod s partnerem, vážné zranění, nehoda nebo nemoc jsou spojeny se zvyšujícím se rizikem porodu dítěte s malou porodní váhou (Sable, Wilkinson, 2000, str. 288).

Jiná situace nastává, když lékařské vyšetření v průběhu těhotenství odhalí nějakou závažnější odchylku, poruchu plodu nebo onemocnění matky, mající vliv na další vývoj plodu či její zdravotní stav. V této chvíli se objevují silné negativní emoce (deprese, úzkost) v reakci na akutní stres a v závislosti na závažnosti zjištění buď odezní po vyřešení problému, nebo dále provázejí proces přijetí této nové skutečnosti a vyrovnávání se s ním.

Z lékařského hlediska jsou velmi dobře sledovány a interpretovány odchylky od normálního průběhu těhotenství. Žena podstupuje během těhotenství řadu vyšetření, která mají za úkol vyloučit vadu plodu. Tato vyšetření sama o sobě a zejména čekání na výsledky, může být pro ženu stresující a není příliš rozšířena informace, že žena má právo na základě vlastního rozhodnutí tyto lékařské úkony odmítnout.

Domníváme se, že záchyt těhotných žen s masivními pocity strachu a úzkosti a následná psychoterapeutická péče by byla velkým přínosem jak pro ženy samotné, tak pro jejich děti.

## Smutek, depresivní ladění

V těhotenství se objevují jak již bylo řečeno také poruchy nálad. Nejčastěji různě těžká forma deprese – není tedy pravdou, že by ženy postihovala deprese pouze po porodu. Prevalence deprese je přibližně stejná před porodem i po něm, ovšem důsledky poporodní deprese jsou viditelnější a přímo ohrožují novorozence a snad i proto více přitahují pozornost odborné veřejnosti.

Ošetřující lékaři žen, které se léčí pro depresi a během léčby otěhotní, zvažují otázku, zda doporučit pokračovat v podávání léků s ohledem na vývoj plodu. Výsledky odborných studií jednoznačně ukazují, že neléčená deprese v těhotenství ohrožuje dítě i matku (Bonari, Bennett, 2004). Žena, která přeruší pro zjištěné těhotenství léčbu antidepressivy, častěji není schopna vyvarovat se nebezpečnému a zdraví dítěte ohrožujícímu chování jako je kouření, pití alkoholu, nezdravé stravování (vedoucí k výrazné malnutrici). Depresivní ženy bývají emočně vyčerpané, straní se sociálních kontaktů, mají obavy, jak obstojí jako matky a strach z těhotenství i porodu (viz. výše zmíněnou tokofóbiu). Zároveň nejsou ochotné docházet na pravidelné kontroly k lékaři a řídit se jeho doporučeními. Neléčená těžká deprese u těhotné ženy je přímým ohrožením jejího života i života nenarozeného dítěte, jelikož taková žena mívá sklony k impulsivnímu sebepoškozování, je ohrožena psychotickými atakami a sebevražednými sklony.

Důležitou úlohu v těhotenství zastává partner budoucí matky. Žena, jejíž partner projevuje aktivní účast na jejím těhotenství a podílí se zároveň na přípravách k porodu a rodičovství, prožívá své těhotenství s pozitivními myšlenkami a vytváří si již tou dobou dobrý vztah ke svému dosud nenarozenému dítěti. Nejistotu a smutek přináší své družce partner, který na její těhotenství hledí z odstupů a bez zájmu, lhostejně, nebo dokonce odmítavě (Karsten, 2006, str. 123).

### 1.3.6. Tělesná identita v těhotenství

Během těhotenství se mění velmi radikálně tělesné schéma ženy, dochází ke změnám anatomickým, fyziologickým i biochemickým.

Děloha ženy mnohokrát zvětší svůj objem, je prokrvena, trávicí soustava je vystavena zvýšeným nárokům na přísun živin, chuť k jídlu se obvykle zvyšuje a zároveň v prvním trimestru ženy trápí těhotenské nevolnosti a zvracení. Etiologie těchto potíží není zcela známá a nechutenství a změny chuti nejčastěji koncem prvního trimestru ustávají. Dále ženy mohou pociťovat pálení žáhy, zvýšené slinění, mohou trpět častěji než jiné ženy zácpou a hemeroidy. V průběhu dvou poporodních týdnů se trávicí trakt ženy opět normalizuje.

Další důležitou změnou je přírůstek na váze. Tělesná hmotnost se zvyšuje jednak růstem dělohy a plodu a zároveň zvětšením krevního řečiště, kolující krve a objemu mezibuněčné tekutiny. Jen malá část připadá na tukové a proteinové rezervy matky. Hmotnostní přírůstek za těhotenství je v průměru 12 kilogramů. Po porodu žena ztratí zhruba 6 kilogramů hmotnosti odtokem plodové vody, porodem plodu a placenty, během šestinedělí pak v optimálním případě dochází k vyrovnání úbytku hmotnosti a předporodního přírůstku. V důsledku gravidity se zvětšují prsy ženy. Mléčné žlázy se aktivují, bradavkové dvorce jsou pigmentované a zvětšené, a některé ženy pociťují v prsech napětí až bolestivost. Objevuje se zvýšená pigmentace na pohlavních orgánech, na podbřišku ve střední čáře a kolem pupku, dále v operačních jizvách. V posledních měsících gravidity se jako následek mechanického poškození kůže u 75% těhotných žen objevují pajizévky (strie). Jde o jemné prosvítající trhliny ve škáře (kožní vrstvě pod krycím epitelem) na podbřišku, na hýždích a prsech. Tyto strie na kůži zůstávají. Určitý vliv na tvorbu strií má nadledvinový hormon kortizol, který je během těhotenství zvýšeně vylučován. Pigmentace se u některých těhotných žen objevuje v posledních měsících i na obličeji, na rozdíl od strií, však spontánně vymizí. Přesto může taková změna na viditelné části těla ženu mírně traumatizovat.

Pro některé ženy je poměrně složité se se změnami svého těla vyrovnat a přijímat je jako žádoucí tělesné schéma těhotné ženy. Tělo těhotné ženy se vzdaluje představě současného všeobecně přijímaného ideálu, který preferuje až nezdravě štíhlé ženy bez zřetelných ženských znaků. Zatímco média každodenně přináší množství návodů, jak zhubnout, pro těhotnou ženu je naopak žádoucí váhu postupně navyšovat.

Tento paradox může být až zdrojem psychických obtíží. Těhotná žena se může cítit znechucena vlastním tělem a jeho změnami takovým způsobem, že se u ní rozvine psychická porucha označovaná jako dismorfofobie. Také pro ženy, které se léčily pro poruchu příjmu potravy, může být období těhotenství velmi rizikové a může být dalším impulsem pro novou aktualizaci choroby.

V nedávném americkém výzkumu postojů těhotných žen k přibírání váhy během těhotenství se zjistilo, že větší obavy z nadváhy a z nich vyplývající držení diet vykazovaly ženy po jednom a více porodech než prvorodičky. Respondentky, které trpěly více depresemi než ostatní, zažívaly častěji pocity vzteku a každodenní stres, měly také tendenci hlídat svou váhu a omezovat přísun kalorií v těhotenství. Jako důležitý se ukázal být zdravý postoj k přibírání váhy, jako k jedné z pozitivních okolností těhotenství (DiPietro, Miller, 2003, str. 1314-1319).

Hormonální změny v těhotenství jsou charakteristické nárůstem hladiny estrogenů a progesteronu od doby početí až do porodu. Hormonální změny zajišťují dostatečný přívod kyslíku, živin a hormonů k embryu a později plodu. Zároveň plod informuje matku o svém stavu prostřednictvím hormonální cesty a má rozhodující význam při řízení dějů souvisejících s těhotenstvím a dává signál k zahájení porodu. Endokrinní systémy matky, plodu a placenty jsou v těsném vztahu a vzájemně se ovlivňují.

Důležitý je v této době přístup blízkého okolí ženy. U těch žen, které nemají podporu svého partnera se dle výzkumů častěji vyskytuje nevolnost a zvracení a často také reagují negativně na známky života, skrývajícího se v jejich těle. Bylo také doloženo, že matky, které byly se svým partnerem během těhotenství spokojeny, mají rok po porodu vybudovaný pevný vztah ke svému dítěti (Olbrich, Brüderl, 1995 in Karsten, 2006).

S tělesnou identitou, tělesnem ženy, je úzce spjata sexualita. Období těhotenství ve vztahu k sexualitě je charakterizováno snižováním frekvence pohlavních styků a snižování sexuální touhy i míry uspokojení při pohlavním styku. Mnoho žen nepocítuje sexuální touhu zvláště v posledním trimestru, přestože jim zdravotní stav nebrání v pokračování v sexuálním životě. Některé ženy pocítují strach z ublížení plodu během pohlavního styku a tento strach je brzdí v sexuálních aktivitách. Zároveň se subjektivním pocitem snížené atraktivity a možným strachem o sexuální spokojenost partnera se stává sexuální život těhotné ženy poněkud komplikovaným. Sexualita v období gravidity je téma stále dosti tabuizované, domníváme se, že větší osvěta v této

oblasti by mohla pozitivně ovlivnit schopnost žen řešit problémy, se sexualitou související (Růžičková, 2005).

## **1.4. Očekávání spojená s mateřstvím (rodičovstvím)**

### **1.4.1. Očekávání**

V chování člověka se uplatňuje tzv. očekávání, nazývané také termíny anticipace či expektance. Jedná se o důležitý motivační konstrukt. Lze na něj nahlížet dle Vrooma ve smyslu reflexe důsledků jednání a to dvěma způsoby. Jednak jako **anticipaci výsledků jednání jako pravděpodobnost dosažení cíle**, a nebo jako **anticipaci důsledků jednání ve smyslu zisků a ztrát** (Vroom in: Nakonečný, 1996, str. 24). V naší práci vycházíme z druhého pojetí anticipace. Tato problematika je dále detailně rozpracována v teoriích expektance

Pro potřebu naší práce pojem očekávání chápeme jako soubor představ a pocitů, vztahujících se k zásadní změně v životě jedince v budoucnosti. Očekávání mohou být zcela vědomá i neuvědomovaná, která však také jedince a jeho chování ovlivňují. Očekávání vyplývají z předchozí zkušenosti jedince – ať již pozitivní či negativní a opírají se o jeho hodnotovou orientaci. Očekávání je vztaženo k budoucnosti a může také následnou budoucí zkušenost do značné míry formovat. Další nezanedbatelný vliv na obsah očekávání mají osobnostní charakteristiky jako je převládající nálada jedince či např. jeho sebeobraz, sklon k pesimismu, míra kritičnosti, aspirace, odvaha, ale také jeho aktuální zdravotní stav, další životní okolnosti apod.

Očekávání bývají někdy zaměňována za postoje. Postoje jsou podle klasické teorie postojů popisovány jako trojdimenzionální struktury, skládající se z kognitivní, emocionální a konativní složky. Kognitivní složka vyjadřuje stupeň vědomostí o předmětu postoje, část emocionální emoční citové vztahy k předmětu postoje a složka konativní tendenci jednat ve smyslu předmětu postoje. Někteří autoři pojem postoj ztotožňují pouze s afektivní složkou a chápou jej jako „emocionální přitažlivost nebo odpudivost objektu pro danou osobu“ (Fishbein, Ajzen, 1980 in Slaměník, Výrost, 1997, str. 244). Postoje jsou naučené a poměrně stálé, odolné vůči změně. Očekávání mají stejně jako postoje svou emocionální, kognitivní i konativní složku, avšak na rozdíl od postojů nejsou tak zřetelně vymezené, ustálené a trvalé.

Očekávání, jako emocionálně zabarvené představy, se mohou formovat z konkrétního postoje jedince. Jako příklad lze uvést negativní postoj respondentky vůči svému budoucímu mateřství, který v důsledku vyvolá očekávání nepříjemných prožitků, ztráty soukromí, představu dítěte jako brzdy vlastního osobního rozvoje apod. Obsah očekávání může být protichůdný, nesjednocený. Žena se například mateřství velmi obává, myslí si, že nebude osobnostně stačit na výchovu svého dítěte, a zároveň se na dítě těší, chce být obohacena citovým vztahem k dítěti.

Podobně jako postoje, ani očekávání se nemusí projevit přímo v chování a být s ním vždy v souladu, zvláště pokud očekávání není sociálně žádoucí (Barber, 2001, str. 101-127). Očekávání je ovlivněno sociálními tlaky. Tím, co je společností ceněné a co nikoliv, tedy co je v dané společnosti normou pro danou sociální roli a také z toho vyplývající subjektivní normou konkrétní osoby.

Na očekávání můžeme také pohlížet z jiného hlediska. A to očekávání ve smyslu nároků a aspirací. Jaké očekávání má žena sama od sebe ve spojitosti se svým budoucím mateřstvím. Jak se domnívá, že ob stojí v mateřské roli. Pokud jsou její očekávání a nároky na sebe kladené příliš vysoké, je možné, že takto perfekcionistická žena v této roli bude selhávat.

#### **1.4.2. Já jako matka**

Během těhotenství žena postupně uvyká na změnu sociální role a společně s ní i její sociální okolí. Sociální role je soubor očekávání, která jsou na jedince kladena ve vztahu k sociální situaci a charakteristikám jedince. Subjektivní vnímání role matky je individuální, pro každou ženu může znamenat něco jiného. Důležitá je vlastní zkušenost z dětství, s vlastní matkou, s rodiči, s rodinnou atmosférou, postoji vůči rodičovství a mateřství v původní rodině ženy. Ženy, které prožily šťastné dětství, mají obvykle tendenci se k vlastnímu mateřství stavět pozitivně a dovedou se dobře s mateřskou rolí snadněji sžít.

Očekávání žen může provázet obava z toho, jak se vypořádají s náročností mateřské role. Představují si, jak skloubí péči o dítě s organizací domácnosti, jak rozdělí čas pro sebe a pro rodinu. Jak napovídá výzkum postojů mladých lidí k rodičovství a k dětem, leckdy se mohou vynořit obavy z toho, že mateřství pro ženu (ale i pro muže) znamená příliš velké omezení osobní svobody (Hamplová, 2000, str. 80). Péče o malé

dítě skutečně klade velké nároky na ženu a limituje velmi její životní styl. Strach ze ztráty osobní svobody může být hlavním důvodem pro odkládání mateřství.

Respondentky si kladou otázku, jak budou své dítě vychovávat. Jak se shodnou ve výchovném přístupu se svým partnerem. Mohou si uvědomit jako tíživý aspekt velkou zodpovědnost, kterou rodičovství obnáší. Některé ženy se domnívají, že by z nejrůznějších důvodů nebyly dobrými matkami.

V rámci očekávání od mateřství se můžeme setkat s obavami budoucích matek, že zůstanou na péči o dítě a na výchovu dítěte samy. Buď fakticky v situaci, kdy by se s partnerem rozešly nebo ovdověly, nebo za předpokladu, že by otec, přestože fyzicky přítomen, neposkytoval matce dostatečnou oporu a na péči a výchově dětí se nepodílel.

Také v pracovní oblasti se žena musí rozhodovat, zda a kdy nastoupí opět do práce, jestli se na mateřské dovolené bude střídat s otcem dítěte, nebo podle tradičního modelu, ji stráví s dítětem doma ona. Také se může obávat, zda s ní zaměstnavatel bude do budoucna počítat, jestli si udrží úroveň znalostí a přehled (pokud to její obor vyžaduje) a zda dostojí pracovním požadavkům. Někdy se žena snaží spojit mateřskou roli s rolí pracovní už od nejútlejšího věku dítěte, což také přináší zvýšenou emocionální zátěž a rodina je nucena celou situaci zvládnout také organizačně.

### **1.4.3. Porod**

Vzhledem k tomu, jak vypjaté emoce narození dítěte provázejí, odnepaměti kolem těhotenství, porodu a šestinedělí vznikají nejrůznější mýty, předávané v rodině. Každá těhotná žena k porodu přichází i se svou minulostí, se všemi příběhy a vyprávěními, které o porodu zaslechla například od vlastní matky. Těhotná žena vychází ze zkušeností dalších žen, jejich zážitků z těhotenství a porodu. Na tomto základě si tvoří vlastní představu o tom, jaký by mohl být její porod, co od něj očekává. Promítá se zde její dosavadní zkušenost s bolestí a jejím překonáváním, s potřebou pomoci a podpory, se schopností čelit překážkám a překonávat je. Při porodní situaci se může projevit to, co žena prožila během zdravotních problémů v minulosti, prodělala-li nějaké choroby a úrazy. Lékařské zákroky a operace. Její dosavadní kontakty se zdravotnickým personálem při gynekologických prohlídkách usměrňují její očekávání průběhu další komunikace s lékaři.

Očekávání, která se váží k porodu, může utvářet směsice obav a strachů, ale zároveň také nadějí i tužeb. Vliv na očekávání má dosavadní průběh těhotenství, zda bylo bez komplikací, nebo se vyskytly potíže. Významnou roli hrají objektivní skutečnosti, které mohou mít za následek obtížný porod jako je otočený plod, riziko omotání pupeční šňůry kolem krku dítěte při prostupu porodními cestami, nadměrná velikost plodu vzhledem k velikosti pánve ženy, které mohou objevit lékařská vyšetření. Také onemocnění ženy nebo zvýšená pravděpodobnost poškození plodu může obavy a strach ženy násobit.

Téměř každá žena doufá, že vše proběhne v pořádku a porodí zdravé dítě. Některé ženy ze strachu z přílišné bolesti plánují již dopředu porod s epidurální anestézií, protože očekávají, že by intenzivní bolest nezvládly. Epidurální anestezie může bohužel vést k určitým poporodním komplikacím jako je obtížnější navázání kontaktu s dítětem po porodu a potíže při kojení (Klaus, Kennell, Klaus, 2004).

Žena také může být zvědavá, jak porod zvládne a v této životní „zkoušce“ obstojí. Těšit se na své dítě, cítit nedočkavost, až jej bude mít ve své náruči. Nepohodlí, které provází poslední měsíce těhotenství leckdy zapříčiňují, že žena už chce mít vše rychle za sebou a pocítit úlevu.

