

==

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Sociální psychologie



Eliška Kodyšová

**Vliv sociálně psychologických faktorů
porodního zážitku na ranou rodičovskou
self-efficacy prvorodiček**

**Social-psychological aspects of childbirth
experience and their impact on early
parental self-efficacy of first-time mothers**

Disertační práce

**Vedoucí disertační práce: PhDr. Simona Horáková
Hoskovcová, PhD.**

2013

Poděkování

Svým třem dětem vděčím za inspiraci pro napsání této práce; svému muži Petrovi navíc i za instrumentální a emoční oporu, především při zápolení s technikou a statistikou.

Děkuji také Simoně Hoskovcové za účinné pozvednutí mé akademické self-efficacy v nejnáročnějších momentech.

Můj dík patří také všem, kdo mi poskytli odbornou podporu, ať už na katedře psychologie FF UK v Praze, tak na Institut für Psychologie Albert-Ludwigs-Universität Freiburg v Německu.

Tato práce by nevznikla, nebýt souhlasu a spolupráce porodnic v Motole, Kladně, Táboře a ve Vrchlabí. Nejvíce ovšem děkuji všem ženám, které se výzkumu zúčastnily a v náročném období před a po narození svého prvního dítěte se se mnou podělily o své zážitky a zkušenosti.

Prohlašuji, že jsem tuto disertační práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného či stejného titulu.

V Praze dne

Podpis autora

Název práce: Vliv sociálně psychologických faktorů porodního zážitku na ranou rodičovskou self-efficacy prvorodiček

Autor: Eliška Kodyšová

Katedra: Katedra psychologie

Vedoucí disertační práce: PhDr. Simona Horáková Hoskovcová, PhD., Katedra psychologie FF UK Praha

Abstrakt: Období vstupu do rodičovství je významným přechodovým obdobím v psychické ontogenezi ženy. Důležitým faktorem předvídajícím rodičovské kompetence a emoční pohodu je rodičovská self-efficacy (vnímaná rodičovská účinnost). Nedávné studie ukazují, že rodičovskou self-efficacy matky může ovlivnit i spokojenost s porodním zážitkem. Ta je zase predikována sociálně psychologickými aspekty porodního zážitku, především oporou ze strany zdravotníků a pocitem osobní kontroly. V longitudinálním dvoufázovém výzkumu jsme proto sledovali faktory ovlivňující rodičovskou self-efficacy v období kolem narození prvního dítěte a jednotlivé determinanty porodního zážitku. S využitím mnohonásobné lineární regrese jsme zjistili, že ačkoli je rodičovská self-efficacy z velké míry založena už před porodem, opora ze strany zdravotníků při porodu a snadná utišitelnost dítěte ji mohou významně pozitivně ovlivnit. Potvrdili jsme také rozhodný vliv opory ze strany zdravotníků při porodu na spokojenost s porodním zážitkem i v našem souboru, reprezentativním pro prvorodičky v ČR.

Klíčová slova: rodičovská self-efficacy; porodní zážitek; opora při porodu; prvorodičky

Title: Social-psychological aspects of childbirth experience and their impact on early parental self-efficacy of first-time mothers

Author: Eliška Kodyšová

Department: Department of Psychology

Supervisor: PhDr. Simona Horáková Hoskovcová, PhD., Department of Psychology, Faculty of Arts, Charles University in Prague

Abstract: Transition to parenthood is a significant transition period in a woman's psychological ontogenesis. An important predictor of parenting abilities and well-being is parental self-efficacy. Recent studies show that mothers' parental self-efficacy can be influenced by childbirth satisfaction, which, in turn, is predicted by social-psychological aspects of childbirth experience, especially support by caregivers. In a longitudinal 2-phase research, we have followed parental self-efficacy determinants working around 1st childbirth as well as childbirth experience determinants. Using multiple linear regression analysis we determined that although parental self-efficacy is mainly prenatally determined, caregivers' support and baby's soothability can impact it positively. We have also confirmed the decisive influence of caregivers' support on childbirth satisfaction in our sample, which is representative for Czech primiparas.

Keywords: parental self-efficacy; childbirth experience; support in childbirth; primiparas

Obsah

1 Úvod	6
2 Vstup do rodičovství jako přechodová fáze ve vývoji osobnosti	8
2.1 Rodičovství jako příležitost a zisk	8
2.2 Rodičovství jako vědomé omezení	10
2.3 Modely vstupu do rodičovství	11
3 Rodičovské chování a jeho vývoj	14
3.1 Koncept self-efficacy: Vývoj psychické odolnosti v období vstupu do rodičovství	15
3.1.1 Rodičovská self-efficacy	17
3.2 Teorie citové vazby a rodičovské chování	23
3.2.1 Vývoj rodičovského chování dle teorie vazby . .	28
3.2.2 Biologické a kulturně-historické faktory při rozvoji rodičovského chování	30
3.3 Shrnutí	34
4 Kdo a proč má děti	36
4.1 Demografické aspekty rodičovství a sociálně-historický kontext přání mít dítě	36
4.2 Individuální faktory motivace k vstupu do rodičovství .	39
4.3 Shrnutí	43
5 Otěhotnění	44
5.1 Neplodnost, asistované početí a jejich dopady na rodičovství	44
5.2 Nechtěné otěhotnění a jeho dopady na rodičovství . . .	46
5.3 Shrnutí	46

6	Těhotenství	48
6.1	První trimestr	49
6.1.1	Komplikace a potrat: nečekaná ztráta	50
6.2	Druhý trimestr	51
6.2.1	Ultrazvuk a genetický screening: úsilí o dokonalé dítě	52
6.3	Třetí trimestr	55
6.3.1	Emoce a postoje vztahující se k blížícímu se porodu	56
6.4	Těhotenství a partnerství	57
7	Porod	59
7.1	Kvalita porodního prožitku a její výzkum	61
7.2	Determinanty porodního prožitku	63
7.2.1	Osobnostní determinanty a další charakteristiky rodící ženy	64
7.2.2	Očekávání před porodem: obavy a self-efficacy .	66
7.2.3	Předporodní příprava	69
7.2.4	Způsob porodu a porodnické intervence	72
7.2.5	Porodní bolest	73
7.2.6	Psychosociální kontext zdravotní péče při porodu a interakce rodičky se zdravotníky	76
7.2.7	Percepce sociální opory při porodu a její psychologické a biologické determinanty	81
7.2.8	Shrnutí	88
7.3	Dlouhodobé dopady porodního prožitku	89
7.4	Shrnutí	94
8	Rané rodičovství	95
8.1	Rozvoj vztahu mezi matkou a dítětem	95
8.1.1	Raný kontakt: počátek citové vazby	95
8.1.2	Rozvoj vztahu s dítětem v průběhu prvního roku života	97

8.2	Dopady raného rodičovství	99
8.2.1	Rodičovství a partnerství	101
8.2.2	Sólo matky	102
8.3	Shrnutí	103
9	Závěr teoretické části: bio-psycho-sociální souvislosti vstupu do rodičovství	105
10	Úvod empirické části a výzkumné hypotézy	108
11	Postup výzkumu a metody	109
11.1	Metody	110
11.1.1	První fáze výzkumu	110
11.1.2	Druhá fáze výzkumu	112
11.2	Sběr dat	114
11.3	Vyhodnocení dat	115
11.4	Účastnice výzkumu	116
11.4.1	Popis finálního výzkumného vzorku	119
11.4.2	Rizikové těhotenství ve skupině	123
12	Výsledky analýzy dat	126
12.1	Psychometrické vlastnosti použitých nástrojů	126
12.2	Deskriptivní analýza sledovaných proměnných	126
12.3	Mnohonásobná lineární regrese: Spokojenost s porodem	128
12.3.1	Vstupní kontrola předpokladů MLR	129
12.3.2	Výsledky MLR	130
12.4	Mnohonásobná lineární regrese: Změna rodičovské self- efficacy a rodičovská self-efficacy po porodu	133
12.4.1	Vstupní kontrola předpokladů MLR	135
12.4.2	Výsledky MLR: změna rodičovské self-efficacy .	136
12.4.3	Výsledky MLR: rodičovská self-efficacy po porodu	139
12.4.4	Shrnutí obou postupů	142
12.5	Shrnutí výsledků výzkumu	143

13 Souhrnná diskuse	144
13.1 Reprezentativnost vzorku a metody	144
13.2 Spokojenost s porodem	145
13.3 Rodičovská self-efficacy v období vstupu do rodičovství	146
13.4 Další otázky	151
14 Závěr	153
15 Seznam zkratk	155
16 Příloha 1 - Úprava dat před statistickou analýzou dat	157
17 Příloha 2 - Tabulky a grafy	159
Literatura	173

Teoretická část

1. Úvod

V posledních letech se narodilo v České republice ročně více dětí než v kterémkoli jiném roce předcházejících dvou dekad. Takzvaný babyboom vyvrcholil v roce 2009, počet narozených dětí však klesá i nadále jen pomalu (*Rodička a novorozenec 2010, 2011*). To znamená, že vstup do rodičovství se dnes týká početné skupiny žen a mužů. Vstup do rodičovství je z hlediska ontogenetických teorií obdobím významných životních změn, a to především pro ženu. Dochází k transformaci jejích sociálních rolí a cílů (přibývá role matky a některé role dočasně, jiné trvale ustupují do pozadí) a v souvislosti s těhotenstvím, porodem a kojením k řadě tělesných procesů a změn (Olbrich, 1995). Cokoli v tomto období žena prožívá, má důsledky i na novorozené dítě.

V posledních letech se i u nás dostává do popředí otázka, jak rodiče toto období prožívají. Protože především pro ženu je jedním z nejintenzivnějších zážitků v tomto období porod, je zvýšená pozornost věnována i psychosociálním aspektům porodnické péče a jejím důsledkům. Ačkoli byly v literatuře popsány dopady negativního porodního zážitku, málo pozornosti bylo zatím věnováno otázce, zda může rodičku či její rodinu ovlivnit pozitivní porodní zážitek či jeho aspekty. V nedávné době se objevily studie, které zjistily souvislost vyšší rané rodičovské self-efficacy se spokojeností s porodem. Není však zatím jasné, zda a jak se rodičovská self-efficacy v období kolem narození prvního dítěte mění a které aspekty porodního zážitku na tuto změnu mají vliv.

Tato práce leží tedy na pomezí vývojové psychologie a sociální psychologie zdraví. Jejím cílem je popsat vývoj rodičovské self-efficacy novopečených matek v období vstupu do rodičovství, se zvláštním zaměřením na jejich porodní prožitek a jeho sociálně-psychologické charakteristiky. Zároveň sleduje i ostatní vývojové aspekty tohoto období s cílem zjistit jeho hlavní výzvy i protektivní vlivy.

Na úvod teoretické části práce představíme vývojově psychologické přístupy k období vstupu do rodičovství. Dále se zabýváme vývojem rodičovského chování z pohledu dvou koncepcí: teorie self-efficacy a teorie citové vazby. Poté bude popsán psychosociální vývoj ženy v jednotlivých fázích vstupu do rodičovství (od prekoncepce až po období raného rodičovství, tj. první rok života dítěte), přičemž se pokusíme vy-

sledovat jednotlivé faktory a procesy, které zde působí, a pojmenovat hlavní vývojové úkoly a výzvy. Pro přehlednost je voleno rozdělení na jednotlivé aspekty vývoje, ty se však vzájemně prolínají a spolupůsobí. Zvláštní zřetel je přitom kladen na porod a na to, které jeho aspekty ovlivňují další prožívání ženy a její uplatnění v mateřské roli.

V empirické části práce je představena metodologie a výsledky explorativního výzkumného projektu, který zkoumá primárně determinanty změny rodičovské self-efficacy v období vstupu do rodičovství, a sekundárně determinanty spokojenosti s porodem.

Tato práce pojednává o tom, jak období vstupu do rodičovství a porod dítěte prožívají ženy. Je to z toho důvodu, že porodní zážitek na ně působí bezprostředně, a jeho vlivy lze tedy u nich lépe sledovat. Ačkoli stávání se otcem je pro muže neméně důležitým vývojovým krokem, není bohužel v možnostech této práce jej podrobněji zachytit. Partneři a otcové jsou tedy sledováni pouze z hlediska svého působení na ženu, podobně jako v minulosti byli oba rodiče sledováni pouze z hlediska svého působení na vývoj dítěte.

2. Vstup do rodičovství jako přechodová fáze ve vývoji osobnosti

Narození prvního dítěte je pro mladé dospělé kritickým přechodem do nové vývojové fáze. V kontextu bio-psycho-sociálních událostí probíhajících v těhotenství, při porodu a v počátcích vztahu s dítětem dochází ke komplexní změně orientace na úrovních jedince, partnerství, vztahu k dítěti i ve vztahu k širšímu sociálnímu prostředí. Ty kladou značné nároky na adaptační schopnosti a psychickou odolnost mladých dospělých (Olbrich, 1995).

V literatuře věnované období vstupu do rodičovství se - výrazněji než v jiných obdobích - jako červená nit vine téma zisku a ztráty. Někteří autoři akcentují především zisk: rodičovství je pro mladé dospělé příležitostí obstát v nových úkolech, zvládnout obtížná období, a tím se obohatit a osobnostně růst. Jiní ale zdůrazňují význam a nezbytnost dobrovolného omezení a vzdání se části toho, čeho už mladý dospělý dosáhl, jako předpoklad osobnostního růstu a úspěchu v tomto období. Oba pohledy jsou si velmi blízké a vzájemně se nevyklučují. Zatímco v prvním případě je třeba čelit externím nárokům a výzvám, v druhém jsou tyto nároky explicitně internalizovány. Pro názornost nyní představíme jejich východiska a hlavní zástupce.

2.1 Rodičovství jako příležitost a zisk

První pohled tematicky vychází z psychologie životního cyklu a z jejího paradigmatu, že v průběhu celého života se osobnost vyvíjí tím, že se musí aktivně vypořádat s vývojovými úkoly (Lehr, 1978). Dalším zdrojem je americká sociologie rodiny 50. let minulého století, kdy byl přechod z partnerství do rodičovství zkoumán v rámci krizového paradigmatu. Podle tohoto pojetí vyžaduje narození dítěte restrukturalizaci interakcí mezi jednotlivými členy rodiny a vede k rozhodujícím, krizově prožívaným změnám v chování jedince (Olbrich, 1995). Výzkum kvality porodního zážitku a životních událostí také ještě re-

lativně nedávno tematizoval narození dítěte jako kritickou událost pro dospělé, především pro nastávající matku, pro kterou mohou být významné změny každodenní rutiny emoční zátěží, a těhotenství zase zdrojem stresu (Doering et al., 1980). Stres může v některých případech narušit i interakci s novorozěným dítětem, partnerem a sociálním okolím (Olbrich, 1995). Pojetí vstupu do rodičovství primárně jako krize však bylo v odborných diskusích přijato kontroverzně a nebylo v následných studiích empiricky potvrzeno. Je ovšem třeba připustit, že většina studií tohoto životního období není zcela reprezentativní a pracuje především s účastníky ze střední vrstvy bez zátěžových faktorů vstupu do rodičovství (Olbrich, 1995; Grant, 1992).