#### **1.4.4. Pohlaví dítěte**

Těhotná žena má možnost nechat si lékařem sdělit pravděpodobné pohlaví dítěte podle ultrazvukového snímku. Takže leckdy již během těhotenství komunikuje s nenarozeným plodem podle jeho budoucího pohlaví. Pro mnoho párů, které čekají příchod dítěte, je pohlaví dítěte důležité a jedno preferují. Traduje se, že pro muže je především zplození syna „ověřením“ reprodukčních schopností a kvalit, na rozdíl od narození dčete. V současné době jsou ultrazvukové zobrazovací metody natolik kvalitní, že se rodiče mnohdy ze snímku pohlaví dozvědí, aniž by o něm toužili vědět již během těhotenství.

Zajímavá data, týkající se této otázky, nabízí longitudální výzkum nechtěných dětí, kdy matky a otcové odpovídali na otázku, zda se jim narozením dítěte splnilo přání, pokud jde o pohlaví dítěte (Matějček, Dytrych, Schüller, 1976). Ukázalo se, že rodiče očekávají většinou dítě svého pohlaví. Matkám se splnilo přání narozením dcery v 65% a otcům narozením syna v 75% případů.

### **1.4.5. Počet dětí**

O plánech, představách a očekáváních žen ve vztahu k počtu dětí, které si přejí mít, nám mohou napovědět více sociologické výzkumy. Rozhodování o počtu dětí u žen je komplikovaným procesem, kdy plány ve velké míře odrážejí aktuální situaci ženy a celé rodiny, a mohou se v průběhu života měnit.

V současné době porodí žena za život v průměru jedno až dvě děti. Tento trend není novinkou, ustálil se v poválečných letech a trvá dodnes. Ve výzkumu, který jsme v této práci již výše zmiňovali, D. Hamplová zjišťovala, jaký vliv má vzdělání rodičů na narození třetího dítěte (Hamplová, 2003). Ukázalo se, že čím má žena vyšší vzdělání, tím šance, že se jí narodí třetí dítě klesá. Může to souviset např. s tím, že tyto ženy si přejí zajistit dítěti péči, věnovat se mu plně, vzdělávat jej a to při větším počtu dětí není snadné.

Vliv na počet dětí, které si žena přeje, (tedy ideální počet, který reálnou životní situací a okolnostmi může být ještě modifikován), kromě síly jejího mateřského pudu, má vlastní zkušenost z dětství a dospívání, tedy zda jedinec vyrůstal se sourozenci a s kolika. Dále pak je podstatná také: „...velikost rodin vrstevníků a přátel, postoje a názory rodičů a jiných blízkých osob k vícedětným rodinám či naopak k osobám bezdětným“ (Vymětalová, 2000, str. 89). Nelze opominout ani širší společenský pohled na rodinu, děti, na velikost rodiny, která je v daných podmínkách obvyklá.

## **1.5. Porod**

### **1.5.1. Porodní situace**

Porod je koncem období těhotenství a okamžikem zrození dítěte. Při porodu matka i dítě podávají velký fyzický výkon a také období těsně po porodu je velmi zatěžující po fyzické i psychické stránce a je otázkou času, kdy se nejen matka ale celá rodina na novou situaci adaptuje. Porod začíná otevírací fází, kterou provází pravidelné stahy dělohy, odtéká plodová voda, která chránila dítě a děložní hrdlo se začíná rozevírat. Jako vypuzovací fáze porodu je označeno samotné vypuzení plodu z dělohy a porodní fáze nastává zhruba půl hodiny po narození dítěte, kdy z dělohy vychází

plodové obaly a placenta. Následné období šesti týdnů po porodu se nazývá šestinedělí neboli puerperium.

Mnozí psychologové, kteří se tímto tématem zabývali, se domnívají, že je nutno omezit čistě medicínský pohled na porod, který ulehčuje práci porodníkům, spíše než by pomáhal matce a dítěti, ve prospěch akcentování psychologických aspektů porodní situace (Odent, 1995, Leboyer, 1995, Klaus, Kennell, 2004). V současné době se snaží lékaři-porodníci vyjít při porodu vstříc potřebám matky a především potřebám novorozence.

Porod bývá někdy psychology označován jako první krize, konflikt mezi matkou a dítětem (Trapková, Chvála, 2004, str. 109). Porod je zátěží nejen pro budoucí matku, jak již bylo řečeno, ale také pro dítě. Je důležité tuto zátěž pokud možno dále nezvyšovat a pokusit se novorozencům přechod z intrauterinního světa co nejvíce ulehčit. Prostředí porodního sálu by se s respektováním tohoto cíle mělo blížit domácímu prostředí, světlo by mělo být tlumené, stejně tak i zvuky. V ideálním případě je dítě ihned po narození přiloženo s dotepávajícím pupečnickem na tělo matky a začíná instinktivně sát mateřské mléko. Místnost je teplá, aby novorozené dítě, které ještě nemá plně vyvinutou vlastní termoregulaci, neprochladlo. Tímto způsobem je zároveň snáze započato navázání vztahu mezi novorozeným dítětem a matkou. V takovém prostředí by měl probíhat přirozený porod.

Jedním z prvních, kdo poukázal na důležitost prožívání matky byl v roce 1944 G. Dick – Read. Také francouzský porodník L. Lamaz ovlivňoval prožívání ženy formou psychoprofylaxe (Šulová, 2001). Další francouzský specialista, odborník na přirozené porody M. Odent se zasadil o to, aby ženám nebyla brána možnost porod řídit a být při něm aktivní. Žena si volí spontánně polohu při porodu, přičemž málokdy takto zvolí polohu v leže na zádech, která je v konvenčních porodnicích požadována<sup>3</sup>. Těsně po porodu sama dítě kojí, případně koupe, dítě jí není odebráno. Ve francouzské porodnici, kde M. Odent působil, se zdravotnický personál snažil vytvořit prostředí, které vycházelo maximálně vstříc matce a dítěti. Sám jen porodu přihlížel a jeho průběh nenarušoval. Vycházel z předpokladu, že když je okolní atmosféra příjemná a intimní, matka se tak lépe dostane do stavu plného soustředění na porod a instinktivně dělá to, co je pro ni a pro dítě nejvhodnější. Zdůrazňuje, že porod je fyziologická

---

<sup>3</sup> Zajímavá je v této souvislosti skutečnost, že přírodní národy nejčastěji rodí v dřepu, ve stoje či vkleče s rukama opřeny před sebou. Porod je zde událostí, které se účastní celá vesnice narozdíl od našich zvyklostí, kdy je porod vysoce intimní záležitostí.

záležitost a není třeba dělat obvyklá preventivní opatření jako je použití ultrazvuku pro monitorování plodu, užívání léků na vyvolání stahů dělohy, protržení plodového vaku, užití kleští, epidurální anestézie apod., která ve svých důsledcích vedou spíše k protražovanému či bolestivému porodu (Odent, 1995).

Poněkud jiné stanovisko zastává F. Leboyer. Jeho krédem bylo hlavně ulehčit dítěti příchod na svět, což byla v osmdesátých letech minulého století opravdu revoluční myšlenka. Porod samotný považoval za velké utrpení pro dítě, které se z bezpečí matčiny dělohy dostává úzkým tunelem porodních cest do světa, který je zcela odlišný od všeho, co zná doposud a trpí ztrátou opory a dosavadní jistoty matčina těla. Je třeba mu tedy tento přechod ulehčit a co nejvíce vše přizpůsobit podmínkám, které dítě zažívalo před porodem v matčině těle. Tradiční tehdejší porodnické postupy jako držení dítěte hlavou dolů za nožičky, okamžité přestřížení pupeční šňůry, vážení nahého novorozence na studené kovové váze, měření, mytí dítěte, rychlé necitlivé dotyky rukou v prostředí, kde svítí oslňující světla a je velmi hlučno v porovnání s tím, že zvuky v děloze byly tlumené, shledává naprosto protichůdnými vůči potřebám dítěte. Dítě v takové chvíli dle F. Leboyera pociťuje intenzivní bolest. Světlo ho oslepí, ruch porodního sálu zasahuje citlivé uši, zvyklé na tlumené zvuky, dítě je nuceno okamžitě přejít na plicní ventilaci, jeho pokožka je citlivá, je dezorientované, cítí strach z neznámého a nebezpečného prostoru. F. Leboyer se domníval, že bolest způsobená nepřipraveností organismu novorozence na tak prudký a necitlivý přechod do nového prostředí, se dítěti při medicínsky vedeném porodu jasně zračí v tváři, jak také dokumentoval mnoha fotografiemi. Byl toho názoru, navzdory mínění jiných porodníků, že dítě je při narození plně při smyslech, vidí, slyší a především cítí bolest stejně jako dospělí, ne-li intenzivněji. Také on propagoval ticho u porodu, tlumená, neoslepující světla, nechat dotepat pupečník a tím pomalu uvyknout plíce na svou funkci a zmírňovat šok dítěte. Domníváme se ale, že role porodníka dle F. Leboyera, je mnohem aktivnější než u M. Odenta. Porodník se zde zaobírá hlavně dítětem, matku však částečně opomíjí. O matce se zmiňuje v souvislosti s jejím strachem, který se promítá do porodních bolestí a křečovitých stahů dělohy- matka je ve chvíli porodu zosobněním strachu. Ve vztahu k dítěti je však upozaděna. Porodník je zde odborníkem na práci s dítětem. Sám pokládá ruce na záda novorozence, masíruje ho, koupe. Jde o propracovanou metodu koupání dítěte po porodu v teplé lázni – jeho záměrem je tímto způsobem dítě udržovat v teple, uvolnit jej a zároveň nedráždit pokožku hrubými tkaninami. Lázeň má dítěti poskytnout čas adaptovat se na nové prostředí. Dle M.

Odent, následovníka F. Leboyera, se jedná o činnosti, které může a má provádět sama matka, nebo které se mohou úplně odložit na dobu pozdější, např. právě první koupání dítěte (Leboyer, 1995).

Zatímco příznivci aktivně lékařsky vedeného porodu chápou porod jako rizikovou záležitost, zastánci "přirozeného" porodu zdůrazňují naopak rizika vedlejších efektů lékařských zásahů. Konkrétní podoba vedení porodu na pracovišti je ovlivňována tendencí zaměstnanců k rutinizaci a standardizaci činností. Porodnická praxe v České republice se postupně snaží vyjít vstříc rodičkám a je individualizovanější. Proto je již u nás v mnoha porodnicích možné, aby si matka spontánně zvolila polohu, v jaké bude rodit, porod zcela bez medikace, přítomnost blízké osoby či osob u porodu i v následujících dnech po něm a také fotografování a natáčení průběhu porodu. Provádějí se alternativní porody do vody, na uvolnění jsou matkám k dispozici nafukovací míče, uklidňující hudba, teplá koupel nebo masáž zad.

Poněkud kontroverznější a v České republice prozatím na rozdíl od jiných evropských zemí nepříliš vyhledávané, přesto hojně diskutované, jsou porody doma. Při nich bývají zpravidla zaručeny dobré podmínky pro psychickou pohodu matky, avšak odborníci před nimi varují s ohledem na výskyt nečekaných porodních komplikací. Žena, která se rozhodne volit porod doma musí čelit nezdědka tlaku svého okolí, stejně tak i tlaku ze strany lékařů, aby porodila v porodnici jako většina žen a jak je obvyklé a z tradičního pohledu bezpečnější.

Přístup personálu porodnice k matce rozhodně nelze podceňovat. Může být nejdůležitějším parametrem, podle kterého budoucí matka vybírá porodnici (nebo také důvodem proč se rozhodne rodit doma) a aspektem, který může utvářet celkový dojem, který si žena z porodu odnáší. Psychologové vesměs doporučují volit méně direktivní vedení porodu, aby měla matka situaci pod kontrolou a sama mohla velkou měrou rozhodovat o průběhu a okolnostech porodu.

Prožitek porodu a jeho kvalita má velký vliv na pozdější utváření vztahu matka - dítě, zároveň i vztahu matky s životním partnerem, a vzpomínky na vlastní porod mohou ženu provázet celý život (Lundgren, 2004, str. 368). Proto je důležité se porodem blíže zabývat a udělat maximum pro jeho hladký průběh. V ohnisku odborného zájmu jsou především porodní komplikace, poporodní deprese a poporodní blues apod. V důsledku toho však zůstává poněkud skryto, že pro mnohé ženy je porod pozitivním zážitkem a nikoliv pouze ve smyslu nepřítomnosti depresivních pocitů (Green, Kafetsios, 1997).

To, zda žena prožije obtížný či snadný porod, do značné míry záleží na psychických a sociálních okolnostech matčina života. Zda prožívá šťastné partnerství, zda je její dítě chtěné, zda se jedná o manželské či nemanželské dítě, o první nebo další porod (Hartl, Hartlová, 2000, str. 626).

Z hlediska dobrého „nastartování“ rodičovského chování je rozhodující perinatální situace. Tedy jak záležitosti porodu těsně předcházející, samotný průběh porodu, tak i okolnosti ihned následující po porodu. Pokud je to matce a dítěti umožněno, první přímá interakce se mezi nimi začíná odvíjet prakticky okamžitě po porodu. Matka navazuje s dítětem oční kontakt, přikládá si ho k prsu a něžně na něj hovoří, prohlíží si ho, doslova se s ním vítá, a dítě v následujících chvílích začíná sát první mateřské mléko – tzv. mlezivo (Odent, 1995).

Uvědomujeme si, že v návaznosti na problematiku porodní situace by bylo možno hovořit více o mnoha souvisejících tématech. Jelikož však není prostor věnovat se všem alternativám porodních situací, rozhodli jsme se přiblížit alespoň trend, který se v současnosti prosazuje a jímž je dlouhodobější spolupráce rodičky a takzvané duly. Dula je proškolená laická průvodkyně těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Nutno dodat, že přítomnost ženy – pomocnice, „porodní báby“ u porodu doma byla dříve naprosto běžná a samozřejmá. Z tohoto pohledu můžeme současnou práci dul vidět jako snahu oživit tuto tradici a navázat na ni.

Dula má za úkol matce poskytovat podporu ať již v období před porodem nebo přímo v jeho průběhu, a proto by měla být pozorná a citlivá a zároveň odolná vůči stresu a schopna zvládat tyto náročné situace. Kvalitní spolupráce s doulou začíná optimálně již dvěma či třemi setkáními před porodem, kdy obě strany – dula a rodiče (rodička), spolu uzavírají kontrakt o dalším setkávání.

V některých případech dula zcela supluje přítomnost partnera rodičky u porodu, v jiných je nápomocna celému páru, nebo asistuje při porodu doma. „Některá žena může mít pocit, že by před svým manželem, matkou nebo tchyní měla předvést dobrý výkon a chovat se podle nějakého očekávání. Před doulou se naproti tomu může cítit naprosto uvolněně. Odpadá pocit, že by se jí chtěla zalíbit, nebo se před ní snažila cokoliv předstírat.“ (Klaus, Kennell, Klaus, str. 26). Svým partnerem může být žena podvědomě brzděna jednak ve spontánnosti, stejně tak i celý porod se jeho přítomností může zpomalovat.

Dula zde není přítomna pouze kvůli matce, jak by se mohlo zdát, ale komunikuje s celou budoucí rodinou, s oběma partnery či dalšími zúčastněnými osobami. Dodává

chybějící informace, pomáhá při ventilaci úzkostí a obav z komplikací v průběhu těhotenství a porodu i těžkostí během adaptace po porodu. Během porodu dula rodičku i jejího partnera povzbuzuje, utvrzuje je, že vše probíhá normálně či informuje o vzniklých komplikacích. Vychází vstříc aktuálním potřebám a přáním rodičí ženy. Snižuje nepohodlí rodičky, její bolest a úzkost. Při porodu by měla dula zohledňovat i potřeby otců, kteří by obvykle rádi byli nápomocni, ale často nemají žádnou zkušenost s porodním procesem a nevědí, jakým způsobem se do něj citlivě zapojit. Dula také svým působením může sejmut z blízkých osob rodičky případnou zodpovědnost za průběh a výsledek porodu. Při porodu v nemocničním zařízení nepřebírá dula roli lékaře nebo zdravotní sestry, ale je zde především jako citová podpora a také může rodičům pomáhat komunikovat s nemocničním personálem a podporovat matčina rozhodnutí v nemocnici. Důležité je také to, že dula rozpozná dobu, kdy je třeba odjet z domova po začátku porodu do porodnice. Prvorodičky mají tendenci odjíždět příliš brzo a tím si zkrátí dobu, kterou mohou ještě trávit v klidu a pohodlí domova.

S rodiči diskutuje dula o jejich problémech a během období spolupráce s nimi se vytváří poměrně intimní vztah založený na vzájemné důvěře. Měla by znát jejich představu o porodu a snažit se jim náročné okamžiky co nejvíce ulehčit, případně budoucí rodiče připravit i na to, že porod nemusí probíhat zcela podle jejich představ a hovořit s nimi o tom, co by pro ně taková situace znamenala.

## **1.6. Postnatální období**

### **1.6.1. Raná interakce rodičů s dítětem**

Reakce dospělých osob na novorozené dítě jsou většinou intuitivní. Objevují se spontánně i u těch osob, které nemají předchozí zkušenost s malými dětmi. Rodičovské chování je odezvou na prosociální signály dítěte. Zdá se, že i rodičovským chováním jsou dospělí určitým způsobem nadáni a to nejen ženy, jak je někdy mylně uváděno, ale přirozeně také muži. V posledních letech se objevují častěji výzkumy významu otcovské role v životě dítěte, přestože hlavní pozornost je stále zaměřena na výzkum mateřství. Rádi bychom zde zmínili, že přestože je tato práce zaměřena na ženy a jejich očekávání, jsme přesvědčeni, že role otce je v rodině zcela svébytná a nezastupitelná.

Komunikace s novorozencem a péče o něj klade vysoké nároky na matku či jinou rodičovskou osobu. Ta by měla dítěti věnovat nerozdělenou pozornost, citlivě reagovat na jakékoliv, byť malé změny jeho chování, být přítomna, když dítě vyžaduje kontakt.