Ve vývojové psychologii je vstup do rodičovství v současnosti pojímán jako vývojový úkol specifický pro střední dospělý věk (Olbrich, 1995), který je třeba zkoumat v životním kontextu dané osoby. Výzvy, které s sebou vstup do rodičovství nese, mohou být podnětem k osobnostnímu rozvoji jedince, ale také odstartovat životní konflikty a krize. Leokadia Brüderl, která navazuje na práce, které pojednávaly rodičovství z pohledu paradigmatu krize, se ve své rané práci zaměřila právě na roli, kterou hrají strategie zvládání ve vstupu do rodičovství. Sledovala opakovaně skupinu rodičů v období před a po narození jejich prvního či druhého dítěte s využitím propracované a systematické metodiky s kvalitativními i kvantitativními prvky. Většina rodičů, kteří se zúčastnili jejího výzkumu, se dokázala po prvním náročném měsíci s většinou zdrojů stresu vyrovnat úspěšně. Postupně dokonce hodnotili stresové situace jako obohacující výzvy: “Die schwangerschafts-, geburts und kindsbezogenen Anforderungen bewerten sie sogar nach der Auseinandersetzung als ziemlichen Gewinn für sie. Insbesondere die Bewältigung dieses bedeutsamen und dominanten Anforderungsbereiches stellte demnach einen persönlichen Zugewinn für die werdenden Eltern dar.”¹ (Brüderl, 1988, 1989).

Podobný přístup zastupuje izraelská studie (Taubman-Ben-Ari et al., 2011), která vychází ze zjištění, že náročné situace související s mateřstvím mohou vést k emočnímu a osobnostnímu růstu a zlepšení vztahů s rodinou, které korespondují s modely růstu zjištěnými u obětí

¹“Nároky spojené s těhotenstvím, porodem a dítětem [rodiče] dokonce hodnotí po vypořádání se s nimi jako osobně celkem přínosné. Především zvládnutí této významné a dominantní oblasti nároků tedy představovalo pro novopečené rodiče osobní zisk.”

traumatu. Cílem práce bylo ověřit validitu dotazníku Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) jako nástroje pro zjišťování růstu v raném rodičovství. Postupné fáze výzkumu ukázaly, že až na oblast spirituální změny vykazují novopečené matky růst ve všech faktorech dotazníku PTGI. Změnu zaznamenali i jejich nejbližší. Kvalitativní analýza potvrdila i obsahovou shodu jednotlivých faktorů, které zde uvádíme:

1. nové možnosti: ženy uváděly mj. změny osobních priorit, naučení nových dovedností a zvládnání několika věcí najednou, otevření nových obzorů a příležitostí k učení, nebo udávaly, že byly vystaveny mnohem většímu spektru emocí, než kdy dřív poznaly;
2. vztah k ostatním: ženy např. uvedly, že se naučily říkat ostatní o pomoc a naučily se oporu přijímat, staly se citlivější, trpělivější a pozornější k ostatním, poznaly limity své schopnosti zvládnout vše sama, a řada z nich uvedla posílení stávajících vztahů;
3. osobní síla (v této oblasti dosáhla většina žen největšího růstu): ženy se podle svých slov naučily na sebe a své schopnosti spoléhat, vyrovnávat se s výzvami a obtížemi, či objevily v sobě novou sílu;
4. ocenění života (další oblast významného růstu): ženy mluvily např. o osobní zralosti, schopnosti vzdát se kontroly, ocenění toho, co je v životě důležité, a vděčnosti za zdravý a život jako takový.

2.2 Rodičovství jako vědomé omezení

Druhý pohled koncipuje rodičovství jako vědomé vzdání se osobních cílů. V literatuře jej reprezentuje především Erikson (2002), který v kapitole *“Generativita proti stagnaci”* svého vlivného díla *Osm věků člověka* zdůrazňuje vývojový význam závislosti starších na mladších, kterou staví oproti obvykle uváděné závislosti dětí na dospělých. Ačkoli generativita zahrnuje i produktivitu a tvořivost, centrální růstovou zkušeností a vývojovým úkolem je péče o další generaci a rodičovství. Samotné přivedení dítěte na svět však neznamená, že jedinec se s vývojovým úkolem zdárně vypořádal: nejenom mnozí bezdětní, ale i někteří mladí rodiče nejsou schopni obohatit zájmy ega a investovat energii do svých dětí. Následkem je pak regrese a osobní ochuzení, jejichž příčiny Erikson vidí v dojmeh z raného dětství: v přílišné lásce k pracně budovanému egu či nedostatku bazální důvěry v lidstvo.

V tomto duchu komentuje některé vývojové požadavky rodičovství i West (2002). Ten vnímá rodičovství jako životní fázi předpokládající další rozvoj osobnosti. Rodičovství, především v prvním roce života dítěte, podle něj vyžaduje neustálou pozornost potřebám dětí, a tedy určitou míru obětování vlastních zájmů a potřeb dítěti. U některých rodičů se podle něj objevuje „dábelské sobectví“, kdy je dítě nuceno přežívat na minimální úrovni saturace svých potřeb, zatímco rodič záměrně sleduje své předchozí ambice a přání.

Oba přístupy zdůrazňují důležité aspekty rodičovství jako životního období. Stejně jako přínosy, má každý z nich i svá potenciální rizika. V prvním případě by mohl důraz na externalitu zátěžových událostí spojených s rodičovstvím mít za následek to, že někteří rodiče nebudou příliš váhat si od péče o dítě „odpočinout“. To může v extrémním případě vést až k ignorování psychosociálních potřeb dítěte. V druhém naopak může důraz na vědomé omezení a potlačení vlastních potřeb vést k tomu, že jiní rodiče se budou naopak zdráhat využít pomoci ostatních. Jejich následné vyčerpání pak i v tomto případě povede až ke snížení kvality interakce s dítětem. To je třeba mít na vědomí při diskursu o rodičovství a jeho výzvách.

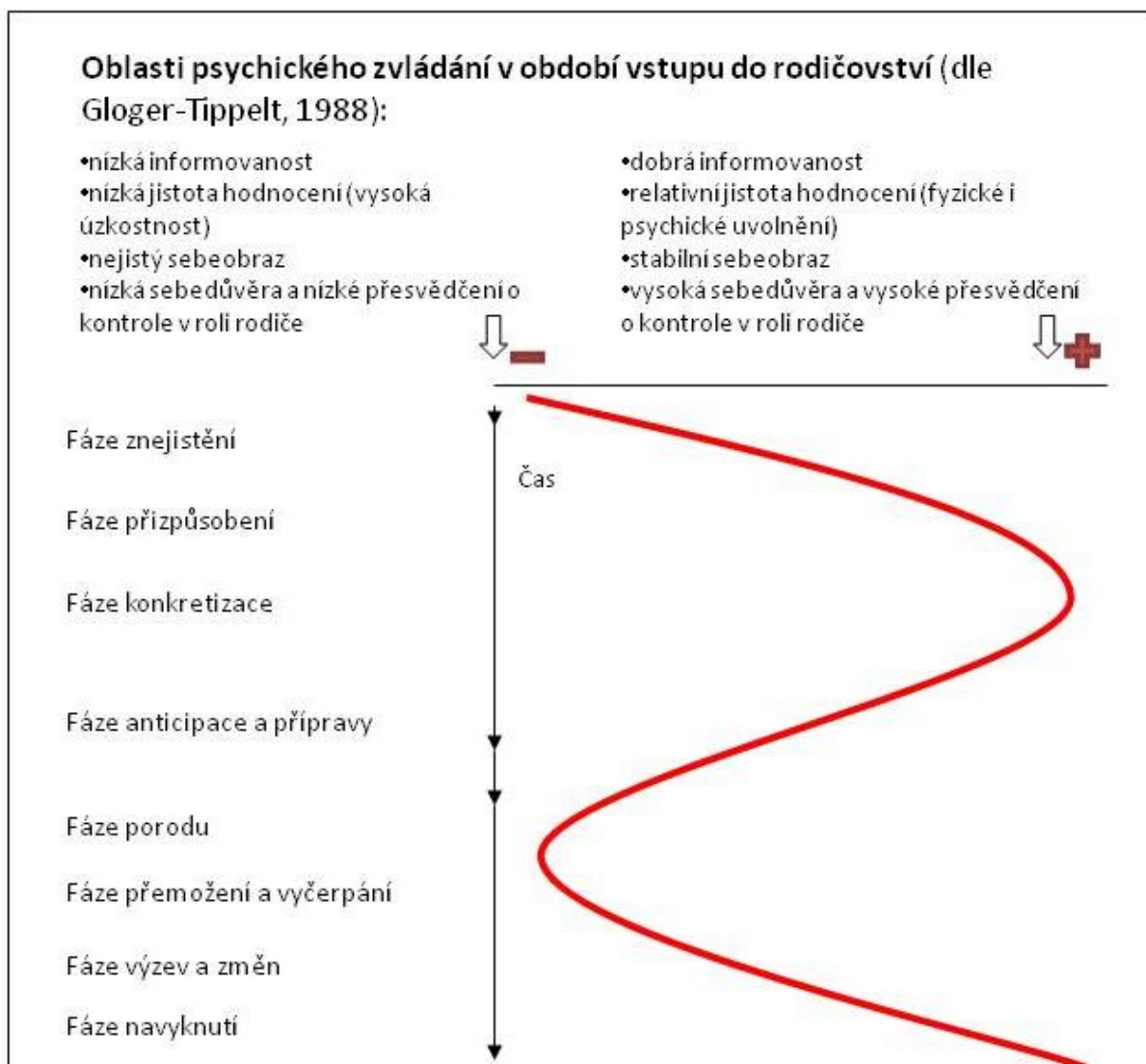
2.3 Modely vstupu do rodičovství

Podrobnější teoretický popis jednotlivých aspektů průběhu vstupu do rodičovství přinášejí Olbrich (1995), kteří popisují ve svém učebním textu tyto procesní modely:

1. Hypotetický procesní model vstupu do rodičovství

Gabriela Gloger-Tippelt (1988) popisuje ve svém modelu celkem osm fází vstupu do rodičovství (od otěhotnění až po rané rodičovství), u kterých sleduje úroveň psychického zvládnutí (viz obr. 2.1). Její model sleduje ideálně typický průběh tohoto přechodu a kvůli zohlednění fyziologických procesů je možné jej vztáhnout právě na nastávající a novopečené matky. Do modelu je možné zahrnout i interindividuální rozdíly ve vyrovnávání se s tělesnými, emočními, kognitivními i behaviorálními změnami, nezohledňuje však partnerské a širší sociální proměnné.

2. Kontextuální procesní model vstupu do rodičovství Těžiště tohoto modelu (Olbrich, 1995) spočívá ve spolupůsobení rozličných



Obrázek 2.1: Oblasti psychického zvládnání v období vstupu do rodičovství

faktorů minulosti, současnosti i budoucnosti. Minulost je zastoupena osobní a vztahovou historií ženy a muže, včetně zkušeností z původní rodiny, zvládání náročných životních událostí a dosavadního životního stylu. Současnost tvoří osobnosti muže a ženy, kvalita partnerství, charakteristiky dítěte a stávající životní okolnosti. Budoucnost odráží očekávaný vývoj u dítěte, rodičovské kompetence, očekávaný životní styl a očekávané životní změny. Výhodou tohoto modelu je komplexní pohled na životní okolnosti mladé rodiny, který umožňuje především při longitudinálních výzkumech diferencované posouzení vzorců, ve kterých změny probíhají, a podmínek, které je určují (Olbrich, 1995).

V tomto textu integrujeme při popisu období vstupu do rodičovství oba modely. Nejprve se zabýváme obecně vývojem rodičovských dovedností jako předpokladu pro úspěšné rodičovství a popíšeme životní kontext dnešní ženy v období rozhodování se o dítěti. Následně popíšeme jednotlivé fáze volně dle Gloger-Tippelt (1988), přičemž v jejich rámci zohledňujeme dílčí okolnosti, které tyto fáze ovlivňují. Nejvíce pozornosti věnujeme narození dítěte a porodnímu zážitku.

3. Rodičovské chování a jeho vývoj

Rodičovské chování se plně uplatňuje až po narození vlastního dítěte, přesto má své předchůdce (např. v pečujícím chování) a svůj vývoj. Hamner & Turner (2001) uvádějí že rodičovské chování je výsledkem komplexní sítě příčin, které ještě zcela nerozumíme, zvláště co se týče relativního dopadu každé dimenze na dítě. Jeho model má mnohé spojitosti s kontextuálním procesním modelem vstupu do rodičovství, zmiňovaném v předchozí kapitole, analyzuje však i příčiny, které působí po celou dobu výchovy dítěte. Mezi tyto příčiny podle něj patří:

1. Charakteristiky dítěte

Zde Hamner a Turner zmiňují především temperament. Některé jeho rysy (náladovost, hyperaktivita či sklon k neposlušnosti) mohou vést rodiče k negativnímu a kontrolujícímu chování. Jeho výskyt je ovšem moderován charakteristikami rodiče.

2. Charakteristiky rodiče

- a. psychické zdraví a zralost (síla ega vede k větší rezpozivitě vůči dítěti a vyšší sebedůvěře v roli rodiče)
- b. self-efficacy a sebekontrola (účinnější komunikace s dospívajícími, lepší uplatňování disciplíny; naopak depresivita matek, spojená s nižší self-efficacy, vede k méně vřelému chování k malým dětem a více trestajícímu k větším dětem)
- c. zkušenosti z vlastní rodiny (typ citové vazby, přenos konkrétního rodičovského chování)

3. Sociální kontext

- a. sociálně-ekonomický status (vyšší vzdělání a příjem více koreluje s dobou strávenou péčí o děti a rezpozivnějším rodičovským chováním; na rodičovské chování negativně dopadá i ztráta zaměstnání či příjmu)
- b. kvalita partnerského vztahu
- c. sociální opora blízkých
- d. etnická příslušnost a náboženské vyznání, které ovlivňují některé rodičovské praktiky

e. hodnotový systém vrstevníků (“jak to dělají ostatní rodiče”)

f. typ rodiny (nukleární, rozšířená, patchworková aj.)

g. média.

V této kapitole se chceme zaměřit především na rozvoj rodičovských charakteristik podmiňujících rodičovské chování. Jak uvádějí i Hamner & Turner (2001), podrobnější pohled na vývoj rodičovského chování a s ním spjatých kognitivních konstruktů a emočních procesů mohou nabídnout především teorie self-efficacy a teorie vazby. Obě koncepce koření z odlišných teoretických východisek: zatímco Bandurova teorie self-efficacy vychází z přístupů sociální kognice a je vyústěním jeho sociální kognitivní teorie a teorie observačního učení, teorie vazby, kterou jako první formuloval John Bowlby, navazuje na psychoanalytické pojetí primarity dyády matka-dítě a čerpá z etologických a evolučně biologických poznatků o vývoji chování.

3.1 Koncept self-efficacy: Vývoj psychické odolnosti v období vstupu do rodičovství

Psychická odolnost v období vstupu do rodičovství pomáhá čelit rizikovým faktorům ovlivňujícím rozvoj vazby matky s dítětem, kvalitu rodičovské výchovy a psychomotorický vývoje dítěte. Jedním z konceptů psychické odolnosti je právě self-efficacy. Koncept vychází ze sociální kognitivní teorie, jejíž je důležitou součástí, a označuje přesvědčení jedince o jeho schopnosti kontrolovat události ve svém životě (Bandura, 1997).

Self-efficacy se vždy vztahuje ke konkrétní oblasti uplatnění jedince. Výzkumy self-efficacy v různých životních oblastech prokázaly, že vysoká self-efficacy předpovídá úspěšnost jedince v dané oblasti, přispívá k vytváření optimistických životních postojů a obecně koreluje s kvalitou života (Hoskocová, 2006). Self-efficacy rodičů navíc přímo ovlivňuje self-efficacy jejich potomků (Coleman & Karraker, 2003).