Dítě i matka jsou na rozvoj vzájemné komunikace po porodu předpřipraveni. Matky jsou zvýšeně empatické k potřebám novorozence, chovají se z části instinktivně<sup>4</sup>. Dítě je přírodou vybaveno tak, aby o něj bylo dobře pečováno. Disponuje vrozenými reflexy, které se lépe vybavují v kontaktu s člověkem v porovnání s neživým předmětem (Šulová, 2001). Zajímavé jsou poznatky z výzkumu reflexů již u plodů. Pátrací reflex je u sedmitýdenního plodu vybavován při podráždění okolí úst, stimulace ruky vybaví reflex úchopový. Plod starý 32 týdnů reaguje na dotyk, tlak a cítí bolest již celým povrchem těla. Mezi 13.-15. týdnem těhotenství vnímá plod chuť plodové vody a spotřebuje jí více, když jsou do ní přidány cukry a méně, když je tekutina hořká (Davenport, 1986). Kromě vrozených reflexů, které se zakládají již v prenatálním vývoji, má dítě roztomilé rysy, je nemotorné, buclaté. Vzbuzuje zájem dospělých osob a je přitažlivé pro rodiče, čímž si „zajistí“ a udrží péči a uspokojování potřeb.

Za optimálních podmínek vzniká ihned po porodu mezi pečující osobou a dítětem soulad společně zaměřené pozornosti a společně sdílené emoce – synchronie pozornosti a afektu (Brazelton, 1973). Asynchronii může způsobovat nedostatečné naladění matky na dítě, které může být např. důsledkem porodních komplikací a dočasným odloučením matky od dítěte. Při asynchronii může docházet k přetížení dítěte podněty, nebo je naopak podnětů nedostatek, či jsou nepatřičné a neuspokojují dostatečně potřeby dítěte. Také zvýšená dráždivost dítěte může vést k asynchronii. Reakce matky vyvolává pláč dítěte, matka se snaží dítě všemožně uklidnit, reaguje opět asynchronně a stále více upevňuje negativní reakce dítěte. Naučí se, že nezáleží na tom, jak k dítěti přistupuje – reakcí je stále „stejný“ pláč dítěte.

Organismus dítěte čerstvě po porodu je zranitelný, dítě je zcela závislé na péči matky či jiné osoby. Dítě zažívá libé a nelibé pocity. Ostatní lidé mu pomáhají překonávat nepříjemné pocity (hlad, bolest, nepohodlí, atd.), díky nim se učí adekvátně reagovat na nejrůznější stimuly, těmto signálům rozumět a tím rozvíjet stále složitější komunikaci s okolím. Je žádoucí, aby příjemné pocity převážily nad nepříjemnými a dítě tak získalo pocit jistoty, bezpečí, důvěru v okolí, že je chráněno, důvěru v to že od

---

<sup>4</sup> Tomuto tématu se věnujeme více v kapitole 1.2.1.

matky přichází pomoc, láska a něha. V takovém případě je komunikace synchronní a utváří se silná pozitivní vazba mezi matkou a dítětem.

Kvalitu rané interakce matky s dítětem zásadním způsobem ovlivňuje její vztah k partnerovi. Roli zde hraje kvalita soužití partnerů, vzájemná podpora, schopnost vyjít druhému vstříc, znalost partnera, jeho hodnot a postojů, schopnost řešení konfliktů, schopnost se pro druhého obětovat. „Je-li vztah partnerů stabilní, láskyplný, je to jednoznačně patrné v konkrétních interakcích s dítětem a naopak. Je-li matka oslabena nejistotou o stabilitě partnerské vazby, její kontakt s dítětem to odráží“ (Šulová, 2004, str.182).

### **1.6.2. Socioemocionální vývoj dítěte**

Zde se budeme zabývat podrobněji socioemocionálním vývojem dítěte, který nám může pomoci blíže porozumět povaze mateřského či obecně rodičovského chování a silné vztahové vazbě, která se mezi rodičem a dítětem vytváří.

Odborný zájem o toto téma se koncentroval především v období světových válek, kdy se ocitlo mnoho dětí – sirotků v ústavní péči či jinak vyrůstalo bez rodičů. Sledoval se zejména deprivací vliv těchto okolností na vývoj dítěte. V dalším období se do popředí dostaly rané interakce dítěte se sociálním okolím, tedy hlavně vazba mezi ním a matkou (rodiči).

R. A. Spitz se zabýval ranou interakcí s důrazem na negativní důsledky chybějícího raného vztahu dítěte s matkou. Depresi, která u dítěte nastupuje po třech měsících absence matky, nazýval anaklitickou depresí, tj. deprese ze ztráty opory (Spitz, in: Šulová, 2004).

M. Mahlerová rozdělila socioemocionální vývoj dítěte do několika vývojových období: na fázi normálního autismu, normální symbiózy a na období separace a individuace. Normální autismus nastupuje po narození dítěte, spočívá především v uspokojování potřeb dítěte a snižování tenzí, které pociťuje. Převládá spánek dítěte, který v tomto období zabírá až dvacet hodin denně. V období normální symbiózy dítě začíná s matkou více komunikovat. Dohromady představují uzavřený symbiotický systém, oddělený od okolí. Pokud je dítě v tomto směru deprivováno a není mu dáno prožít tuto symbiózu s matkou, považuje to M. Mahlerová za možnou příčinu psychóz a autismu. V období takzvané separace dítě rozpoznává postupně hranice mezi

symbiotickým svazkem s matkou a okolím a ještě později i mezi sebou a matkou. V procesu individuace rozvíjí dítě svou autonomii, zdravé sebeprosazování a tendenci k samostatnému jednání a také rozhodování (Mitchell, Blacková, 1999).

J. Bowlby zavádí do problematiky socioemocionálního vývoje dítěte pojem attachment a definuje jej jako trvalé emoční pouto, vazbu s určitou osobou, kterou má dítě tendenci vyhledávat zejména v podmínkách stresu (Bowlby, 1997, str. 371-374). Například D. Howe definuje attachment jako jakékoliv chování, které děti používají, aby se dostaly pod ochranu blízké osoby, tedy v situacích, kdy zažívají úzkost (Howe, 1999). Pojem attachment se do češtiny běžně překládá jako vazba, pouto, připoutání, nebo také přilnutí.

Problematikou prvních objektních vztahů se zabývala společně s J. Bowlbym longitudinálně M. Ainsworthová (Ainsworthová, 1978, 1989, in: Langmeier, Krejčířová 1998, str. 66). Ze svého výzkumu učinili závěry o kvalitě připoutání, vazby (attachmentu) dítěte k matce. Rozlišili tak děti s jistou vazbou k matce, děti s vazbou nejistou - vyhýbavou a nejistou – vzdorující (rezistentní). Případy jisté vazby byly typické senzitivitou matky, citlivě reagující na signály dítěte. Matka byla skutečně přítomna a schopna dítě ochránit, přičemž mu nebránila v prozkoumávání a poznávání světa. Děti s nejistou vyhýbavou vazbou, jejichž matky byly málo citlivé, s tendencí odmítat tělesný kontakt a s nedostatkem výrazů emocí, ztrácí důvěru v pomoc rodičů a přijímají odmítnutí jako normu. Do poslední skupiny patřily děti vykazující nejistou rezistentní vazbu. Takové děti se drží v blízkosti matky, jsou značně nejisté a úzkostné, obávají se ztráty rodiče, separace od nich. Tato vazba vzniká při nepřítomnosti matky. Ať již fyzické nebo pouze při neadekvátním reagování matky (které může způsobovat například opilost, deprese nebo přepracovanost) (Šulová, 2004, str. 83-87).

Maccoby uvádí čtyři složky attachmentu: hledání blízkého vztahu k nejbližší ošetřující osobě, projevovaný zármutek při nepřítomnosti této osoby, radost z opětovného shledání a obecné rozvíjení vztahu k této osobě (Maccoby, 1980, in Flanagan, 1999).

Teorie attachmentu vychází z předpokladu, že zkušenost s pečující osobou se v průběhu života zvnitřňuje a stává se základnou pro modely chování, které se uplatňují ve vztazích s druhými lidmi. Tyto modely zahrnují přesvědčení o sobě a druhých stejně tak jako pravidla, kterými se řídíme v situacích, kde se uplatňuje attachment. Řídí myšlení, emoce a chování v blízkých vztazích a vytváří náš sebeobraz.

Pro naši práci je zajímavý příspěvek M. Mikulincera a V. Floriana, v němž se tyto autoři věnovali problematice attachmentu a jeho vlivu na prožívání ženy v období těhotenství (Mikulincer, Florian, 1999, str. 255-276). Ve své studii dospěli k tomu, že ženy s jistou vazbou měly pozitivní vztah k nenarozenému plodu. Tento vztah vznikl již v prvním trimestru a přetrvával během celého těhotenství. Tyto ženy zažívaly málo distresu ve prospěch životní pohody a dobře zvládaly nejrůznější problémy spojené s těhotenstvím. Zdá se tedy, že jistá vazba, kterou žena zažívala ve vlastním dětství vůči pečující osobě, velkou měrou ovlivňuje její vlastní rodičovství a emoční reakce vůči dítěti, které ovlivňují jeho vývoj. Na rozdíl od žen s jistou vazbou, ženy s vazbou nejistou (vyhýbavou i vzdorující) rozvíjely tyto slabé vazby k dítěti a trpěly velkou mírou distresu už během těhotenství.

### **1.6.3. Možné komplikace po porodu (poporodní deprese, úzkost a strach)**

Těhotenství, porod a šestinedělí (puerperium) je pro ženu stresujícím obdobím, děje se při něm mnoho zásadních změn, a to jednak tělesných, duševních a také změn sociálních – změn v rodinném systému. Matku čekají nové úkoly vyplývající z péče o dítě a toto období je náročné na adaptaci, zejména pečuje-li žena o své první dítě. Během šesti až osmi týdnů šestinedělí dochází k celkové normalizaci fyziologických funkcí matky. Výše jsme již hovořili o vlivu průběhu porodu a těhotenství na vývoj dítěte, a není příliš překvapivé, že právě v této době se mohou objevit různé psychické potíže také u matek.

Může se jednat o poporodní blues jako lehčí formu depresivní nálady až hlubší poporodní depresi, která také vzniká do šesti týdnů po porodu. Souhrnně lze říci, že se jedná o poruchy nálady, tedy stavy smutku, nedostatečnosti a neschopnosti postarat se o dítě, zmatku, odmítání dítěte jako něco cizího, neschopnost spontánní lásky k němu. Matka mívá pocity, že mateřství nezvládne, že selhává a z toho plynoucí výčitky svědomí. Tyto stavy jsou nově zahrnuty dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) do tzv. Poruchy duševní v šestinedělí. U matek v šestinedělí se může vyskytnout také poporodní psychóza, která stejně tak jako těžší formy deprese, vyžaduje odbornou léčbu (Nicolson, 2001).

Zajímavé je, že tyto komplikace se objevují i u žen, které se na dítě těšily, těhotenství plánovaly a připravovaly se aktivně na příchod dítěte, avšak kladly na sebe příliš vysoké nároky. Příčinu můžeme hledat mimo jiné v tom, že média nás v současné době informují o důležitosti prvních let (a zvláště prvního roku) života dítěte pro jeho další zdravý vývoj. Nejen, že jsou na matky kladeny vysoké nároky, ale se vzrůstající informovaností žen, ony samy od sebe očekávají bezchybné přijetí a vykonávání mateřské role. Může k tomu nemalou měrou přispívat i nevšímavý a neochotný přístup zdravotního personálu v porodnici, ale i porod sám, pokud je veden příliš direktivně a spíše pro usnadnění lékařské rutiny, než vyhovění potřebám matky a dítěte.

Bylo zjištěno, že ženy s optimistickým pohledem na svět onemocněly poporodní depresí signifikantně méně často než ženy pesimistky (Baštecká, Goldmann, 2001, str.291). Ukazuje se tedy, že očekávání ženy jsou důležitá při její adaptaci na mateřství.

Kromě poporodní deprese byla odborníky popsána posttraumatická stresová porucha po traumatickém porodu, úzkost a strachy nejrůznějšího obsahu. Často se objevuje strach ze syndromu náhlého úmrtí novorozence, strach že okolí bude kritizovat způsob, jakým matka pečuje o své dítě až po strach z jeho odejmutí, strach ze ztráty podpory od okolí a zejména partnera, strach o vlastní zdraví (Brockington, 2006, str. 253-257).

## 2. Empirická část

### 2.1. Cíl diplomové práce a stanovení hypotéz

Za poslední období došlo v České republice k podstatnému nárůstu porodů, což je jev jistě pozitivní, demografy někdy označovaný až za „baby boom“. Téma mateřství je však velmi zajímavé nejen z demografického pohledu, ale především psychologicky. A z dlouhodobého měřítka nadprůměrný počet porodů mu tímto navíc dodává na aktuálnosti.

V empirické části práce si klademe za cíl zjistit očekávání a pocity mladých žen týkající se porodu a jejich budoucího mateřství. Dále se snažíme odhalit, zda existují v těchto očekáváním rozdíly na základě různých charakteristik respondentek a podrobně je popsat.

Blíže se zaměříme na to, jak ženy pohlíží na mateřství jako období života ženy; na prožívání těhotných žen, na jejich pocity. Dotkneme se otázek porodu a emocí s ním spojených, výchovy dítěte, plánování rodičovství, partnerského vztahu a jeho role v očekávání žen od mateřství.

K objasnění cílů diplomové práce jsme si stanovili následující výzkumné hypotézy:

#### **Hypotéza 1:**

Existují rozdíly v prožívání očekávaného mateřství mezi ženami v mladší věkové kategorii a ženami staršími 30 let.

#### **Hypotéza 2:**

Existují rozdíly v prožívání očekávaného mateřství mezi ženami, které těhotenství plánovaly a těmi, které otěhotněly neplánovaně.

## **2.2. Použité metody a technika sběru dat**

### **2.2.1. Dotazník**

V rámci empirické části této práce jsme se zaměřili na vytvoření standardizovaného dotazníku, který by jednoduchou formou zjišťoval očekávání mladých žen od mateřství. Toto téma je však velmi široké, proto jsme dali přednost nejprve **dotazníku orientačnímu** v rámci předvýzkumu, jehož výsledky daly vznik dotazníku definitivnímu. Naším záměrem bylo získat informace o tom, co je pro mladou ženu aktuální ve vztahu k těhotenství a mateřství. Otázky se zaměřují na pocity spojené s vlastním aktuálním či budoucím těhotenstvím a mateřstvím, dále zkoumáme, jak intenzivně se žena zaobírá myšlenkami na mateřství, jak pohlíží na sebe jako na budoucí matku.

Dotazníkem jsme zpovídali pro zjednodušení i ženy, které nebyly těhotné. V předvýzkumu nebyla rozlišena verze pro těhotné ženy a ženy, které dítě nečekají. Ty pouze některé otázky nechaly nevyplněné. Vyplněný orientační dotazník jsme získali od 28 respondentek, z toho 9 žen bylo v té době těhotných. Průměrný věk žen z celého vzorku je 25.5 roku. Stručné charakteristiky tohoto výběrového souboru naleznete v tabulkách v příloze.

Z výsledků předvýzkumného šetření jsme zjistili, že některé otázky mezi odpověďmi nedostatečně rozlišují, další byly špatně formulovány a respondentky jim plně nerozumí, nebo se jeví jako nadbytečné. Proto nová verze vznikla s drobnými úpravami.

Z dat získaných předvýzkumným dotazníkem vyplynulo, že pro respondentky je typické, že zažívají ambivalentní pocity ohledně vlastního mateřství a pohled do blízké budoucnosti není čistě pozitivní. Ženy často zmiňovaly kromě pocitů radosti a pohody také současné prožívání obav a strachu, proto byly doplněny varianty odpovědí o položky „smíšené pocity radosti a obav“ apod. Vzhledem k tomu jsme se rozhodli v dotazníku obecně více akcentovat pocity budoucích rodiček, které očekávání od mateřství provází, abychom se o nich dozvěděli více.

Nový dotazník je tvořen částečně otázkami z původního dotazníku s eliminací chyb, které se projeví ve zkušebním zadávání a otázkami novými, zaměřenými cíleně na toto téma.

Naším záměrem bylo, aby při vyplňování dotazníku respondentky neodrazovala jeho přílišná délka. Dotazník, zkoumající očekávání žen s akcentem pocitů je oproti předvýzkumné verzi významně kratší a naleznete ho v přílohách.

## **2.2.2. Technika sběru dat**

Pro výzkum byl použit standardizovaný dotazník. Většinu tvořily uzavřené nebo polouzavřené otázky s možností jedné či více odpovědí, jež byly zpracovány kvantitativními metodami analýzy. Tři otevřené otázky byly zpracovávány zvlášť.

Respondentky byly osloveny přímo či prostřednictvím emailu. Tato forma byla zvolena s ohledem na možnost získat co možná největší počet potenciálních respondentek i s ohledem na výhodu zachování důvěrnosti při sběru dat. Nicméně vzhledem k formě sběru dotazníků lze stěží zhodnotit jejich návratnost. Sběr dat byl prováděn v průběhu února až června 2007, jedná se tedy o dlouhé období, shromažďování dat bylo dosti obtížné.

## **2.2.1. Zpracování získaných výsledků**

Pomocí statistického softwaru SPSS jsme vytvořili tabulky četností a kontingenční tabulky. Další statistické metody nebyly použity vzhledem k malému vzorku respondentů. Pro potřeby našeho výzkumu jsme zvolili použití kontingenčních tabulek, které jsou dostatečně přehledné a usnadňují následnou interpretaci získaných dat.

## **2.3. Získané výsledky a jejich interpretace**

Zde uvádíme výsledky našeho výzkumného šetření. Nejprve budeme charakterizovat výběrový soubor z několika základních hledisek. Dále se budeme věnovat ověření stanovených hypotéz a v poslední části kapitoly naleznete další zjištění, která přímo nesouvisí s našimi hypotézami, ale považujeme je za psychologicky zajímavá.

### **2.3.1. Základní charakteristiky výběrového souboru**

V této kapitole se pokusíme charakterizovat z několika hlavních hledisek náš výzkumný soubor osob. Základní populací pro náš výzkum jsou ženy v České republice, očekávající narození prvního dítěte, včetně těch, které již předtím těhotné byly, ale plod z nejrůznějších příčin nedonosily. Na rozdíl od předvýzkumu jsme tentokrát dotazník zadávaly pouze těhotným ženám.

Vzhledem k intimitě tématu a omezené velikosti základního souboru, byla velikost výběrového vzorku stanovena na 60 respondentek. Původně byl standardizovaný dotazník zamýšlen pro ženy v druhé polovině těhotenství a více, ale získání dat se ukázalo natolik obtížné vzhledem k povaze tématu a nedostupnosti těhotných žen, ochotných spolupracovat na výzkumu, že jsme se rozhodli takto výběr dále raději neomezovat. Ztížená dostupnost vzorku byla určující i pro rozhodnutí nevytvářet v rámci výběrového vzorku další kvóty (například podle věku či vzdělání). Velikost vzorku rovněž podmiňuje výstupy z analýzy kvantitativních dat, kde jsou uváděny pouze četnosti, nikoli relativní četnosti.

## Věk

Věk žen se pohybuje v rozmezí od 22 let do 37 let. Medián je 28 let a zároveň také nejčastější hodnotou. Věkový průměr činí 28,5 roku. Tedy věkový průměr skupiny prvorodiček je o trochu vyšší než je věkový průměr žen prvorodiček v celé populaci, který je podle údajů ČSÚ za první čtvrtletí roku 2007 27 let<sup>5</sup>. Graf 1 ukazuje rozložení respondentek podle věku. V tabulce 1 jsou ženy rozděleny do čtyř věkových kategorií pro větší názornost.



**Tabulka 1, Četnost respondentek podle věkových skupin, VOM, červen 2007, N=60**

Věkové skupiny	Četnost
do 25 let	9
26-30 let	30
31-35 let	19
nad 35 let	2
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

<sup>5</sup> Pohyb obyvatelstva [online]. 2007 [cit. 2007-05-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/kalendar/2004-oby>>.

## Vzdělání

V našem souboru jsou ženy středoškolačky a vysokoškolačky. Ženy, které vystudovaly vyšší odbornou školu, jsou zahrnuty pod vysokoškolačky. Jedna žena své vzdělání nevedla.

<b>Věkové skupiny</b>	<b>Četnost</b>
Vysokoškolačky	30
Středoškolačky	29
Chybějící	1
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

## Dosavadní průběh těhotenství

Ženy byly dotazovány, zda se vyskytly nějaké komplikace během těhotenství, které mohou ovlivňovat psychický stav matky, její připravenost na mateřství, vztahy v rodině, a tím formovat očekávání od mateřství.

Celá jedna třetina respondentek se potýkala s komplikacemi, od lehčích až po poměrně těžké, ohrožující zdraví ženy i plodu. Jednalo se nejčastěji o podezření na postižení plodu Downovým syndromem či jiným vážným onemocněním, omezujícím podstatně plnohodnotný budoucí život, časté bylo také krvácení v těhotenství, zhoršení chronických chorob matky, těhotenská cukrovka, v jednom případě šlo o redukci vícečetného těhotenství, obvyklé bylo tvrdnutí břicha, otoky. Některé ženy podstoupily během gravidity hospitalizaci pro riziko předčasného porodu, jiné byly opakovaně lékařsky vyšetřovány, musely učinit závažná rozhodnutí o pokračování či přerušení těhotenství. Tak často se vyskytující komplikace, během těhotenství žen v našem vzorku, pro nás byly překvapující.

<b>Tabulka 3, Průběh těhotenství, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Průběh těhotenství</b>	<b>Četnost</b>
Bez komplikací	40
S komplikacemi	20
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

## Rodinný stav

Jak ukazuje následující tabulka, počet svobodných matek v našem vzorku je poměrně vysoký - jedna třetina, a kopíruje současný trend, kdy pro mladé lidi uzavření manželství nebývá nutnou podmínkou pro plánování rodičovství.

<b>Tabulka 4, Rodinný stav, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Stav</b>	<b>Četnost</b>
Svobodná	20
Vdaná	39
Rozvedená	1
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

U svobodných a rozvedených žen (celkem 21 žen) jsme sledovali, zda žijí s trvalým partnerem nebo samy.

<b>Tabulka 5, Partnerství, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Žijí</b>	<b>Četnost</b>
S partnerem	18
Sama	3
<b>Celkem</b>	<b>21</b>

## Interrupce

Jedna desetina našeho vzorku zkoumaných osob podstoupila v minulosti umělé přerušení těhotenství - interrupci.

<b>Tabulka 6, Interrupce, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Interrupce</b>	<b>Četnost</b>
Ano	6
Ne	54
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

## Samovolný potrat

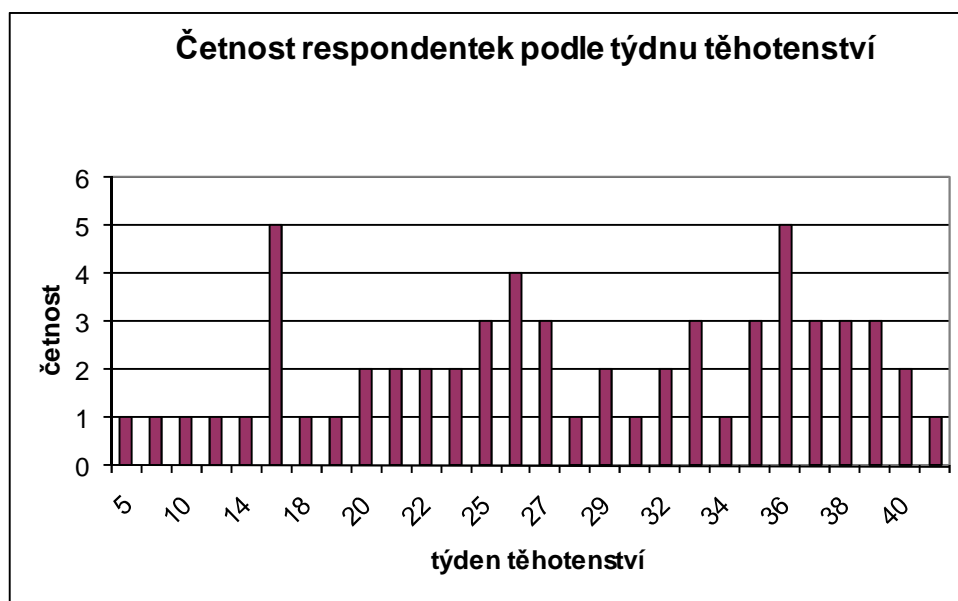
S tématem interrupce souvisí téma samovolných potratů, kterými myslíme předčasné ukončení těhotenství bez umělého lékařského zásahu. Samovolný potrat byl u našeho výběrového souboru frekventovanější než umělé přerušení těhotenství (interrupce).

<b>Tabulka 7, Samovolný potrat, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Samovolný potrat</b>	<b>Četnost</b>
Ano	9
Ne	51
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

## Týden těhotenství

Střední hodnotou byl 27,8 týden těhotenství. Žena s nejranějším těhotenstvím byla v 5. týdnu těhotenství, naopak nejpokročilejší byl 41. týden těhotenství. Tabulku, doplňující níže uvedený graf, naleznete v příloze č.7.

Graf 1, Četnost respondentek podle týdnu těhotenství, VOM, červen 2007, N=60



## Vícečetné těhotenství

Vícečetné těhotenství se v našem malém vzorku vyskytlo jednou. Jako vícečetné nepočítáme těhotenství respondentky, které byla provedena během těhotenství tzv. redukce dvou plodů na jeden.

Vícečetné těhotenství	Četnost
Ano	1
Ne	59
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

## Asistovaná reprodukce

Dále nás zajímalo, zda některé z žen otěhotněly pomocí metod asistované reprodukce, jelikož taková žena musí prokázat vysokou míru motivovanosti k mateřství, ale v našem souboru se taková nevyskytla ani jednou. Bohužel nelze uvést pro srovnání přesné statistiky počtu dětí narozených pomocí těchto metod, protože jednotlivá centra asistované reprodukce, která tyto služby poskytují, si vedou samostatné statistiky, aniž by existovala statistika souhrnná. Uvedeme tedy pouze přibližný údaj – v České republice je počato tímto způsobem zhruba dva tisíce dětí ročně<sup>6</sup>.

<b>Tabulka 9, Asistovaná reprodukce, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Asistovaná reprodukce</b>	<b>Četnost</b>
Ano	0
Ne	60
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

---

<sup>6</sup> *Neploinnost.cz* [online]. 2007 [cit. 2007-06-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.neploinnost.cz/web/verejnost/napsalose/?article=197>>.

### 2.3.2. Ověření výzkumné hypotézy 1

**Hypotéza 1:** Domníváme se, že existují rozdíly v prožívání očekávaného mateřství mezi ženami ve věkové kategorii do 30 let a ženami staršími 30 let.

Věkové skupiny	Četnost
Věk do 29 let	35
Věk 30 a více let	25
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

V našem vzorku jsou ženy podle věku rozděleny do dvou skupin, zajímalo nás, zda se u těchto žen vyskytují nějaké odlišnosti, které by svědčily pro rozdílná očekávání mladších a starších žen.

Podle tabulky č.11 se ukazuje, že ženy mladší i starší 30 let očekávají narození svého dítěte s radostí, na své dítě se těší. V tomto parametru nejsou výraznější rozdíly patrné.

		Věk ženy		Celkem
		do 29 let	nad 30 let	
Na narození dítěte	se těším	29	22	51
	mám smíšené pocity	5	2	7
Celkem <sup>7</sup>		34	24	58

<sup>7</sup> Ve všech kontingenčních tabulkách vycházíme z celkového počtu **platných odpovědí**. Chybějící odpovědi nejsou zahrnuty.

Stejně tak, co se týká radostných a smíšených pocitů, které ženy očekávají po narození dítěte, neshledaly jsme větší odlišnosti u obou skupin, jak dokládá kontingenční tabulka č. 12.

Tabulka 12, Představa po porodu x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60		Věk ženy		Celkem
		do 29 let	nad 30 let	
Při představě, co mě čeká po porodu, cítím převážně	Radost a pohodu	10	5	15
	Neutrální pocity	1	1	2
	Obavy a strach		1	1
	Smíšené pocity radosti i obav	24	18	42
Celkem		35	25	60

Ženám byla položena otázka, zjišťující jejich vztah k mateřství (tabulka č.13). Ženy starší 30 let se liší od mladší věkové skupiny v položce „myšlenka, že budu matkou **se mi celkem zamlouvá**“, která byla početněji zastoupena. U mladších žen většina žen odpovídala, že je myšlenka, že budou matkami, naplňuje radostí, nebo jinou odpověď. Zde je možné uvažovat nad poněkud vlažnějším přístupem starších žen k mateřství na rozdíl od mladších žen, který mohl být jedním z důvodů jeho odkládání.

Tabulka 13, Vztah k mateřství x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60		Věk ženy		Celkem
		do 29 let	nad 30 let	
Myšlenka, že budu matkou	Mě naplňuje radostí	22	18	40
	Se mi celkem zamlouvá	7	1	8
	Je pro mě překvapivá, těžko si na ni zvykám	2	1	3
	Jiné	1	5	6
Celkem		32	25	57

V reakcích na zjištění těhotenství a v míře přijetí dítěte nebyl u našich dvou věkových skupin žen zjištěn podstatný rozdíl; viz. tabulku č.14 a č.15. Rozporuplné pocity, které se mohou objevit při zjištění těhotenství, považujeme za přirozenou reakci na velkou životní změnu, která ženu v budoucnu čeká. V celém souboru žen se objevila jedna respondentka, která své dítě považuje za nechtěné a dvě ženy, jejichž partner dítě odmítá, zatímco ony ho chtějí.

<b>Tabulka 14, Reakce na zjištění těhotenství, VOM, červen 2007, N=60</b>		Věk ženy		Celkem
		do 29 let	nad 30 let	
Má reakce na zjištěné těhotenství byla	Pozitivní	30	21	51
	Rozporuplná	4	4	8
Celkem		34	25	59

<b>Tabulka 15, Přijetí dítěte x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60</b>		Věk ženy		Celkem
		do 29 let	nad 30 let	
Dítě, které čekám,	Je chtěné	33	24	57
	Je nechtěné	1		1
	Můj partner ho nechce, já ano	1	1	2
Celkem		35	25	60

Z údajů v tabulce č.16 vyplývá, že méně početná skupina starších žen vypověděla častěji v otázce týkající se připravenosti na péči o dítě, že se cítí připravená a sebejistá. Nedokážeme určit, zda starší ženy o sobě obecně méně pochybují a jsou sebejistější, nebo tento fakt způsobila jejich větší touha mít dítě či jiná skutečnost.

<b>Tabulka 16, Péče o dítě x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60</b>		Věk ženy		Celkem
		do 29 let	nad 30 let	
Na rutinní úkony jako přebalování, koupání, uspávání dítěte apod.,	Se cítím připravená, sebejistá	7	7	14
	Doufám, že se to rychle naučím	26	17	43
	Jiné		1	1
Celkem		33	25	58

S předchozí otázkou souvisí také ta následující (tabulka č. 17), opět svědčící pro vyšší sebejistotu starší věkové kategorie. Tato otázka se týká obav ze selhání při výchově dítěte. Mladší věková skupina vykazuje o málo více obav než skupina starší. Ženy nad 30 let častěji než mladší ženy odpovídaly, že obavy nemají „téměř vůbec“ a „vůbec ne“.

Tabulka 17, Obavy ze selhání při výchově x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60		Věk ženy		Celkem
		do 29 let	nad 30 let	
Mám obavy z toho, že jako matka selžu při výchově svých dětí	Stále	1		1
	Často	3	3	6
	Někdy	24	11	35
	Téměř vůbec	4	5	9
	Vůbec ne	1	4	5
Celkem		33	23	56

Data tabulky č.18, nasvědčují, že mladší ženy jsou také více stresovány během těhotenství než ženy starší. V kapitole 2.3.5 naleznete pro doplnění také podrobnější rozbor těchto stresorů.

Tabulka 18, Stres během těhotenství x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60		Věk ženy		Celkem
		do 29 let	nad 30 let	
Během těhotenství zažívám stres	Stále	1		1
	Často	10	5	15
	Někdy	14	8	22
	Téměř vůbec	7	7	14
	Vůbec ne	3	5	8
Celkem		35	25	60

Věk ženy, zdá se, není rozhodující pro to, zda sdílí svoje prožitky v těhotenství s ostatními ženami, které již rodily, zda vyhledává informace a cení si jich. Pouze mladší ženy častěji uváděly, že je tyto zkušenosti nezajímají.

Tabulka 19, Zkušenosti ostatních žen x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60		Věk ženy		Celkem
		do 29 let	nad 30 let	
Pozitivní i negativní zkušenosti žen, které již rodily	Jsou cenné a vyhledávám je	20	15	35
	Mě uklidňují	3	2	5
	Ve mně vyvolávají spíše strach	1	1	2
	Mě nezajímají	5	1	6
	Jiné	4	4	8
Celkem		33	23	56

### Shrnutí:

Celkově můžeme shrnout, že se vzrůstajícím věkem žen se mění jejich očekávání od mateřství ve smyslu snižování tenzí a obav ze selhání při výchově dítěte. Ženy nad 30 let prožívají své první těhotenství klidněji, s nižší mírou stresu. Starší ženy se cítí být o trochu více připravené na narození svého dítěte a na péči o něj.

Naše hypotéza 1 se potvrdila. Přesto je třeba říci, že rozdíly, které jsme byli schopni postihnout v rámci našeho vzorku, nepovažujeme za velmi výrazné a je třeba přihlídnout k jeho velikosti.

### 2.3.3. Ověření výzkumné hypotézy 2

**Hypotéza 2:** Předpokládáme, že existují rozdíly v prožívání očekávaného mateřství mezi ženami, které těhotenství plánovaly a těmi, které otěhotněly neplánovaně.

<b>Tabulka 20, Plánování těhotenství, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Těhotenství</b>	<b>Četnost</b>
Plánované	47
Neplánované	12
Jiné	1
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

To, zda žena svou graviditu aktivně plánuje, hodně vypovídá o jejím přístupu k vlastnímu mateřství, o síle její touhy po dítěti a pocitu připravenosti na mateřství. Více než dvě třetiny námi oslovených žen své těhotenství plánovaly. Podle našich předpokladů, žen které otěhotněly neplánovaně, bylo více v mladší věkové kategorii, viz. tabulky č.20 a č.21.

<b>Tabulka 21, Plánování mateřství x věk ženy, VOM, červen 2007, N=60</b>		<b>Věk ženy</b>		<b>Celkem</b>
		do 29 let	nad 30 let	
Své současné těhotenství jsem	Plánovala	25	22	47
	Neplánovala	9	3	12
	Jiné	1		1
<b>Celkem</b>		35	25	60

Zajímavým zjištěním bylo, dle tabulky č.22, že také ženy, které otěhotněly neplánovaně, své těhotenství pozitivně přijaly a na narození dítěte se těší. Zde jsme čekali vyšší výskyt odpovědí „mám smíšené pocity“.

<b>Tabulka 22, Očekávání dítěte x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60</b>		<b>Těhotenství jsem</b>			<b>Celkem</b>
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Na narození dítěte	se těším	39	11	1	51
	mám smíšené pocity	6	1		7
<b>Celkem</b>		45	12	1	58

Ženy z naší studie na zjištění plánovaného i neplánovaného těhotenství reagovaly vesměs pozitivně.

<b>Tabulka 23, Reakce na zjištěné těhotenství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60</b>		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Má reakce na zjištěné těhotenství byla	Pozitivní	42	9		51
	Rozporuplná	4	3	1	8
Celkem		46	12	1	59

Je potěšující, že také děti z neplánovaných těhotenství jsou většinou chtěné.

<b>Tabulka 24, Přijetí dítěte x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60</b>		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Dítě, které čekám,	Je chtěné	46	10	1	57
	Je nechtěné		1		1
	Můj partner ho nechce, já ano	1	1		2
Celkem		47	12	1	60

Respondentky své dítě a vlastní mateřství pozitivně přijímají, jak ukazují kromě tabulek předešlých, také následující dvě. Obě skupiny žen v těchto položkách odpovídají velmi podobně a podstatné rozdíly jsme nezaznamenali.