Self-efficacy je přitom sycena čtyřmi základními zdroji (Bandura, 1997):

1. Zkušenosti zvládnání (enactive mastery experiences) jsou nejsilnějším zdrojem informace o vlastní účinnosti. Jedná se o přímou zkušenost s úspěchem v dané oblasti nebo v činnosti, ať už praktická, či prostřednictvím nácviku v kursech. Aby zkušenost posílila self-efficacy, měla by být nad úrovní toho, co jedinec obvykle zvládá, ale zároveň nepříliš obtížná, aby nedošlo k selhání; úspěšné zvládnutí je většinou třeba několikrát zopakovat.
2. Přenesené zkušenosti (vicarious experiences) označují výkony ostatních, podle kterých jedinec odhaduje svůj vlastní budoucí výkon. Pro posílení self-efficacy je třeba, aby šlo o pozitivní model osoby, se kterou se jedinec dokáže identifikovat. Zdrojem přenesené zkušenosti mohou být média (televize, internet, knihy), nebo i vzpomínka na svůj vlastní předchozí úspěch v obtížném životním období (self-modeling).
3. Slovní přesvědčování (verbal persuasion) je slovní vyjádření opory významných blízkých osob a důvěry či nedůvěry ve schopnost jedince zvládnout danou činnost.
4. Fyziologické a emoční stavy jsou nejméně významným zdrojem self-efficacy. Nejvýznamnější je fyziologická stresová reakce, kterou často lidé interpretují jako náchylnost k selhání; sytit self-efficacy naopak může pravidelná tělesná aktivita.

Ačkoli je self-efficacy pojímána (alespoň v Bandurově pojetí) specificky pro konkrétní oblast, úroveň self-efficacy v jedné oblasti může za určitých okolností ovlivnit úroveň self-efficacy v další oblasti. Bandura (1997) v této souvislosti uvádí několik způsobů tzv. diskriminativní generalizace self-efficacy, tedy procesů, které mohou vést k přenosu self-efficacy:

1. různé oblasti činností, které jsou řízeny podobnými dovednostmi (např. řízení společnosti a vedení kampaně pro získání financí na dobročinnost vyžadují podobné organizační dovednosti a schopnost řešit problémy), mají většinou podobnou self-efficacy; zároveň platí, že čím jsou tyto oblasti vzdálenější, tím je přenos slabší;
2. společný vývoj či učení ve dvou různých oblastech vede k podobně vysoké self-efficacy v obou;
3. vyšší seberegulační dovednosti (potřebné pro výběr a koordinaci dovedností pro efektivní výkon) obvykle vedou k vyšší self-efficacy v různorodých oblastech;

4. generalizovatelné strategie zvládnání (coping strategies) jsou často využívány v intervencích pro zvýšení pocitu úspěšného zvládnutí (mastery) a mohou přispět ke zvýšení self-efficacy i v dalších oblastech, než bylo původním cílem;
5. kognitivní strukturování společných faktorů napříč různými aktivitami, např. interpretace výkonu na stacionárním běžeckém pásu jako indikátoru kardiovaskulární aktivity vede u osob po slabém infarktu k opětovnému zapojení do řady každodenních aktivit;
6. transformační restrukturační self-efficacy následkem intenzivní zkušenosti úspěšného zvládnutí, která vede k víře ve schopnost mobilizovat dostatečné úsilí pro dosažení úspěchu v rozličných oblastech (s. 50–53).

Tato práce sleduje self-efficacy v období vstupu do rodičovství ve dvou oblastech: rodičovskou self-efficacy a okrajově i self-efficacy pro porod. Self-efficacy pro porod negativně koreluje s porodními obavami a negativním porodním zážitkem, který je rizikovým faktorem pro rozvoj vztahu s dítětem; bude proto podrobněji pojednána v kapitole **Porod** jako jedna z determinant porodního zážitku. Rodičovská self-efficacy predikuje kvalitu vztahu s dítětem a adekvátní rodičovské chování. Rodičovské self-efficacy a jejímu vývoji, jakožto centrálnímu tématu této práce, se věnujeme v následující kapitole.

3.1.1 Rodičovská self-efficacy

Rodičovská self-efficacy označuje „názory nebo hodnocení, které má rodič o svých schopnostech zorganizovat a provést sérii úkolů vztahujících se k rodičovské péči o dítě“ (Montigny & Lacharité, 2005). Ve výzkumu se někdy vyskytuje podobný koncept, rodičovské sebehodnocení, který se však vztahuje k posouzení vlastní hodnoty v dané roli (Bandura, 1997). Podobně lze charakterizovat i koncept rodičovské sebedůvěry, který je relativně stabilní jistotou v dané roli, zatímco rodičovská self-efficacy je spíše situační charakteristikou, která se mění v závislosti na řešeném úkolu a kontextu (Montigny & Lacharité, 2005).

Konceptem blízkým rodičovské self-efficacy je vnímaná rodičovská kompetence (perceived parental competence). Montigny & Lacharité (2005) ji definují jako přesvědčení o tom, že rodič má dovednosti, které jsou potřebné k péči o dítě, a považují ji za zastaralý koncept, který nevyjadřuje (na rozdíl od self-efficacy) přesvědčení, že tyto dovednosti

dokáže rodič za přiměřených okolností využít. Koncept rodičovských kompetencí pochází ze 70. let minulého století, kdy vznikly některé donedávna často využívané dotazníky rodičovských kompetencí (např. Parental Sense of Competence Scale (Dulude et al., 2000), Sense of Competence Scale of the Parenting Stress Index (Pisterman et al., 1992)). V jedné z průlomových studií rodičovské self-efficacy však Teti & Gelfand (1991) ukázali, že ačkoli mateřská self-efficacy silně koreluje s vnímanými rodičovskými kompetencemi, na rozdíl od nich přímo predikuje rodičovské chování.

Dopady rodičovské self-efficacy

Rodičovská self-efficacy je hlavní základnou rodičovských praktik (Bandura, 1997). První důkazy o jejím centrálním významu přinesla longitudinální studie vstupu do rodičovství (Williams et al., 1987), která ukázala, že ženy, které se cítily dobře připravené na péči o své dítě a měly předchozí zkušenost s péčí o malé děti, vykazovaly v prvním měsíci i 2 letech po porodu lepší vazbu s dítětem, spokojenost v manželství i lepší adaptaci na rodičovství. Vysoká rodičovská self-efficacy koreluje i s adekvátnějšími rodičovskými praktikami, které jsou charakterizovány více responzivním, stimuluujícím a netrestajícím přístupem (Stifter & Bono, 1998) a s větší mateřskou senzitivitou a vřelostí (Teti & Gelfand, 1991); u matek je spojována s nižším výskytem deprese v prvních měsících po porodu (Cutrona & Troutman, 1986) a psychosociálního stresu (Halpern & Mclean, 1997). Jedinci s nízkou self-efficacy častěji očekávají neúspěch a rychleji se vzdávají, setkají-li se s obtížemi (Bandura, 1997). Proto takoví rodiče dokážou jen stěží uplatnit své znalosti a dovednosti v péči o děti, častěji se zabývají sami sebou a zažívají zvýšené napětí a nízkou spokojenost ve své roli (Coleman & Karraker, 2003). To se pak přímo odráží nejen v jejich výchovných praktikách, ale s vysokou pravděpodobností i v prožívaném vztahu k dítěti.

Self-efficacy zmírňuje dopady nízkého socioekonomického statutu na rodičovské chování u rizikových skupin, jako jsou chudé rodiny (Raver & Leadbeater, 1999; Raikes & Thompson, 2005) nebo svobodné matky (Jackson & Huang, 2000). Děti vychovávané matkami s vysokou rodičovskou self-efficacy jsou pokročilejší ve vývoji psychomotorických

schopností i formování sociálních kompetencí, mají menší výskyt problémového chování, lepší školní výsledky, sebehodnocení a nižší úroveň úzkosti a deprese (Coleman & Karraker, 2003).

Vývoj rodičovské self-efficacy

Podobně jako dále popsané pečující chování, i rodičovská self-efficacy se rozvíjí od dětství, vlivem raných zkušeností s vlastními rodiči či s péčí o další malé děti.