<b>Tabulka 25, Vlastní mateřství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60</b>		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Můj vztah k mateřství lze vystihnout nejspíše takto	Těším se, až budu mít dítě	44	10	1	55
	Mateřství není dobré uspěchat, ale děti jednou mít chci	2	2		4
Celkem		46	12	1	59

<b>Tabulka 26, Vztah k mateřství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60</b>		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Myšlenka, že budu matkou	Mě naplňuje radostí	33	6	1	40
	Se mi celkem zamlouvá	5	3		8
	Je překvapivá, těžko si na ni zvykám	2	1		3
	Jiné	4	2		6
Celkem		44	12	1	57

Rozdíly se neobjevily ani v připravenosti a sebejistotě žen ohledně péče o dítě. U obou skupin, s plánovaným i neplánovaným těhotenstvím, jsme zaznamenali dvě třetiny respondentek, které zvolily odpověď „doufám, že se to rychle naučím“, ostatní ženy zvolily s jednou výjimkou variantu odpovědi „Na rutinní úkony jako přebalování, koupání, uspávání dítěte apod. se cítím připravená a sebejistá“. Tabulku s přehledem odpovědí naleznete v příloze č.7.

U žen, které těhotenství plánovaly, se objevilo více odpovědí vykazujících nízkou míru obav ze selhání při výchově svého dítěte v budoucnu viz. tabulku č.27. Tedy odpovědi „téměř vůbec“ a „vůbec ne“. Zdá se, že ženy, které si otěhotnět přály a plánovaly, se cítí sebejistější a nepřipouští si příliš možné budoucí výchovné selhání. Přesto je nutno při interpretaci postupovat obezřetně vzhledem k nízkému zastoupení skupiny žen s neplánovaným těhotenstvím.

Tabulka 27, Obavy ze selhání při výchově x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Mám obavy z toho, že jako matka selžu při výchově svých dětí	Stále	1			1
	Často	4	1	1	6
	Někdy	27	8		35
	Téměř vůbec	8	1		9
	Vůbec ne	4	1		5
Celkem		44	11	1	56

U skupiny žen s neplánovaným těhotenstvím téměř polovina uvedla, že současný partner jejich těhotenství moc neprožívá – jak znázorňuje tabulka č. 28. Ve skupině žen, které své těhotenství plánovaly, je to méně než jedna desetina. Přestože jsou naše vzorky početně nevyrovnané, domníváme se, že je tento rozdíl dostatečně velký, abychom mu jistý význam přiřkládali. Nabízí se hypotéza, zda ženy o založení rodiny dosud neuvažovaly právě proto, že jejich partner je v tomto směru příliš nepodporoval.

Tabulka 28, Přístup partnera k těhotenství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Přístup mého partnera během těhotenství lze popsat takto	Prožívá vše se mnou	40	6	1	47
	Moc mé těhotenství neprožívá	5	5		10
	K mému těhotenství má odmítavý postoj	1	1		2
	Nyní nemám partnera	1			1
Celkem		47	12	1	60

Zajímalo nás také, zda ženy s plánovaným těhotenstvím udávají jinou subjektivní míru zažívaného stresu v těhotenství, než ženy s těhotenstvím neplánovaným. U obou skupin se zažívaný stres vyskytoval poměrně hojně. Avšak u žen, které plánovaly otěhotnět, jich větší počet odpověděl, že stres vůbec nezažívá, než ve skupině neplánovaně těhotných. Počet žen s neplánovaným těhotenstvím je však natolik nízký, že budeme toto zjištění uvádět jen jako možnou hypotézu k dalšímu zkoumání.

Tabulka 29, Stres během těhotenství x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Během těhotenství zažívám stres	Stále	1			1
	Často	10	4	1	15
	Někdy	18	4		22
	Téměř vůbec	11	3		14
	Vůbec ne	7	1		8
Celkem		47	12	1	60

## Shrnutí:

Hlavní rozdíly projevující se v očekávání žen od mateřství, se zohledněním toho, zda plánovaly těhotenství či neplánovaly, spatřujeme v síle obav ze selhání při výchově dětí, v subjektivním pohledu na přístup partnera a jeho angažovanost ve vztahu k vlastnímu těhotenství, a částečný rozdíl v udávané míře prožívaného stresu. Podle našich předpokladů větší obavy ze selhání jako matka, vyšší míra stresu v těhotenství a zároveň menší podpora ze strany partnera se objevily u skupiny žen s neplánovaným těhotenstvím. V dalších ukazatelích (jako je například přijetí dítěte, vztah k mateřství a to, zda se matka na dítě těší) se neprokázaly větší odlišnosti u těchto dvou skupin respondentek. Lze říci, že hypotéza 2 byla naším výzkumem potvrzena částečně.

### 2.3.4. Další zjištění

Kromě ověřování stanovených hypotéz jsme se soustředili na vyhodnocení dalších dat, která se zdála být zajímavá, nebo doplňovala výše uvedená zjištění. Pokusili jsme se je uceleně zpracovat v této kapitole.

Tabulka č.30 (pro větší názornost doplněna grafem č.2) ukazuje pocity žen, se kterými očekávají narození svého prvního dítěte. Většina žen v souladu s našimi předpoklady se na narození dítěte těší, některé uvádějí smíšené pocity. V současné době díky rozšíření antikoncepce jsou náhodná těhotenství výjimkou, a je zcela obvyklé, že těhotné ženy své dítě chtějí donosit a těší se z něj.

<b>Tabulka 30, Očekávání dítěte, VOM, červen 2007, N = 60</b>	
Na narození dítěte se	Četnost
Těším	51
Mám smíšené pocity	7
Celkem odpovědí	58
Chybějící	2
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

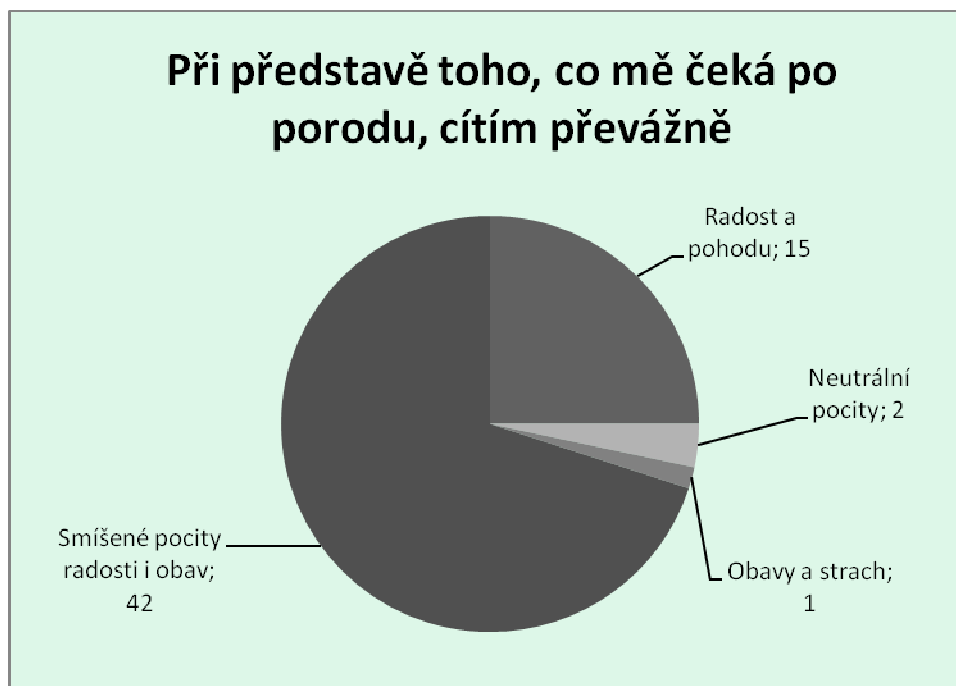
Graf 2, Očekávání dítěte, VOM, červen 2007, N=60



Tabulka č. 31 znázorňuje pocity, o kterých se žena domnívá, že je bude zažívat v období po porodu dítěte. Z tabulky a doplňujícího grafu č.3 je vidět, že většina žen si je plně vědoma, že období adaptace na narození dítěte je pro matku i celou rodinu náročné, a očekává, že kromě radosti a pocitů pohody, může zažívat i další méně příjemné pocity, např. obavy.

<b>Tabulka 31, Představa po porodu, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Při představě toho, co mě čeká po porodu, cítím převážně	Četnost
Radost a pohodu	15
Neutrální pocity	2
Obavy a strach	1
Smíšené pocity radosti i obav	42
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

**Graf 3, Představa po porodu, VOM, červen 2007, N=60**



Většina žen má k mateřství pozitivní vztah, po dítěti touží a z vlastního mateřství se raduje.

<b>Tabulka 32, Vztah k mateřství, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Myšlenka, že budu matkou	Četnost
Mě naplňuje radostí	40
Se mi celkem zamlouvá	8
Je pro mě překvapivá, těžko si na ni zvykám	3
Jiné	6
Celkem odpovědí	57
Chybějící	3
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

Některé první reakce žen na vlastní těhotenství byly rozporuplné, což považujeme vzhledem k závažnosti této životní změny za obvyklé, avšak většina žen odpovídá, že jejich okamžitá reakce byla pozitivní.

<b>Tabulka 33, Reakce na zjištění těhotenství, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Má bezprostřední reakce na zjištění, že jsem těhotná byla	Četnost
Pozitivní	51
Rozporuplná	8
Celkem odpovědí	59
Chybějící	1
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

Pouze jedna respondentka uvedla, že její dítě je nechtěné, většina matek své dítě pozitivně přijímá a uvádí, že je chtěné.

<b>Tabulka 34, Přijetí dítěte, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Dítě, které čekám	Četnost
Je chtěné	57
Je nechtěné	1
Můj partner ho nechce, ale já ano	2
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

Dvě třetiny žen z našeho výběrového souboru očekávají, že se rychle naučí o své dítě postarat, další část souboru – zhruba čtvrtina žen, se cítí na péči o dítě připravena a sebejistá.

<b>Tabulka 35, Péče o dítě, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Když pomyslím na všechny rutinní úkony jako přebalování, koupání, kojení, uspávání dítěte apod., tak	Četnost
Se cítím připravená a sebejistá	14
Doufám, že se to rychle naučím	43
Jiné	1
Celkem odpovědí	58
Chybějící	2
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

Tři čtvrtiny žen hodnotí své dětství jako celkově šťastné. Čtyři respondentky jej označily za spíše nešťastné. Domníváme se, že kvalita subjektivního prožitku z vlastního dětství se může odrazit ve vztahu ženy k vlastnímu mateřství, v síle touhy po dítěti či v samotném rozhodnutí založit rodinu (tabulka č.36 a č.37).

<b>Tabulka 36, Vlastní dětství, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Své vlastní dětství považuji za	Četnost
Celkově šťastné	45
Průměrné	8
Spíše nešťastné	4
Jiné	2
Celkem odpovědí	59
Chybějící	1
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

<b>Tabulka 37, Vlastní mateřství, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Můj vztah k mateřství lze vystihnout nejspíše takto	Četnost
Těším se, až budu mít dítě	55
Mateřství není dobré uspěchat, ale děti jednou mít chci	4
Celkem odpovědí	59
Chybějící	1
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

Následující tabulka a navazující graf, týkající se obav ze selhání matek při výchově, nám prozrazuje, že více než polovina žen se někdy s takovými obavami potýká.

<b>Tabulka 38, Obavy ze selhání při výchově, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Mám obavy z toho, že jako matka selžu při výchově svých dětí	Četnost
Stále	1
Často	6
Někdy	35
Téměř vůbec	9
Vůbec ne	5
Celkem odpovědí	56
Chybějící	4
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

**Graf 4, Obavy ze selhání při výchově, VOM, červen 2007, N=60**



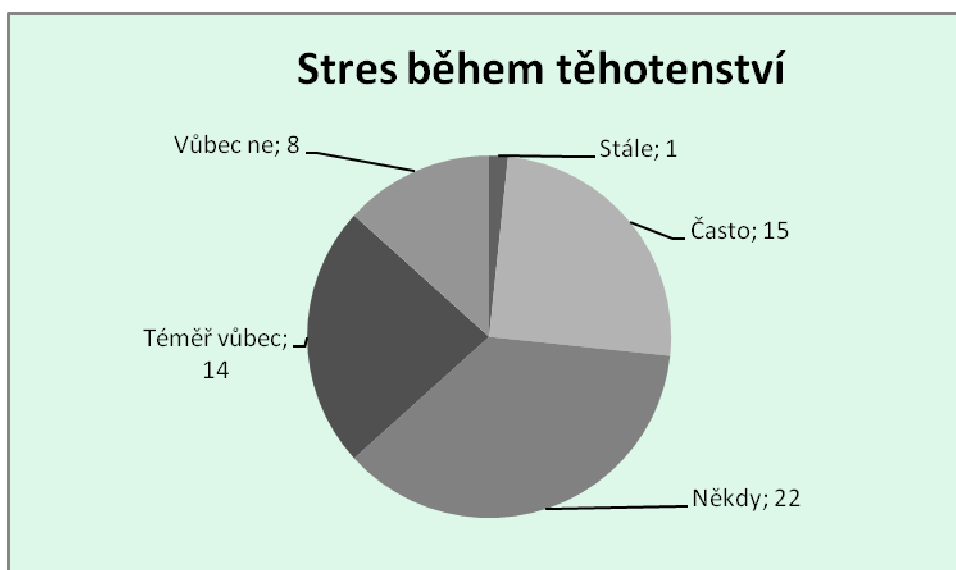
Pro těhotnou ženu je podstatné, aby ji partner podporoval, těhotenství s ní prožíval a sdílel. Podporu svého partnera, vyjádřenou tvrzením, že partner „prožívá vše se mnou“, zakouší více než tři čtvrtiny žen z našeho výběrového souboru. Zcela odmítavý postoj partnera k těhotenství ženy jsme zaznamenali ve dvou případech.

<b>Tabulka 39, Přístup partnera k těhotenství, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Přístup mého partnera během těhotenství lze popsat takto	Četnost
Prožívá vše se mnou	47
Moc mé těhotenství neprožívá	10
K mému těhotenství má odmítavý postoj	2
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>59</b>
Chybějící	1
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

Více než třetina respondentek zažívá stres během těhotenství „někdy“, jedna čtvrtina „často“ a stejně tak jedna čtvrtina téměř vůbec. Takováto subjektivně zhodnocená míra stresu, zažívaná těhotnými ženami, nám připadá poměrně vysoká. Údaje uvádíme v tabulce č.40 a pro názornost v grafu č.5. Detailní rozbor stresorů je uveden v následující kapitole 2.3.5.

<b>Tabulka 40, Stres během těhotenství, VOM, červen, 2007, N=60</b>	
Během těhotenství zažívám stres	Četnost
Stále	1
Často	15
Někdy	22
Téměř vůbec	14
Vůbec ne	8
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

**Graf 5, Stres během těhotenství, VOM, červen 2007, N=60**



Pro úplnost jsme vytvořili ještě kontingenční tabulku č. 41 z dat, týkajících se stresu v těhotenství. Zajímalo nás, zda ženy, které prožívají těhotenství bez komplikací, zažily méně stresů než ženy s komplikovanou graviditou. Z tabulky lze vyčíst, že náš předpoklad se potvrdil - respondentky, které uváděly komplikace, zažívají stres častěji.

Tabulka 41, Stres během těhotenství x Průběh těhotenství, VOM, červen 2007, N=60		Průběh těhotenství		Celkem
		Bez komplikací	Vyskytly se komplikace	
Během těhotenství zažívám stres	Stále	1		1
	Často	3	12	15
	Někdy	14	8	22
	Téměř vůbec	14		14
	Vůbec ne	8		8
Celkem		40	20	60

Z další otázky je patrné, že ženy rády téma těhotenství sdílí s ostatními, zkušenějšími ženami, možná kvůli obavám, které mají z možných komplikací, nebo z jiných pohnutek, jakými může být třeba radost z pouhého sdílení, nebo možnost zjistit nové informace o oblasti, která je pro ně prozatím neznámá.

Nelze vyloučit, že do naší studie se dostaly hlavně ženy, které rády sdílí své pocity a názory na těhotenství. Tím by mohlo dojít ke zkreslení v této položce.

**Tabulka 42, Zkušenosti ostatních žen, VOM, červen 2007, N=60**

Pozitivní i negativní zkušenosti žen, které již rodily	Četnost
Jsou pro mě cenné a vyhledávám je	35
Mě uklidňují	5
Ve mně vyvolávají spíše strach	2
Mě nezajímají	6
Jiné	8
Celkem odpovědí	56
Chybějící	4
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

Tabulka 43, Zkušenosti ostatních žen x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Pozitivní i negativní zkušenosti žen, které již rodily	Jsou pro mě cenné a vyhledávám je	27	7	1	35
	Mě uklidňují	3	2		5
	Ve mně vyvolávají spíš strach	2			2
	Mě nezajímají	4	2		6
	Jiné	8			8
<b>Celkem</b>		44	11	1	56

Respondentky se v dotazníku měly označit za pesimistku nebo optimistku. Tři čtvrtiny se považují za optimistku, čtvrtina žen využila odpovědi „jiné“, jejichž další rozbor naleznete v následující kapitole 2.3.5.

<b>Tabulka 44, Pesimismus – optimismus, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Považuji se spíše za	Četnost
Optimistku	42
Pesimistku	6
Jiné	12
<b>Celkem</b>	<b>60</b>

<b>Tabulka 45, Optimismus-pesimismus x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60</b>		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Považuji se spíše za	Optimistku	33	8	1	42
	Pesimistku	5	1		6
	Jiné	9	3		12
<b>Celkem</b>		47	12	1	60

Respondentky, které mají smíšené pocity ohledně narození svého dítěte uvedly, že jejich reakce na zjištění těhotenství byla pozitivní. O tomto rozporu by bylo vhodné v rozhovoru s respondentkami zjistit více, což však bohužel nebylo možné v rámci této studie.

<b>Tabulka 46, Reakce na zjištěné těhotenství x Očekávání dítěte, VOM, červen 2007, N=60</b>		Na narození dítěte		Celkem
		Se těším	Mám smíšené pocity	
Má bezprostřední reakce na zjištění těhotenství byla	Pozitivní	41	7	48
	Rozporuplná	7		7
<b>Celkem</b>		48	7	55

V další položce dotazníku měly respondentky zvolit jednu nebo více odpovědí na otázku týkající se pohledu na mateřství jako období života ženy. Téměř všechny respondentky vybraly jako jednu ze svých odpovědí „Mateřství považuji za období života, které je převážně šťastné a zajímavé“. Polovina respondentek jako jednu ze svých odpovědí uvedla, že toto období života považuje zároveň za „náročné a vyčerpávající“. Je tedy patrné, že ženy nemají idealizovanou představu o mateřství, naopak uvědomují si značnou náročnost mateřské role a přesto jej hodnotí jako šťastné.

<b>Tabulka 47, Mateřství jako období života, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Mateřství považuji za období života, které je převážně	Četnost
Šťastné, zajímavé	57
Náročné, velice vyčerpávající	29
Nudné, ubíjející	0
Nenáročné, relaxační	0
Běžné, obyčejné	0
Jiné	8
<b>Celkem<sup>8</sup></b>	<b>96</b>

Do dotazníku byla zařazena i otázka dotazující se na pocity ohledně porodu. Z následující tabulky jasně vyplývá, jak je tato životní událost vnímána našimi respondentkami. Nejčastěji cítí obavy až strach, nervozitu, ale zároveň i nedočkavost, zvědavost a radost z narození dítěte. Na tuto položku ženy mohly odpovídat více odpověďmi. Proto celkový počet odpovědí přesahuje počet respondentek.

<b>Tabulka 48, Pocity ohledně porodu, VOM, červen 2007, N=60</b>	
Myšlenka na porod ve mně vyvolává	Četnost
Radost	27
Úlevu	15
Nervozitu	30
Obavy až strach	34
Zvědavost	27
Nedočkavost	13
Jiné pocity	4
<b>Celkem<sup>9</sup></b>	<b>150</b>

<sup>8</sup> V položce č.12 v našem dotazníku mohly respondentky vybrat jednu i více možností, proto celkový počet odpovědí převyšuje počet respondentek N=60.

<sup>9</sup> V položce č.12 v našem dotazníku mohly respondentky vybrat jednu i více možností, proto celkový počet odpovědí převyšuje počet respondentek N=60.

Na tuto otázku navazoval dotaz na povahu strachu a obav z porodu. Odpověď měly uvést ženy, které strach a obavu zvolily jako jednu ze svých odpovědí v předchozí otázce – tedy celkem 34 respondentek (tabulka č.45). Zajímavý pro nás byl fakt, že položku vyplnily i respondentky, které původně obavy a strach z porodu nepřiznaly; celkem jich odpovídalo 55 z počtu 60 žen (tabulka č.46). Je možné, že není pro ženu jednoduché připustit, že se porodu z nějakého důvodu obává, přestože je to považováno za přirozené a běžné.

Nejčastěji se objevoval strach z porodních komplikací a zdravotních problémů dítěte. Ženy naopak měly výrazně méně obav o vlastní zdraví. Za velmi podstatné považujeme zjištění, že ženy může stresovat přístup zdravotnického personálu v porodnici a pocit nemožnosti kontrolovat okolnosti porodu více, než obava z velké bolesti či strach, že bude porod trvat příliš dlouho. Na rozdíl od délky porodu zde jde o faktor, který lze relativně snadno ovlivnit, a tím snížit úzkost těhotných žen.

<b>Tabulka 49, Obavy z porodu, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Pokud máte obavy a strach z porodu, jedná se o strach</b>	<b>Četnost</b>
Ze zdravotních problémů dítěte	30
Porodních komplikací	34
O vlastní zdraví	6
Z velké bolesti	12
Z přístupu zdravotnického personálu	19
Z toho, že nebudu mít okolnosti porodu plně pod kontrolou	19
Že se nebudu při porodu ovládat	5
Že to bude trvat příliš dlouho	13
Jiné	5
Chybějící	5
<b>Celkem<sup>10</sup></b>	<b>143</b>

<sup>10</sup> V položce č.12 v našem dotazníku mohly respondentky vybrat jednu i více možností, proto celkový počet odpovědí převyšuje počet respondentek N=60.

## Shrnutí:

- Ženy z našeho souboru se na narození dítěte těší, k mateřství mají pozitivní vztah, přestože některé první reakce na otěhotnění byly rozporuplné. Většina žen si je plně vědoma, že období adaptace na narození dítěte je pro matku i celou rodinu náročné, a očekává, že kromě radosti a pocitů pohody může zažívat i další méně příjemné pocity, např. obavy.
- Respondentky se obávají porodu, což považujeme za přirozené vzhledem k možnému ohrožení rodičky i dítěte. Nejčastěji mají strach z porodních komplikací a o zdraví dítěte, nikoliv o vlastní zdraví.
- Více než polovina respondentek má někdy obavy ze selhání při výchově svých dětí.
- Z našeho šetření vyplynulo, že respondentky během těhotenství zažívají často stres.
- Více než třetina žen má podporujícího a účastného partnera.

### 2.3.5. Kvalitativní analýza

Kvalitativní rozbor dat byl proveden u otázky č.4, č.5 a č.18, tedy u otevřených otázek. Dále jsme kvalitativní analýze podrobili data získaná odpověďmi z ostatních kvantitativně zpracovávaných otázek (č.12, č.19, č.20), kde respondentky často vypisovaly vlastní odpověď (varianta „jiné“).

#### *Otázka č.4*

Největší radost budu mít jako matka nejspíš z:

Na základě odpovědí jsme stanovili následující kategorie (zde uvedeny včetně četností):

<b>Tabulka 50, Kategorie k otázce č.4, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Kategorie</b>	<b>četnost</b>
Pokroky, růst a vývoj	24
Zdraví	15
Radost a spokojenost dítěte	14
Dítě samotné	12
Láska, vztah s dítětem, komunikace s ním	8
Celá rodina, partner, společná péče o dítě	4
Úspěchy dítěte	3
Osamostatňování, samostatnost dítěte	3
Jsem matkou, naplnění smyslu života	3
Když to zvládnou	2
To, co mi dělalo radost i dřív, běžné věci	2
Možnost mít vliv na dítě	1
Nevím	1

Ženy z našeho vzorku se domnívají, že jim bude přinášet největší radost sledovat pokroky v psychickém i fyzickém vývoji dítěte. Je možné hledat souvislost s tím, jak velkou důležitost přikládají zdraví svého dítěte, které je prezentováno právě správným psychickým a fyzickým vývojem – zdraví bylo zmiňováno na druhém místě, následováno radostí a spokojeností dítěte. Také další odpovědi svědčí o tom, že pozitivní citový vztah k dítěti, dobré předpoklady pro komunikaci s ním a naladění se na něj, jsou patrné již ve výpovědích, týkajících se očekávání žen od mateřství.

Ženy často odpovídaly, že radost budou mít již z dítěte samotného, což svědčí o vysoké míře jeho bezpodmínečného přijetí. Důležitost partnerského vztahu pro pozitivní

očekávání a prožívání mateřství je patrná z odpovědí, zohledňujících partnera, jeho prožívání rodičovství, vlastní těšení se z úplné rodiny, nová možnost poznat partnera jako otce svých dětí.

Částečně se v této otázce promítly také obavy ze selhání v mateřské roli. Některé ženy zde uváděly, že budou mít největší radost, pokud roli matky vůbec zvládnou.

### ***Otázka č.5***

Až budu matkou, budu mít největší obavy z:

<b>Tabulka 51, Kategorie k otázce č. 5, VOM, červen 2007, N=60</b>	
<b>Kategorie</b>	<b>četnost</b>
O zdraví dítěte a celé rodiny	37
Jestli to zvládnou	18
Z výchovy dítěte	9
Ze světa kolem, zlých lidí – o bezpečí dítěte	7
O spokojenost a štěstí členů rodiny	5
Nevím	3
Z nedostatku času (pro sebe i další členy rodiny)	3
Z velké zodpovědnosti	1
Jak skloubit čas pro rodinu a pracovní kariéru	1
Ze ztráty partnera	1
Z nedostatku financí	1
Ze zasahování okolí do péče a výchovy	1

Nejobvyklejší odpovědi byly obavy o zdraví dítěte a celé rodiny. Budoucí matky se bojí závažných onemocnění, úrazů i úmrtí dítěte. Zajímavé je, že se strachy žen zdaleka neomezovaly pouze na dítě, ale týkaly se i zdraví jejich partnerů. Kromě zdraví myslí ženy i na štěstí a spokojenost členů rodiny a na to, aby nikoho nezanedbávaly a našly si čas pro rodinu a také pro sebe. Jako třetí nejčastější odpověď byl uváděn strach o bezpečí dítěte, strach ze zlých lidí, nástrah, kterým dítě bude muset čelit. Některé ženy uvedly, že určité strachy budou poměrně stálé (zvláště obava o zdraví blízkých), na rozdíl od jiných obav, které se budou měnit situačně a s věkem dítěte (například nebezpečí úrazů u batolete, vliv „špatné party“ u pubescenta). Jako poměrně častá odpověď se vyskytoval strach z výchovy dítěte, jednak aby žena něco nezanedbala, a také aby našla ten „správný“ výchovný přístup, aby se naučila dítěti rozumět a vychovala jej tak, aby bylo schopno se o sebe samostatně postarat a žít spokojeně.

### **Otázka č.12**

Pokud máte obavy a strach z porodu, jedná se o strach

V otázce č.12 se v krátkosti zaměříme na odpovědi respondentek, které odpovídali variantou „jiné“. Jednalo se o 5 respondentek, které mají strach z neznáma, znejišťuje je, že nevědí, co je při porodu čeká, že může probíhat u každé ženy jinak a nedá se dopředu určit, zda bude vše v pořádku. Jedna z nich tvrdila, že má mnoho další strachů včetně těch, které jsou nabídnuty v dotazníku.

### **Otázka č.18**

Pokud zažíváte stres často nebo stále, stručně prosím popište, o jaké situace jde.

Na položku č.18 měly odpovídat ženy, které v předcházející otázce uvedly, že zažívají stres často nebo stále. Přesto i ženy, které stresem netrpí, měly potřebu se k této otázce také vyjádřit. Na otázku odpovědělo 27 žen tedy téměř polovina našeho výzkumného vzorku. Z nich 9 žen zažívá stres někdy, 13 žen často a 1 žena stále. Zbylé 4 ženy zvolily v otázce č.17 buď možnost „téměř vůbec“ nebo „vůbec ne“.

<b>Kategorie</b>	<b>četnost</b>
Zaměstnání	10
Strach o dítě (vyšetření, testy, čekání na výsledky)	6
Otázky bydlení, stěhování	4
Studium	4
Vlastní zdravotní problémy	4
Partnerské neshody, problémy ve vztahu	4
Strach z předčasného porodu, porodních komplikací	2
Psychický zdraví ženy (deprese, posttraumatická stresová porucha)	2
Strach z předčasného porodu, porodních komplikací	2
Osamělost	1
Příbuzenské neshody	1
Péče o nemocné rodiče	1
Tíživá finanční situace	1
Nespokojenost s vlastním tělem	1

Jak je vidno z tabulky, nejčastěji uváděným stresorem je pro naše respondentky jejich zaměstnání. Kromě velké časové vytiženosti ženy stresují náročné pracovní úkoly, a také zvládání nevolností a únavy zejména v prvním trimestru těhotenství, kdy ještě většina z nich dochází do zaměstnání.

Velmi výrazně úzkostně respondentky prožívají pravidelná lékařská vyšetření, testy, které mají za úkol vyloučit vážná postižení a vady plodu. Několikrát ženy vypovídaly o tom, jak velkým stresem pro ně byla mylná hypotéza lékaře na základě chybné interpretace testu či vyšetření (abnormální vývoj plodu, odumření plodu, podezření na Downův syndrom a vývojové vady) a následné rozhodování o umělém ukončení těhotenství.

Další psychickou zátěží je pro ženy vlastní zdravotní stav psychický i fyzický a jeho zhoršení (často právě v důsledku těhotenství). Gravidita je velkou celkovou zátěží pro organismus ženy a je časté, že chronické zdravotní potíže mohou v tomto období kulminovat. Ženy se obávají, aby se jejich vlastní zhoršené zdraví nepromítlo negativně na zdraví plodu.

Čtyři respondentky uvedly stres plynoucí ze změny bytové situace a stěhování. Stejně často se objevil stres, který ženám přináší studijní povinnosti a vlastní zdravotní problémy, které mohou potenciálně ovlivnit zdraví plodu.

Neshody s partnerem, s širší rodinou, krize partnerského vztahu a rozdílné prožívání a vztahování se k budoucímu rodičovství partnerů je také významným zdrojem stresu pro těhotnou ženu.

V našem výzkumném vzorku jsou tři ženy, které žijí bez stálého partnera. Jedna z nich uvádí nejvyšší míru stresu z celé skupiny žen (zažívá stres stále) a osamělost uvádí jako hlavní stresor vedle studijních povinností. I další dvě ženy vypovídaly v otázce č. 18, ale zmiňují jiné stresory než osamělost.

Strach z porodu, který bývá v literatuře uváděn jako obvyklý zdroj stresu těhotné ženy se v našich odpovědích objevil celkem dvakrát.

### ***Otázka č. 19***

Pozitivní i negativní zkušenosti žen, které již rodily

Tato otázka se ukázala jako nepřesně formulovaná, ženy zde často volily možnost vlastní odpovědi, proto jsme se rozhodli věnovat se ještě, kromě kvantitativní analýzy, podrobněji rozboru těchto odpovědí.

Respondentky měly na výběr z těchto variant odpovědí:

- jsou pro mě cenné a vyhledávám je
- mě uklidňují
- ve mně vyvolávají spíše strach
- mě nezajímají
- jiné:

Dotázané ženy v této položce měly tendence odpovídat několik odpovědí zároveň nebo se k určité zvolené variantě ještě dále vyjádřit. Nejčastěji se objevovaly odpovědi, ze kterých vyplývá, že ženu zkušenosti jiných žen zároveň zajímají a pozitivní informace ji uklidňují, ale negativním se vyhýbá, nebo si je snaží nepřipouštět, nepřeceňovat je, jelikož v ní vyvolávají obavy a strach z porodu a možných komplikací. Další ženy zkušenosti jiných žen, které rodily, prostě nevyhledávají, jde o drobný významový posun od varianty „mě nezajímají“.

### ***Otázka č. 20***

Považuji se spíše za

V této otázce měly respondentky rozhodnout, zda jsou optimistky či pesimistky, nebo vybrat variantu „jiné“ a vlastními slovy odpovědět. Zde se zaměříme pouze na odpovědi varianty „jiné“, kterou zvolilo 12 žen. Nejčastěji uváděly, že se považují za realistky – v šesti případech, nebo že se nedokážou rozhodnout mezi našimi dvěma variantami a cítí se být „někde mezi nimi“ – v pěti případech.

### ***Shrnutí:***

Ženy z našeho výzkumného souboru se domnívají, že jim bude jako matkám přinášet největší radost sledování pokroků v psychickém i fyzickém vývoji dítěte. Často odpovídaly, že radost budou mít již z dítěte samotného. Částečně se zde promítly také obavy ze selhání v mateřské roli. Některé ženy zde uváděly, že budou mít největší radost, pokud roli matky vůbec zvládnou.

Nejobvyklejší odpovědi týkající se obav, které budou ženy mít jako matky, byly obavy o zdraví dítěte a celé rodiny. Kromě zdraví myslí ženy i na štěstí a spokojenost členů rodiny. Jako třetí nejčastější odpověď byl uváděn strach o bezpečí dítěte, strach ze zlých lidí, nástrah, kterým dítě bude muset čelit. Jako poměrně častá odpověď se vyskytoval strach z výchovy.

Zjistili jsme, že ženy, které v položce č.19 vybíraly odpověď jiné, se zajímají o zkušenosti jiných žen s těhotenstvím a porodem, ale chtějí se dozvědět pouze pozitiva a negativním informacím se vyhýbají, protože jim nahání strach.

Nejčastěji uváděným stresorem je pro naše respondentky jejich zaměstnání. Velkou zátěží jsou pro respondentky také pravidelná lékařská vyšetření a vlastní zdravotní stav psychický i fyzický a zejména jeho zhoršení (často právě v důsledku těhotenství). Neshody s partnerem, s širší rodinou, krize partnerského vztahu a rozdílné prožívání a vztahování se k budoucímu rodičovství partnerů je také významným zdrojem stresu pro těhotnou ženu.

## 2.4. Diskuse

Uvědomujeme si, že náš výzkum má svá úskalí i přínos, které bychom rádi uvedli v této kapitole.

Jako hlavní omezení našeho výzkumu shledáváme charakter a zejména velikost výzkumného vzorku. Jak již bylo zmíněno několikrát, bylo zdlouhavé a obtížné získat konečný počet alespoň 60 těhotných respondentek. Domníváme se, že je to způsobeno vysokou intimitou tématu, přece jen v našem dotazníku klademe otázky týkající se nejosobnějších, niterných prožitků, plánů, představ žen, a je pochopitelné, že to může pro někoho představovat příliš velký zásah do soukromí. Kvůli relativní nedostupnosti těhotných žen nebyly stanoveny žádné vnitřní kvóty výběrového souboru (vzdělání, věk, týden těhotenství). Na druhou stranu jsme byli velmi potěšeni zájmem některých respondentek o téma a výsledky výzkumu. Řada z nich byla velmi vstřícná a ochotna spolupracovat i nadále a žádala o zařazení do případného navazujícího výzkumu.

Náš dotazník obsahuje nepřesnosti, které se plně ukázaly až při zpracovávání dat. V otázkách kde ženy mohly vybírat jen jednu variantu odpovědi někdy přesto odpovídaly jinak buď vepisováním vlastních odpovědí, nebo označením více než jedné varianty, čímž tyto odpovědi musely být označeny jako chybějící a v tabulkách se s nimi dál nepracovalo, což u takto malého vzorku může být podstatné. Je možné, že u některých položek to bylo způsobeno nedostatečným propracováním nabízených možností odpovědí.