1. Dětství, dospívání a prepartální období Rodičovská self-efficacy se vytváří již předtím, než se jedinec stane rodičem. Péče vlastních rodičů v raném dětství vytváří podobně jako v Bowlbyho teorii citové vazby (Bowlby, 1951) základ pro pozdější mezilidské vztahy. Zapamatovaná péče matky v dětství přímo koreluje se sebehodnocením v dospělosti, které zase vysoce koreluje s rodičovskou self-efficacy u matek malých dětí (Leerkes & Crockenberg, 2002).

Podle Bandurovy teorie (1997) zdrojů self-efficacy lze faktory rodičovské self-efficacy rozdělit do těchto základních oblastí:

a) Zkušenosti zvládání: osoby se zkušeností s péčí o mladší sourozence nebo jiné malé děti (např. dětské sestry) mají vyšší rodičovskou self-efficacy (Montigny & Lacharité, 2005).

b) Zprostředkované zkušenosti: sledováním toho, jak ostatní (především lidé, se kterými se obvykle srovnává) zvládají péči o malé děti, si jedinec utváří představu o své vlastní rodičovské self-efficacy. Možnou cestou zvyšování rodičovské self-efficacy jsou tedy různé neformální či svépomocné skupiny rodičů či kurzy pro nastávající rodiče (Feinberg et al., 2010). Vyšší rodičovská self-efficacy byla zjištěna i u vysokoškolských studentů, jejichž matky v době jejich dětství pracovaly, ve srovnání s těmi, jejichž matky byly v domácnosti a mohly celodenně pečovat o rodinu (Riggio & Desrochers, 2006). Možné vysvětlení je, že děti nepracujících matek mají v dospělosti velmi náročná měřítká na to, jak by měla péče o dítě vypadat, a nejsou přesvědčeni o tom, že jim zvládnou vyhovět.

c) Verbální přesvědčování, fyziologický a emoční stav: tyto zdroje nebyly v souvislosti s předporodním obdobím zkoumány, ale lze předpokládat, že mají minimálně jistý situační vliv na aktuální zjištěnou

self-efficacy (např. verbální ujištění o tom, že žena péči o dítě určitě zvládne, nebo naopak hormonálně podmíněné emoční výkyvy v těhotenství).

Prožitky v těhotenství a obavy o nenarozené dítě mohou spadat do poslední kategorie. Ukazuje se, že ženy, které prodělaly rizikové těhotenství a kterým se narodilo zdravé dítě, skórují v rodičovské self-efficacy v náročném období adaptace na rodičovství překvapivě výše, než ženy s fyziologickým těhotenstvím; po uplynutí necelého roku však jejich rodičovská self-efficacy významně a výrazně klesá. Možným vysvětlením je, že narození zdravého dítěte je samo o sobě posilujícím zážitkem, který pomáhá překonat možné pocity selhání z náročného těhotenství; po nějaké době však tváří v tvář každodenním výzvám nadšení těchto matek opadá, a spolu s tím, že tato skupina má tendenci hodnotit své děti jako náročnější, klesá i jejich self-efficacy (Dulude et al., 2000).

2. Peripartální období

Zdrojem rodičovské self-efficacy (dle výzkumů především v raném období) je i spokojenost s porodním prožitkem (Bryanton et al., 2008). Zatím není jasné, jakým způsobem porodní prožitek rodičovskou self-efficacy ovlivňuje, zda jako silná zkušenost zvládnutí, anebo zda jsou spokojenost s porodním prožitkem i rodičovská self-efficacy společně determinovány vstupní úrovní celkové self-efficacy a sebehodnocení. Stávající studie (Bryanton et al., 2008; A. H. Salonen et al., 2009) sledovaly pouze ženy v poporodním období, aniž by zkoumaly vstupní úroveň rodičovské self-efficacy v předporodním období. Analýzy porodních příběhů žen (Takács et al., 2011) ukazují, že ženy po uspokojujícím porodu, který zvládly vlastními silami a s přiměřenou, především psychickou oporou poskytovatelů péče (tedy prostřednictvím silné zkušenosti zvládnutí posílily svou self-efficacy pro zvládnutí porodu), udávají vysoké přesvědčení o vlastní schopnosti pečovat o dítě a zvládnout i další náročné situace. Ke spokojenosti s porodem významně přispívá i bezprostřední, nerušený kontakt matky s dítětem „skin-to-skin“, který podle výzkumů oporuje receptivní mateřské chování (Château et al., 1977; Kroeger, 2004; Šulová, 2005). Pozitivní přijetí dítěte matkou je přitom jedním ze znaků vyšší rodičovské self-efficacy (Leerkes & Crockenberg, 2002).

Bezprostředně po porodu zvyšují rodičovskou self-efficacy i rady tý-

kající se péče o dítě, které matka získá od zdravotníků na oddělení šestinedělí (A. Salonen, 2010).

3. Postpartální období

Po narození dítěte ovlivňuje rodičovskou self-efficacy matky několik nezávislých vlivů. Důležitým faktorem může temperament dítěte – matky s náročnými, plačtivými dětmi, které nebylo snadné uklidnit, měly oproti ostatním nižší rodičovskou self-efficacy (Cutrona & Troutman, 1986; Stifter & Bono, 1998) a temperament dítěte přímo predikoval i poporodní depresi u matky, a to i po zohlednění depresivních nálad v těhotenství (Cutrona & Troutman, 1986). Je třeba podotknout, že obě studie využily starších dotazníků, kde se jednotlivé položky dotazovaly nikoli na přesvědčení o zvládnání jednotlivých aspektů rodičovské role, ale na sebehodnocení či sebedůvěru v této roli. Zároveň platí, že matky s vyšší self-efficacy mají tendenci přijímat své děti pozitivněji a vnímat je jako méně náročné (Leerkes & Crockenberg, 2002), oba faktory se tedy v interakci matky a dítěte mohou vzájemně posilovat. Samotný dětský pláč má navíc tendenci vyvolávat především u matek s vyšší depresivitou a nižším mateřským sebevědomím pocity znechucení či vzteku, nebo pocity úzkosti. Autoři studie tyto pocity dávají do souvislosti s narušenými interakčními styly mezi depresivními matkami a jejich dětmi: narušujícím stylem (nadměrná stimulace dítěte), jenž vede k úzkostné reakci, a odtažitým stylem (stažení se do sebe a nedostatečná stimulace), který vyvolává spíše reakci znechucení (Masopustová & Bouša, 2009), a který je sám o sobě známkou nedostatečné rodičovské self-efficacy. Dlouhodobá plačtivost dítěte vede prokazatelně k poruše (respektive k upevnění poruchy) vztahu a interakcí mezi matkou a dítětem; matky velmi plačtivých dětí mají nízké skóry self-efficacy a naopak vysoké skóry deprese, úzkosti, hněvu a vyčerpání, a častěji uvádějí negativní vzpomínky na vlastní dětství a manželské neshody (Papoušek & Von Hofacker, 1998). Při klinické či poradenské práci s plačtivými dětmi a jejich rodiči není pravděpodobně třeba se zaměřovat na to, co je příčinou poruchy interakce a nízké rodičovské self-efficacy; při výzkumech je však vhodné brát temperament dítěte v úvahu jako možnou proměnnou působící na rodičovskou self-efficacy.