Limity jsou dané také způsobem sběru dat – prostřednictvím elektronické pošty, který znemožňuje posouzení návratnosti dotazníků a tím nás ochuzuje o důležité informace o ochotě potenciálních respondentek podílet se na výzkumu.

V práci se zabýváme očekáváním žen od mateřství. Pohled na pojem očekávání není v psychologii jednotný, proto jsme se rozhodli v kapitole 1.4 pro vlastní shrnutí, co pod pojem očekávání zahrnujeme a v jakém smyslu budeme očekávání chápat a používat v empirické části naší práce.

Zpracování a také způsob interpretace dat jsou dány z velké části velikostí výzkumného souboru, jak bylo zmíněno v předchozí kapitole 2.3.5. U takto malého vzorku bohužel nelze pracovat s v psychologii obvyklými metodami kvantitativní analýzy dat, ani s relativními četnostmi a interpretovat poté výsledky v procentech. Uvádíme proto četnostní tabulky a pro vyšší přehlednost také kontingenční tabulky,

v kterých jsou určité souvislosti lépe patrné. Všechna naše zjištění a závěry jsou proto spíše charakteru hypotéz, vhodných pro ověření na podstatně větším souboru a k interpretaci se snažíme přistupovat s opatrností.

Doufáme proto, že naše práce bude inspirací pro další zkoumání. Na náš výzkum by bylo možné navázat obsáhlejší studií prováděnou na větším výběrovém vzorku. Zajímavé by mohlo být také srovnání očekávání těhotných žen a mladých žen, které ještě nemají děti, dále porovnat očekávání žen v různém stupni těhotenství, podle věku a vzdělání. Zajímalo by nás i porovnání s podobným výzkumem v zahraničí.

Přínos našeho šetření shledáváme především v získání důvěry těhotných žen. Měli jsme díky tomu příležitost dozvědět se velmi intimní a zajímavé informace z jejich života. Přestože výzkumný vzorek, který čítá 60 žen, se jeví jako dosti malý, ceníme si toho, že se nám podařilo přes značnou obtížnost shromáždit takto početnou skupinu těhotných žen. Většina z nich si přála být informována o výsledcích šetření a také část žen nabídla spolupráci na dalším výzkumu.

Pro uzavření tohoto šetření by mohlo být obohacující konfrontovat očekávání respondentek s jejich skutečnými zážitky po porodu. Zjistit například, jak rychle se na život s dítětem adaptovaly, jestli si přejí mít další děti, nebo jaký vliv má rodičovství na jejich vztah s partnerem. Navazující výzkum by mohl být veden pomocí kvalitativního rozboru rozhovorů s těmito ženami. Rozhovory by byly zaměřeny na zjišťování současné životní situace, ve které se žena nachází a na její aktuální prožívání mateřství. Získaná data bychom porovnávali s původním námi během těhotenství zjištěným očekáváním od mateřství.

## Závěr

Žena během těhotenství prochází obdobím velkých změn. Tato doba jí přináší nové, neznámé prožitky, a současně mění prožívání toho, co bylo dosud obvyklé. Žena se postupně připravuje na narození dítěte. Většina těhotných žen si určitým způsobem představuje svůj budoucí život s dítětem a sžívá se s myšlenkou, že se stane matkou. Uvažuje například nad možnou podobou dítěte, komunikuje s ním již od počátku těhotenství, utváří si k němu postupně citový vztah. To vše bylo pro nás inspirací pro diplomovou práci.

Na základě prostudovaných literárních pramenů jsme se snažili zachytit očekávání od mateřství a související témata tak, aby byl čtenář uveden podrobněji do této problematiky. Na teoretickou část navazuje výzkum očekávání žen od mateřství, který shrnuje, co je pro těhotnou ženu v tomto ohledu podstatné. Zajímala nás očekávání žen, která provází přechod k mateřství, tedy těch které čekají narození prvního dítěte a vše je pro ně nové a nemají ještě přesnou představu, co to skutečně obnáší být matkou.

Ženy se shodují v názoru, že mateřství je pro ně naplněním smyslu života ženy, řízené do značné míry instinktivně a doufají, že narozením dítěte se ještě prohloubí a obohatí jejich vztah s partnerem a citový život. Většina respondentek se na narození dítěte těší a k vlastnímu mateřství má pozitivní vztah. Z výzkumu vyplynulo, že žena má různá očekávání týkající se dítěte, partnera, společného soužití rodiny, a také sama od sebe. Většina žen poukazovala i na limitující faktory mateřství, nejen na pozitiva. Očekává, že jí mateřství přinese nové cenné zkušenosti, a zároveň možná i v jistém směru omezí. Ukazuje se, že pro těhotné ženy je velmi důležité, aby jejich partner prožíval vše s nimi, a aby je podporoval. Aby měly klidné zázemí.

Ženy, které se zúčastnily našeho výzkumu, prožívaly v těhotenství řadu obav. Obávaly se nejčastěji o zdraví svého dítěte a tyto obavy ještě znásobovala čekání na výsledky testů z nejrůznějších lékařských vyšetření, které těhotné rutinně podstupují. Strach z porodu byl také poměrně častý a týkal se zejména porodních komplikací a poškození zdraví plodu. Ženy uvažují i vzdálenější budoucnosti svého dítěte, zamýšlejí se nad tím, jak jej budou vychovávat a leckdy mají strach, že výchovu nezvládnou a selžou. Stres, který budoucí matky zažívaly, ovšem pramenil také z jiných oblastí, než těch které se bezprostředně týkají těhotenství a zdravotního stavu ženy. Obvykle tímto

zdrojem bylo zaměstnání ženy, starosti s bydlením a stěhováním, studiem či neutěšené vztahy s partnerem a širší rodinou.

V závěrečné diskusi se snažíme shrnout přínos a nedostatky práce. Také jsme nastínili možnosti, jak na tento pilotní výzkum dál navázat. Domníváme se, že by mohlo být velmi zajímavé získat od žen, které vyplňovaly náš dotazník, informace o tom, jak probíhala jejich adaptace po porodu. Konfrontovat je znovu s jejich předchozím očekáváním a zjistit, nakolik se jejich současná situace blíží či odlišuje od původních představ.

## Použitá literatura

### *Monografie*

- Ainsworthová, in: Langmeier, J., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie. Praha, Grada 1998, str. 66*
- Balcar, K.: Úvod do studia psychologie osobnosti. Chrudim, MACH, 1991*
- Baštecká, B., Goldmann, P.: Základy klinické psychologie. Praha, Portál 2001*
- Bowlby, J.: Attachment. London, Pimlico 1997*
- Brazelton, T. B.: Neonatal Behavioral Assessment Scale, Philadelphia, Lippincot 1973*
- Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K. a kol.: Porodnictví. Praha, Grada-Avicenum 1999*
- Davenport, M. L.: Implication for Birth attendants. International Congress of the Society of Prenatal Psychology. Badgastein, 1986*
- Ferjenčík, J.: Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha, Portál 2000*
- Fialová, L., Hamplová, D., Kučera M., Vymětalová, S.: Představy mladých lidí o manželství a rodičovství. Praha, Slon 2000*
- Gloger-Tippelt, G., 1998, in: Šulová, L.: Raný psychický vývoj dítěte. Praha, Karolinum 2004*
- Hamplová, D. a kol.: České ženy. Praha, Sociologický ústav AVČR 2003*
- Hartl, P., Hartlová, H. : Psychologický slovník. Praha, Portál 2000*
- Hayesová, N.: Základy sociální psychologie. Praha, Portál 1998*
- Honzák, R.: Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout. Praha, Maxdorf 1995*
- Karsten, H.: Ženy – muži. Genderové role, jejich původ a vývoj. Praha, Portál 2006*
- Klaus, H., Kennell, J. H., Klaus, P. H.: Porod s doulou: Rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu. Praha, One Woman Press 2004*
- Langmeier, J., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie. Praha, Grada 1998*
- Leboyer, F.: Porod bez násilí. Praha, Stratos 1995*
- Lorenz, K.: Takzvané zlo. Praha, Academia 2003*
- Lovasová, L.: Rodinné vztahy, Sdružení Linka Bezpečí 2005*
- Maccoby, E., in: Flanagan, C.: Early socialisation: Sociability and attachment. London, Routledge 1999*
- Matějček, Z., Dytrych, Z., Schüller, V.: Pražská studie o dětech narozených z nechtěného těhotenství. Psychol. patopsychol. dieťaťa, 10, 1976, s. 229-246, 291-308*
- Matějček, Z., Langmeier, J.: Počátky našeho duševního života. Praha, Panorama 1986*

- Matějček, Z.:* Co děti nejvíce potřebují. Praha, Portál 1994
- Matějček, Z., Langmeier, J.:* Psychická deprivace v dětství. Praha, Avicenum 1974
- Matějček, Z.:* Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha, SPN 1992
- Matějček, Z.:* Prvních šest let ve vývoji a výchově dítěte. Praha, Grada 2004
- Matějček, Z.:* Rodiče a děti. Praha, Avicenum 1986
- Mitchell S. A., Blacková M. J.:* Freud a po Freudovi. Praha, Triton 1999
- Možný, J.:* Moderní rodina. Brno, Blok 1990
- Nicolson, P.:* Poporodní deprese. Praha, Grada 2001
- Odehnal, J. in: Janoušek, J. a kol:* Sociální psychologie 2. svazek. Praha, SPN 1984
- Odent, M. :* Znovuzrozený porod. Praha, Argo 1995
- Phoenix, A., Woollett, A., Lloyd E. in: Sobotková, I.:* Psychologie rodiny. Praha, Portál 2001, s. 121
- Praško, J.:* Úzkostné poruchy. Praha, Portál 2005
- Prašková, H., Praško, J.:* Deprese a jak ji zvládat. Praha, Portál 2001
- Rheinwaldová, E. :* Rodičovství není pro každého. Praha, Motto 1992
- Rosiová, A. in: Možný, J.:* Moderní rodina. Brno, Blok 1990
- Slaměník, I., Výrost, J.:* Aplikovaná sociální psychologie I. Praha, Portál 1998
- Slaměník, L., Výrost, J.:* Sociální psychologie. Praha, ISV 1997
- Sobotková, I.:* Psychologie rodiny. Praha, Portál 2001
- Spitz, R. A.,* La première année de la vie de l'enfant. Genèse de premières relations objectales, in: Šulová, L.: Raný psychický vývoj dítěte. Praha, Karolinum 2004
- Šulová, L.,* Člověk v rodině, in: *Slaměník, I., Výrost, J. Sociální psychologie, Praha. Portál 1998, s. 303-342*
- Šulová, L.:* Raná interakce dítěte s rodiči. In: Psychologické problémy člověka v měnícím se světě I. *Studia psychologica, Praha, Karolinum 2001*
- Šulová, L.:* Raný psychický vývoj dítěte. Praha, Karolinum 2004
- Trapková, L., Chvála, V.:* Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha, Portál 2004
- Verny, T., Kelly, J.:* Tajomný život dieťaťa pred narodením. SPN, Bratislava 1993
- Vokurka, M., Hugo, J. a kol. :* Praktický slovník medicíny. Praha, Maxdorf 1994
- Vroom, V. H.,* Work and motivation, in: Nakonečný, M.: Motivace lidského chování. Praha, Academia 1996

## *Články*

*Barber, J. S.:* Ideational Influences On The Transition to Parenthood: Attitudes Towards Childbearing and Competing Alternatives. *Social Psychology Quarterly*. 2001, 64, s.101-127

*Bewley, S., Cockburn, J.:* Responding to Fear of Childbirth. *The Lancet*, 359, 2002, s.2128-2129

*Brockington, I.:* Anxiety, Obsessions and Morbid Preoccupations in Pregnancy and The Puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 2006, 9, s.253-263

*Côté-Arsenault, D., Dombek, M. T. B.:* Maternal Assignment of Fetal Personhood to a Previous Pregnancy Lost: Relationship to a Current Pregnancy. *Health Care for Women International*, 2001, 22, s.649-665

*DiPietro, J. A., Miller, S.:* Psychosocial Influences on Weight Gain Attitudes and Behaviors During Pregnancy, *Journal of the American Dietetic Association*, 2007, 10, s.1314-1319

*Goldmann, P.:* Dvojí přístup k mateřství, Centrum pro rodinu při Arcibiskupství pražském, Praha 1998

*Green, M., Kafetsios, K.:* Positive Experiences of Early Motherhood: Predictive Variable From a Longitudinal Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1997, 15, s.141-157

*Grussul, P. a kol.:* Profile of Mood States and Parental Attitudes in Motherhood: Comparing Women with Planned and Unplanned Pregnancies. *Issues in Perinatal Care*, 2005, 32, s. 107-114

*Hofberg, K., Brockington, I.:* Tokophobia: An Unreasoning Dread of Childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 176, s. 83-85

*Howe, D.:* Attachment theory, Child Maltreatment and Family Support. London, Macmillan press LTD 1999

*Ilicali, E.T., Fisek, G.O.:* Maternal Representations During Pregnancy And Early Motherhood. *Infant Mental Health Journal*, 2004, 25, s. 16-27

*Kulísek, P.:* Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*, XLIV, 2000, č.5, s. 404-423

*Lundgren, I.:* Releasing And Releaving Encounters: Experience Of Pregnancy And Childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 2004, s.368-375

*Melender, H. L.:* Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Issues in Perinatal Care*, 2002, 29, s. 101-111

*Mikulincer, M., Florian, V.:* Maternal-fetal Bonding, Coping Strategies, And Mental Health During Pregnancy-The Contribution of Attachment Style, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 1999, No. 3, s. 255-276

*Sable M. R., Wilkinson, D. S.:* Impact of Perceived Stress, Major Life Events and Pregnancy Attitudes on Low Birth Weight, *Family Planning Perspectives*. New York, 2000, 32, 6, s. 288-294

#### ***Internetové zdroje***

*Bonari, L., Bennett. H.:* Risks of Untreated Depression During Pregnancy, *Canadian Family Physician*, 2004, 50 (přístupné na <http://www.cfpc.ca/cfp/2004/jan/vol50-jan-clinical-1.asp>)

<http://www.czso.cz/>

<http://www.neplodnost.cz/>

#### ***Diplomové a dizertační práce***

*Růžičková, L.:* Změny ve frekvenci a prožitku pohlavního styku u ženy během těhotenství a po porodu. Praha, FFUK 2005

# Přílohy

## *Příloha 1 - Dotazník*

### Dotazník

Dobrý den, dostává se Vám do rukou dotazník, který je součástí mé diplomové práce na katedře psychologie FFUK. Tato práce se zaměřuje na těhotenství a mateřství ženy. Údaje, které zde uvedete považuji za důvěrné a budou použity pouze pro účely diplomové práce. Za vyplnění dotazníku a za Váš čas Vám moc děkuji.

Vaníčková Hana

Nyní přistupme k vyplnění dotazníku. Předkládám Vám 19 položek. Vybírejte takovou možnost (nebo možnosti), která pro Vás nejvíce platí. Pokud zde taková možnost není, můžete svou vlastní odpověď vypsát do volného políčka. Vybranou odpověď označte např. křížkem X.

#### **1. Na narození dítěte se**

- těším
- netěším
- mám smíšené pocity
- jiné:

#### **2. Při představě toho, co mě čeká po porodu, cítím převážně**

- radost a pohodu
- neutrální pocity
- obavy a strach
- smíšené pocity radosti i obav
- jiné:

#### **3. Mateřství považuji za období života, které je (zvolte jednu či více možností)**

- šťastné, zajímavé
- náročné, velice vyčerpávající
- nudné, ubíjející
- nenáročné, relaxační
- běžné, obyčejné
- .....

#### **4. Největší radost budu mít jako matka nejspíš z**

.....

#### **5. Až budu matkou, budu mít největší obavy z**

.....

## **6. Myšlenka, že budu matkou**

- mě naplňuje radostí
- se mi celkem zamlouvá
- je pro mě překvapivá, těžko si na ni zvykám
- je pro mě nepříjemná
- je pro mě nepřijatelná
- jiné:

## **7. Má bezprostřední reakce na zjištění, že jsem těhotná, byla (Pokud nejste těhotná, pokračujte otázkou č.9)**

- pozitivní
- negativní
- rozporuplná
- jiná:

## **8. Dítě, které čekám**

- je chtěné
- je nechtěné
- můj partner ho nechce, ale já ano
- můj partner ho chce, já ne

## **9. Když pomyslím na všechny rutinní úkony jako přebalování, koupání, kojení, uspávání dítěte apod., tak**

- se cítím připravená a sebejistá
- doufám, že se to rychle naučím
- se cítím bezradná a nepřípravená
- jiné:

## **10. Svě vlastní dětství považuji za**

- celkově šťastné
- průměrné
- spíše nešťastné
- jiné:

## **11. Myšlenka na porod ve mně vyvolává (vyberte jednu nebo více možností)**

- radost
- úlevu
- nervozitu
- obavy až strach
- smutek
- zvědavost
- nedočkavost
- jiné pocity:

## **12. Pokud máte obavy a strach z porodu, jedná se o strach (Zvolte jednu i více možností nebo přejděte k další otázce, pokud obavy nemáte)**

- ze zdravotních problémů u dítěte

- porodních komplikací
- o vlastní zdraví
- z velké bolesti
- z přístupu zdravotnického personálu
- z toho, že nebudu mít okolnosti porodu plně pod kontrolou (podání léků, nástřih hráze, poloha, v které budu rodit, přítomnost dalších osob atp.)
- že se nebudu při porodu ovládat, např. budu křičet, plakat
- že to bude trvat příliš dlouho
- jiné:

**13. Můj vztah k mateřství lze vystihnout nejspíše takto:**

- těším se, až budu mít dítě
- mateřství není dobré uspěchat, ale děti jednou mít chci
- nejsem si jistá, zda chci mít děti
- mít děti neplánuji
- nemohu mít děti
- jiné:

**14. Mám obavy z toho, že jako matka selžu při výchově svých dětí**

- stále
- často
- někdy
- téměř vůbec
- vůbec ne

**15. Své současné těhotenství jsem**

- plánovala
- neplánovala
- jiné:

**16. Přístup mého partnera během těhotenství lze popsat takto**

- prožívá vše se mnou
- nijak zvlášť to neprožívá
- je mu to lhostejné
- k mému těhotenství se staví odmítavě
- nemám partnera

**17. Během těhotenství zažívám stres**

- stále
- často
- někdy
- téměř vůbec

**18. Pokud zažíváte stres často nebo stále, stručně prosím popište, z čeho především vyplývá**

.....