Významná je i dostupná sociální opora okolí a partnera, které se věnovalo několik studií. Pozitivně hodnocená sociální opora v průběhu těhotenství je ochranným faktorem před vznikem poporodní deprese

právě prostřednictvím rodičovské self-efficacy (Cutrona & Troutman, 1986). Podle jedné studie predikuje opora ze strany rodičů novopečené matky (4 týdny po porodu) její rodičovskou self-efficacy a jejím prostřednictvím působí jako prevence depresivních symptomů, zatímco vliv partnerovy opory zjištěn nebyl (Haslam et al., 2006). Naopak Teti & Gelfand (1991) uvádějí socio-maritální oporu jako důležitý faktor rodičovské self-efficacy matek; jednalo se však o studii matek 3–15 měsíců po porodu. Je tedy možné, že kvalita opory rodičů koreluje se zapamatovanou péčí matky ve vlastním dětství, která na self-efficacy působí a pravděpodobně pomáhá vytvářet si model efektivní péče o dítě, který právě opora rodičů v poporodním období znovu vyvolává a upevňuje (viz Leerkes & Crockenberg (2002)). Jak však uvádí Bandura: “Social support is not a self-forming entity waiting around to buffer harried people against stressors. Rather, people have to go out and find or create supportive relationships for themselves.”¹ (Bandura (1997), s. 158–159) Jejím důležitým předpokladem je sociální self-efficacy jedince, která hraje roli především v obdobích životní změny, kdy je třeba vytvářet nové vztahy (Bandura, 1997). Vstup do rodičovství je přinejmenším pro ženu právě takovým obdobím. Není také bez zajímavosti, že existuje korelace mezi spokojeností s partnerovou oporou a zapamatovanou otcovskou péčí (Leerkes & Crockenberg, 2002): je pravděpodobné, že přijímání opory od partnera, který je stejně jako její otec muž, vyžaduje u ženy citlivost vůči podpoře, kterou muži poskytují, a není samozřejmou schopností.

Konečně se self-efficacy zvyšuje také postupným a každodenním nácvikem dovedností potřebných pro péči o dítě. Nejvyšší míru cítí matky u těch oblastí péče o dítě, které vykonávají nejčastěji (Froman & Owen, 1989), nebo matky, jejichž dítě se snadno rozpláče, ale i snadno uklidní, tedy opak žen s plačtivými dětmi, jež je obtížné uklidnit (Leerkes & Crockenberg, 2002).

¹”Sociální opora není sebeutvářející se entita, která jen čeká, aby mohla ochránit soužené jedince proti stresorům. Naopak, lidé musejí jít a hledat nebo vytvářet vztahy, ze kterých mohou čerpat oporu.“

3.2 Teorie citové vazby a rodičovské chování

Teorii citové vazby (attachment theory) formuloval John Bowlby, který jako psychiatr a psychoanalytik sledoval po druhé světové válce psychický vývoj sirotků a dětí bez domova (Bowlby, 1951). Na základě svých pozorování dospěl k závěru, že pro normální psychický vývoj dítěte je kritické období od šesti měsíců do dvou let, kdy dítě potřebuje nezbytně matku (či jinou mateřskou figuru), ke které si vytváří citovou vazbu (attachment). Při popisu vazbového chování (attachment behaviour) přitom Bowlby nevycházel tolik z psychoanalýzy, jako spíše z etologie a evoluční psychologie (Cassidy, 2008; Ainsworth, 1991). Blízkost rodiče či jiné pečující osoby/jedince považoval za kritickou pro přežití dítěte, a tedy i přežití druhu.

U dětí se vazbové chování aktivuje ve chvíli, kdy dítě zažívá nejistotu a pocity ohrožení. Vazba se nevytváří jen u dětí, jejichž rodiče reagují většinou pozitivně a poskytují mu uspokojení jeho potřeb - není tedy důsledkem instrumentálního učení. Citová vazba je zjevně nezbytná i pro dítě, jehož rodiče na vazbové chování nereagují příjemnými podněty vedoucími k uspokojení jeho potřeb. Samotné vazbové chování však je modifikováno podle toho, jak je efektivní v dosahování cíle dítěte, kterým je zajištění blízkosti matky (Cassidy, 2008).

Teorie vazby je v současnosti jednou z nevlivnějších v oblasti raného vývoje sociálních vztahů a jejímu rozpracování či rozšíření se věnovali vedle Johna Bowlbyho i Mary Ainsworth, Mary Main, Alan Sroufe, Peter Fonagy a další. Postupně byl přijat názor, že vazba je plastičtější, než se původně domníval Bowlby, a k jejímu formování dochází i v dalších letech dětství a dospělosti (Thompson, 2008). Je také zjevné, že vývoj neovlivňuje jediná vazba k jediné pečující osobě, ale že si dítě může i v raném věku vytvářet několik vazeb k různým pečujícím osobám (Ahnert, 2008). Jak dítě tyto různé vazby integruje a jak přesně pak vazby různé kvality ovlivní jeho další vývoj, však dosud není známo (Cassidy, 2008).

Vznikly také různé metody a testy ke zjištění typu či pevnosti vazby nejen u dětí, ale i u dospělých, které daly vzniknout klasifikacím vazby. Nejznámější a nejčastěji používanou metodou pro malé děti je Stran-

ge Situation Test, jehož autorkou je Mary Ainsworth a který rozlišuje děti s citovou vazbou bezpečnou (v originále secure, kódovanou jako B), vyhýbavou (avoidant, A), ambivalentní (ambivalent či resistant, C) či dezorganizovanou (desorganized, disoriented, D) (Weinfield et al., 2008). Pro dospělé je v současnosti nejuznávanější metodou Adult Attachment Interview, které vytvořila Mary Main. Na základě posouzení čtyř maxim (kvantity, kvality, relevance a koherence) v průběhu polostrukturovaného rozhovoru o vzpomínkách na dětství a rodičovskou vazbu lze tak u dospělých rozlišit vazbu bezpečnou, distancovanou, zaujatou či nezpracovanou (Main, 2012). Jeho autoritativnost vyplývá především ze studií, které aplikovaly obě tyto metody na rodičích i jejich dětech a které zjistily, že je možné poměrně spolehlivě predikovat vazbu dítěte dle Strange Situation Test výsledkem Adult Attachment Interview jeho rodiče (AAI) (Behringer et al., 2012); (Main, 2012). Protože je AAI náročný na administraci i vyhodnocení, využívají se často i jiné metody, buď dotazníkové, které však neodpovídají typologii dle Mary Ainsworth (Crowel et al., 2008), anebo projektivní, jako např. Narrative Attachment Assessment (Waters & Waters, 2006).

Význam teorie citové vazby spočívá v její možnosti do jisté míry predikovat další psychický vývoj jedince (Sroufe, 2005). Weinfield et al. (2008) uvádí čtyři vzájemně se doplňující vysvětlení toho, jak mohou rané citové vazby další vývoj ovlivnit:

1. citová vazba působí na vyvíjející se mozek a vede tak ke **změnám na neurologické úrovni** (viz i dále, kap. 3.2.2);
2. citová vazba je základem pro **učení se emoční seberegulaci**; tím, že rodič pomáhá dítěti regulovat emoce různými způsoby, učí se dítě flexibilně kontrolovat a modulovat své emoční reakce;
3. behaviorální synchronizace a regulace ve vazbové dyádě učí dítě **chování ve vztahu** a tomu, zda je vzájemná komunikace kontingentní s reakcemi a signály druhého;
4. zkušenosti z citové vazby využívá dítě k vytváření reprezentací toho, co dítě může očekávat od světa a od ostatních lidí, které pak utváří tzv. **vnitřní pracovní model citové vazby** (internal working model); ten určuje, zda dítě svět vnímá převážně jako bezpečné či jako nebezpečné místo.

Významným konceptem teorie vazby je právě vnitřní pracovní model, který Bowlby převzal z knihy *The Nature of Understanding* Ken-

netha Craika (1943). Ten je definoval jako internalizované modely prostředí, které jedinci umožní zvýšit svou šanci na přežití tím, že mentálně “spouští” jednotlivé způsoby jednání a vyhodnocuje jejich pravděpodobný výsledek (Bretherton & Munholland, 2008). Na základě vnitřních pracovních modelů citové vazby tedy dítě (a později dospělý) předpovídá reakci svých partnerů v sociálních interakcích, a podle toho řídí své vlastní chování. Studie ukazují, že citová vazba je relativně stabilní a v průběhu života se často nemění. Právě vnitřní pracovní model je prostředkem, který typ citové vazby stabilizuje, protože jedinec má tendenci se chovat vůči ostatním způsobem, který potvrzuje jeho vnitřní pracovní model, a podle toho se mu také dostává odpovídající reakce (Bretherton & Munholland, 2008). Na druhou stranu je již dnes obecně přijímáno, že vytvoření pevné citové vazby je sice prvním a základním vývojovým úkolem dítěte, ale jeho další vývoj je určen i tím, jak si dítě (a později dospělý) poradí s dalšími vývojovými úkoly. Proto hraje podporující rodičovská péče a interakce důležitou roli i v dalších obdobích dětství a dospívání (Thompson, 2008).