### 19. Považuji se spíše za

- optimistku
- pesimistku
- jiné:

Tímto je dotazník u konce. Na závěr Vás prosím o doplnění následujících údajů:

1) Věk:

2) Vzdělání:

3) Současné zaměstnání:

4) Stav (Označte všechny možnosti, které se Vás týkají):

-svobodná

-vdaná

-rozvedená

-ovdovělá

-žiji s partnerem

-žiji sama

5) Dosavadní průběh těhotenství:

-bez komplikací

-vyskytly se tyto komplikace:

6) Nyní jsem ve .... týdnu těhotenství

7) Jedná se o vícečetné těhotenství

-ano -

-ne

8) V minulosti jsem podstoupila interrupci

-ano

-ne

9) V minulosti jsem samovolně potratila

-ano

-ne

10) Otěhotněla jsem metodou asistované reprodukce

-ano


-ne

V případě zájmu o zařazení do navazujícího výzkumu, prosím, zanechte kontakt na sebe (jméno, telefonní číslo). Vyplnění tohoto bodu není povinné.

Informace o průběhu a výsledcích výzkumu ráda na vyžádání podám na e-mailové adrese [hana.vanickova@centrum.cz](mailto:hana.vanickova@centrum.cz)

## ***Příloha 2 – Odpovědi na otázku č.4***

Doslovné odpovědi respondentek na otázku č.4 **Největší radost budu mít jako matka nejspíš z:**

1. když bude dítě zdravé, z prvního úsměvu, slovíčka, kroku
  2. jejich úsměvů, pokroků
  3. miminka
  4. ze zdraví a pokroků miminka
  5. toho, jak poroste, bude se vyvíjet před očima
  6. z lásky svého dítěte
  7. když bude dítě zdravé
  8. ze všeho, co se týká nového dítěte v rodině
  9. z jeho úspěchu (správného vývoje, úsměvu)
  10. z dítěte samotného, z toho že můžu mít vlastní potomky
  11. když bude dítě veselé a usměvavé
  12. pokroků
  13. dítěte, partnera, sebe, přátel, širší rodiny, a všeho ostatního, co mi dělalo radost už dříve
  14. až se poprvé usměje
  15. když se mi podaří vše zvládat – dítě, manžela, domácnost a ještě mi zbude čas
- 

Zástupce - TOTALCMD.EXE.lnk pro sebe
16. když bude dítě spokojené, zdravé a v budoucnu schopné samostatného života
  17. z pokroků a růstu svého dítěte
  18. z jeho spokojenosti
  19. ze zdravého dítěte, které se v budoucnu bude schopno o sebe postarat a plnohodnotně užívat života
  20. komunikace s dítětem, naplnění vztahu s partnerem
  21. štěstí a úspěchů svého dítěte a samo sebou z toho, že je zdravé
  22. z dítěte samotného, až ho budu držet v náručí. A když uvidím, jaké dělá pokroky, jak se vyvíjí, jaké vlastně je
  23. z komunikace, rozvoje dítěte, růstu psychického i fyzického a z dobrého zdraví mého dítěte
  24. zdravého fyzického a psychického vývoje dítěte
  25. zdravé dítě
  26. mého miminka
  27. dětského úsměvu a každého pokroku dítěte..., když mé dítě bude šťastné
  28. ze všeho radostného
  29. našeho vzájemného vztahu a když bude spokojené

30. prvního slova : máma, táta
31. jeho drobných postupných objevů, jeho rozvoje, poznávání nového, pokroků, prvních krůčků atd.
32. pokroků při vývoji miminka
33. prospívání svého dítěte
34. z toho, že mám děťátko, a z toho, že se na mě směje!!!
35. zdraví
36. zdraví dítěte
37. samotné narození dítěte (ne porod)
38. vývoje a růstu dítěte; z naplnění podstaty a smyslu lidského života (překročení vlastního života); z nových oblastí sdílení, které přinese dítě do partnerského vztahu
39. vývoje dítěte – krok po kroku (nabývání dovedností)
40. zdravého a šťastného dítěte
41. toho, když uvidím, že je můj partner šťastný, že spolu máme miminko, a že si to užívá
42. z dítěte
43. jeho úspěchů a z toho, že bude spokojené
44. něho (ní) samotného (né)
45. zdravého a radostného dítěte
46. ze zdraví svého dítěte a úspěchu svého dítěte
47. ze všeho, co se týká dítěte
48. lásky dítěte, pozorování jeho vývoje, možnosti mít na něj významný vliv
49. prospívajícího děťátka, vzájemného vznikajícího vztahu
50. nevím
51. z pozitivních reakcí dítěte na svou osobu, z jeho vývoje a pokroků, z pocitu, že je celkově zabezpečené. V jeho dospívání doufám, že i z postupného osamostatňování se, najítí si vlastního života
52. toho, že jsem matka a zvládla jsem životní důležitou změnu
53. že je zdravé, že mu/jí chutná
54. z miminka. Ucelenosti vztahu s partnerem, z rodiny
55. jeho lásky, úsměvů, prvních krůčků
  
56. toho když se bude moje dítě usmívat a bude zdravé
57. komunikace s dítětem, jeho pokroků
58. ze zdravého dítěte
59. ze svého dítěte, z jeho radosti
60. pokroků a úspěchů, které dítě dělá

### ***Příloha 3 – Odpovědi na otázku č.5***

Doslovné odpovědi respondentek na otázku č.5 **Až budu matkou, budu mít největší obavy z**

1. obavy o zdraví dítěte a manžela
2. zdraví svých dětí
3. jestli to zvládnou
4. zdraví miminka
5. zodpovědnosti, kterou za malého tvorečka budu mít, strachu o něj
6. zatím mne nic nenapadá
7. ze světa kolem, pedofilů a podobně
8. nemocí, úrazů, cizích a zlých lidí, kteří ubližují dětem
9. bezpečí dítěte, jeho zdraví
10. z toho, abych něco nezanedbala, nebyla zbytečně přísná nebo benevolentní.....no je toho spousta
11. ze smrti dítěte
12. nemoci dětí, úrazů
13. možného ohrožení dítěte (nemoci, úrazy apod.), přístupu okolí (nechtěla bych, aby mně a mému partnerovi do péče o dítě a výchovy příliš zasahovali prarodiče, lékaři + zdrav. systém aj.), přála bych si mít dostatek intimity a nerušeného prostoru k tomu, abych se mohla na dítě naladit, poznat ho, vytvořit si vztah, věnovat mu dost pozornosti, trochu se bojím toho, že nebudu schopna si vytvořit dostatečně pevné hranice, abych mohla poslouchat svoji intuici místo pravidel a očekávání okolí, rolí, apod.
14. jak to všechno zvládnou sama
15. jak zvládnou děti
16. aby moje celá rodina byla šťastná a zdravá a pak asi přiměřeně věku dětí z určitých „běžných“ věcí (aby ho nezajelo auto, aby „přežilo“ pubertu a nevlítlo např. do drogové závislosti, aby ho něco bavilo (nějaký koníček), aby se něco pořádně naučilo. ...atd.)
17. o zdraví svého dítěte
18. budu se bát o své dítě, aby se mu něco nestalo, někdo mu neublížil
19. o zdraví dítěte
20. nemocí dítěte, ztráty partnera, výchovných komplikací
21. toho, aby bylo moje dítě vždy zdravé
22. toho, jestli bude dítě zdravé a zda to všechno zvládnou. Po půl roce bych se ráda vrátila do zaměstnání (na rodičovskou dovolenou by měl jít otec dítěte), takže mé obavy plynou i z toho, zda zvládnou práci i dítě skloubit dohromady
23. o zdraví a život dítěte
24. zdraví a spokojenosti dítěte a manžela
25. zdraví a jestli to zvládnou
26. abych byla dobrou matkou

27. zda zvládnu výchovu dítěte
28. vůbec netuším
29. toho, abych dítě dobře vychovala (aby bylo šťastné), o jeho zdraví
30. nemocí, správné výchovy
31. onemocnění dítěte
32. toho, abych zvládla miminko, domácnost, sebe (hlavně nezblbnout) a nezanedbávala přitom tatínka
33. toho, aby bylo dítě v pořádku
34. nebudu vědět co je děťátko, když bude plakat – a jako zdravotník bych měla, ze sociální nejistoty (která může nastat), nedostatku času na manžela i na sebe, tchýně a tchána
35. zdraví a spokojenosti dítěte a dobrého vývoje
36. zdraví
37. kojení (zda to půjde)
38. o zdraví dítěte; obavy z toho, aby mé vlastní zdravotní problémy nenarušily schopnost se o dítě plně starat (abych např. sama nemusela do nemocnice)
39. možného špatného vlivu okolí (drogy, alkohol.....atd.) na dítě
40. toho, aby bylo dítě zdravé a abych mateřství zvládala
41. toho, zda je miminko v pořádku, jestli se vyvíjí všechno, jak má
42. o dítě
43. aby se dítěti něco nestalo...myslím po zdravotní stránce
44. o zdraví dítěte
45. o zdraví dítěte
46. ze správné výchovy, a abych roli matky zvládla
47. jak dobře vychovat dítě
48. ze sebe – abych byla dobrá mama, nepřenášela na dítě své problémy, neublížila mu ve smyslu traumat
49. správné péče o dítě, abych mu neublížila, něco nezkazila, strach o jeho zdraví
50. nevím
51. ze zvládání péče o dítě, ale spíše jeho vhodné výchovy a také zvládání tohoto stylu života bez pocitu, že mi něco uniká, že mám být aktivnější
52. toho, abych nebyla příliš úzkostlivá, abych se správně postarala a dala dítěti vše, co můžu a nechala ho „volně dýchat
53. abych kojila+jinak obavy budou v průběhu vývoje určitě různé a pořád - zdraví, fyzický vývoj, psychický vývoj dítěte
54. aby mé dítě bylo v pořádku, zdravé. Abych byla schopná dát mému dítěti vše, co bude potřebovat; abych něco nezanedbala
55. strach o dítě (zdraví, bezpečnost..)
56. toho aby moje dítě bylo zdravé
57. jestli zvládnu péči o dítě, finanční situace
58. ze změny režimu dne
59. abychom se s miminkem rychle sžili a abych nebyla tak docela jako mí rodiče
60. o zdraví dítěte

#### ***Příloha 4 – Odpovědi na otázku č.18***

Doslovné odpovědi respondentek na otázku č.18 **Pokud zažíváte stres často nebo stále, stručně prosím popište, o jaké situace jde.**

1. práce a špatná finanční situace
2. čekání na výsledky různých testů..málem mi mimčo na začátku vzali, tvrdili, že jsem potratila, nakonec se na ultrazvuku objevil, pak se čekalo na triply, genetiku, pořad něco.od 24.tt mi vyhrožovali předčasným porodem, musela jsem ležet a nakonec přenáším.....a poslední stres- zkouškové období
3. o zdraví dítěte, že je vše v pořádku
4. je to proto že jsem už o jedno dítě přišla (29tt), občas se to vrací hlavně v noci
5. deprese
6. osamělost, škola
7. nedokončená stavba domu; obavy ze zdravotních komplikací
8. občas v práci
9. zdravotní problémy, obavy z komplikací při porodu a po něm
10. jedná se pouze o stres, který plyne z pracovních povinností
11. jedná se o běžné stresové situace související s mou prací, cestováním do zaměstnání apod.
12. stres jsem zažívala v práci, na mateřské dovolené už jsem v klidu
13. zdravotní problémy u mě – onemocnění žlučníku,cukrovka
14.
  - příprava na změnu – domlouvání se s partnerem, kterého příprava stresuje a má tendenci vše odkládat až na dobu po porodu (kdyby něco nedopadlo dobře, nechce se dívat na připravenou výbavu apod.)
  - příprava na odchod celé rodiny na několik let do zahraničí (manžel dostal pracovní nabídku a nastupuje už 1 měsíc před porodem, já s miminkem odjedu za ním 3-4 měsíce po porodu)
  - ukončení školy (odevzdání diplomové práce necelý měsíc před porodem a státnice po porodu)
15. rozdílné pohledy na všechny možné situace mezi tchýní a námi (mě a manžela)
16. někdy jako učitelka ve škole
17. stres v práci
18. stres u mě pramení z obav o zdraví plodu, které souvisí s mými vlastními zdravotními potížemi spojenými s chronickou trávicí chorobou (bolesti a křeče břicha a jimi způsobené poruchy spánku, neschopnost přibrat na váze, nechutenství)
19. obavy z porodu, nespokojenost s měnícím se tělem a stále větší neohrabaností, obavy o zdraví a prožívám dost stresů v práci, prostě se bojím toho, co přijde,

- děsí mě i to, že místo mě nastoupí do práce někdo jiný a jestli mě vezmou zpátky
20. komplikace: nepřítomnost srdeční akce, krvácení, křeče v břiše. Čekání na výsledky testů.
  21. no zlobí mně partner občas
  22. pracovní problémy, při cestování, když je mi zle
  23. mám mnoho povinností, jsem velmi vytížená – studium, časté chození do práce. K tomu jsem měla krátkodobý velký stres ohledně bydlení
  24. přestěhovali jsme se do nového bytu, kde vedle v domě bydlí cikáni a dělají velké potíže, dále nám dělá potíže přítelův zaměstnavatel a přítel prožívá psychospirituální krizi, takže místo soustředění se na miminko jsem ho musela držet, aby to ustál
  25. můj partner chodil často s kamarády do hospody a já jelikož jsem byla doma na rizikovém těhotenství, nebylo mi dobře a nebylo mi vůbec příjemné, když přišel domu opilý-zpětně říká, že se nudil a potřeboval zábavu - dodnes jsem mu toto chování neodpustila, jinak máme moc hezký vztah
  26. péče o nemocnou maminku, o senilního otce a zařizování věcí okolo
  27. s mým tělem se dějí věci, které jsem dosud necítila, díky tomu nejsem schopná určit, zda je to v pořádku, v rámci norem, a nebo zda bych neměla raději vyhledat lékaře (zde se téměř ve 100% jedná o strach o zdraví dítěte, nikoli o mé vlastní). Současně nechci vypadat jako ženská, která kvůli každé maličкости běží k doktorovi, to vytváří stresující kolečko, které jednou řeším návštěvou lékaře, podruhé radou u maminek či kamarádek prostě jak to zrovna cítím a také podle toho jak moc mě daná rada uspokojí.

### ***Příloha 5 – Odpovědi na otázku č.19***

Doslovné odpovědi „jiné“ z otázky č.19 **Pozitivní i negativní zkušenosti žen, které již rodily...**

1. pozitivní mě uklidňují, negativním kecům se vyhýbám nebo si je snažím nepřipouštět
2. jsou zajímavé, ale je potřeba je příliš nepřeceňovat
3. negativní se snažím neposlouchat, pozitivní mě uklidňují
4. Raději je moc nevyhledávám, protože negativní zkušenosti by ve mně vyvolaly strach z porodu a to nechci. Ale pozitivní si ráda poslechnu.
5. asi pro mě budou cenné, ale zatím je moc nevyhledávám
6. vyslechnu si je,ale myslím si,že každá žena prožívá těhotenství a porod jinak,proto jsem zvědavá na ten svůj porod a zatím se nijak nevzrušuji
7. nevyhledávám je
8. zajímají mě, ale nenechám se děsit

**Příloha 6 – Tabulky (předvýzkum)**

<b>Tabulka 53, Charakteristika předvýzkumného souboru těhotných, VOM, červen 2007, N=9</b>		
počet osob	9	
průměrný věk	28,9	
vzdělání	SŠ	3
	VŠ	6
svobodná, s partnerem	5	
vdaná	4	
komplikace	1	
bez komplikací	8	
týden těhotenství	8-36	

<b>Tabulka 54, Charakteristik předvýzkumného souboru netěhotných, VOM, červen 2007, N=19</b>		
počet osob	19	
průměrný věk	25,5	
vzdělání	SŠ	10
	VŠ	9
svobodná, s partnerem	9	
svobodná, sama	6	
vdaná	4	

**Příloha 7 – Tabulky (ostatní)**

<b>Tabulka 55, Četnosti respondentek podle týdne těhotenství, VOM, červen 2007, N= 60, část 1</b>																		
<b>Týden těhotenství</b>	5.	9.	10.	13.	14.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
<b>Četnost</b>	1	1	1	1	1	5	1	1	2	2	2	2	3	4	3	1	2	1

<b>Tabulka 56, Četnosti respondentek podle týdne těhotenství, VOM, červen 2007, N= 60, část 2</b>											
<b>Týden těhotenství</b>	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.	41.	
<b>Četnost</b>	2	3	1	3	5	3	3	3	2	1	

Tabulka 57, Péče o dítě x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Na rutinní úkony jako přebalování, koupání, uspávání dítěte apod.,	Se cítím připravená a sebejistá	11	3		14
	Doufám, že se to rychle naučím	33	9	1	43
	Jiné	1			1
Celkem		45	12	1	58

Tabulka 58, Představa po porodu x plánování mateřství, VOM, červen 2007, N=60		Těhotenství jsem			Celkem
		Plánovala	Neplánovala	Jiné	
Při představě, co mě čeká po porodu, cítím převážně	Radost a pohodu	11	4		15
	Neutrální pocity	1		1	2
	Obavy a strach	1			1
	Smíšené pocity radosti i obav	34	8		42
Celkem		47	12	1	60

Tabulka 59, Vztah k mateřství x vlastní dětství, VOM, červen 2007, N=60		Vlastní dětství				Celkem
		Celkově šťastné	Průměrné	Spíše nešťastné	Jiné	
Myšlenka, že budu matkou	Mě naplňuje radostí	30	5	2	2	39
	Se mi celkem zamlouvá	5	2			7
	Je pro mě překvapivá, těžko si na ni zvykám	2	1			3
	Jiné	3		1		4
Celkem		40	8	3	2	53