Lze celkem intuitivně odvodit, že bezpečná raná citová vazba bude mít vliv na kvalitu sociálních interakcí jedince tím, že podpoří vývoj sociálních dovedností a sociálních dispozic. Ty, jsou-li generalizovány vůči dalším sociálním partnerům, vyvolávají komplementární reakci a přispívají k vytváření sociálních vztahů (Thompson, 2008). Osoby s bezpečnou citovou vazbou v dospělosti uvádějí také vyšší míru percipované sociální opory, která snižuje jejich pocity osamělosti v novém prostředí (Bernardon et al., 2011). Děti s bezpečnou citovou vazbou vyhledávají více pozitivní zpětné vazby při řešení úkolů (Cassidy et al., 2003), vykazují pozitivnější sebepojetí a méně o sobě pochybují, mají-li zvládnout nový úkol; děti s jinou citovou vazbou však mají o sobě pochybnosti i v případě, mají-li zvládnout poměrně lehký úkol (Colman & Thompson, 2002). Thompson (2008) také uvádí, že děti s bezpečnou citovou vazbou mají lepší sociálně kognitivní dovednosti: mají propracovanější a pozitivnější reprezentace vztahů, lepší pochopení emocí, dokážou lépe řešit sociální problémy, jsou méně osamocené a vytvářejí více dobronmyslných atribucí o motivaci svých vrstevníků. Alan Sroufe, který 30 let sledoval vývoj citové vazby u 200 dětí z chudých rodin (Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood), zjistil, že děti s bezpečnou citovou vazbou jsou v předškolním věku

výrazně samostatnější, a potvrdil i jejich zvýšenou schopnost emoční regulace a lepší sociální dovednosti (Sroufe, 2005).

Když se stanou děti rodiči, používají často stejné vzorce chování jako jejich vlastní rodiče. V přenosu vzorců rodičovského chování mezi generacemi, a tedy i typu citové vazby, hraje pravděpodobně významnou roli vnitřní pracovní model dítěte. Rodiče s pevnou vazbou s větší pravděpodobností používají v interakci s dětmi otevřenou komunikaci o vztazích a pocitech, oproti rodičům s jiným typem vazby, kde se v interakci s dětmi může objevovat např. skrytý tlak na dítě, aby o rodiče pečovalo, záměrná miskomunikace a vnášení zmatku do vnitřních pracovních modelů dítěte (Bretherton & Munholland, 2008). Typ matčiny citové vazby pravděpodobně ovlivňuje i charakteristiky její rané interakce s dítětem, které následně přímo formují jeho citovou: děti matek, které nereagují na své děti empaticky (například na výraz nepohody reagují úsměvem nebo se dívají jinam), vykazují zpravidla ve 12 měsících dezorganizovaný typ citové vazby (D). Nekonzistentní reakce matky na projevy dítěte u něj pravděpodobně způsobuje zmatek ve vlastní emoční organizaci i v emoční organizaci matky (Beebe et al., 2010).

Srovnání výsledků AAI se Strange Situation Test potvrdilo souvislost konkrétních typů citové vazby dospělých a dětí (Priddis & Howieson, 2009). Děti s bezpečnou citovou vazbou měly častěji také rodiče s autonomní, bezpečnou citovou vazbou. V případě, že byla citová vazba rodičů v dětství narušena traumatem či nejistotou, rodiče často dokázali i přesto vychovat děti s bezpečnou citovou vazbou. V literatuře se pro jejich typ citové vazby vžil pojem “earned-secure”, tedy “zasloužená bezpečná”. V průběhu AAI byli tito rodiče charakterističtí tím, že dokázali mluvit o svých zkušenostech z dětství srozumitelně, měli snadný přístup ke vzpomínkám z dětství a byli schopní následky svých zkušeností koherentně vyhodnotit (Main, 1991). Pozdější práce (Sroufe, 2005) však ukázaly, že dospělí se zaslouženou bezpečnou citovou vazbou dle AAI v dětství zažili alespoň nějakou podporující péči. Přesto se zdá, že nedostatek bezpečné citové vazby v dětství nemusí jedince nutně predisponovat k dysfunkčním sociálním vztahům a rodičovství, pokud má jedinec dostatek podpory pro to, své vzpomínky si uvědomit, citově je prožít a zároveň jimi nebýt pohlcen.

Nedostatečné uvědomění a zpracování vlastních vzpomínek na dětství

spolu s absencí podporující péče v dětství vedou k poruchám ve vztahu rodiče a dítěte. Děti s vyhýbavou citovou vazbou měly významně často rodiče s odmítavou (dismissing) citovou vazbou, kteří mají často obtíže si v průběhu AAI vzpomínky na dětství vyvolat a své rodiče si idealizují - charakteristika jejich vztahu k němu je v rozporu s popisovaným jednáním rodičů. Podobně děti s ambivalentní citovou vazbou jsou vychovávány rodičem se zaujatou (preoccupied) citovou vazbou, který poskytuje rozvláčné, nejasné odpovědi s řadou irelevantních či obecných vyjádření. A děti s dezorganizovanou citovou vazbou zase mají rodiče s nevyřešenou (unresolved) citovou vazbou, kteří o svém dětství mluví relativně koherentně, ale v jejich vyprávění se vyskytují nepravděpodobná tvrzení o příčinách či následcích traumatických událostí se vztahem k vazbě, jako např. magická příčina úmrtí rodiče (Main, 1991). Dysfunkční rodičovské chování se může objevit i v případě, zažívá-li matka stres či úzkost a je-li aktivována její vlastní potřeba citové vazby, která jí znemožňuje odhalit tuto potřebu u dítěte. V takovém případě mohou vzpomínky na strach a nedostatek ochrany v dětství asociovat i u ženy s relativně organizovanou a stabilní citovou vazbou dezorganizovanou a bezmocnou reprezentaci sebe jako matky. Samotná bezmocnost vyplývající z nedostatku bezpečí či ztráty kontroly nad svými pocity a chováním může být pro matku masivním zdrojem úzkosti, inhibujícím adekvátní rodičovskou reakci (George & Solomon, 2008).

Zajímavá je debata, jaký prvek chování rodiče je klíčový při rozvoji bezpečné citové vazby. Zatímco nejčastěji publikovaný názor říká, že je to mateřská senzitivita, tedy citlivé reagování matky na projevy dítěte (např. Wolff & Ijzendoorn (2006)), jiné studie ukazují, že při statistické kontrole ženiny emoční integrace a stability se i u psychicky zdravé populace jasné spojení mezi mateřskou senzitivitou a bezpečnou citovou vazbou u dítěte ztrácí (Benn, 1986). Rodiče iritabilních dětí mají také obtíže kompenzovat jejich temperament dostatečnou senzitivitou (Sroufe, 2005). Přesto je však mateřská senzitivita často sledovanou proměnnou řady studií a měřítkem kvality rodičovské péče (např. Leerkes & Crockenberg (2002)).

Oproti tomu se autorky George a Solomon domnívají, že sledovat a vyžadovat mateřskou senzitivitu za všech okolností je příliš velký nárok, a navrhují zaměřit se na to, zda je matka senzitivní vůči potřebě

ochrany u svého dítěte. Matka by měla tedy především dokázat vycítit, zda dítě cítí ohrožení či úzkost, a v tomto případě reagovat protektivně (George & Solomon, 2008). Sroufe uvádí, že kvalita citové vazby kolísá v závislosti na výzvách, kterým rodiče čelí, a opoře, kterou mají k dispozici. Ukazuje také, že děti s ambivalentní citovou vazbou mají častěji vrozené neurologické obtíže. Proto zastává názor, že rodiče se téměř vždy snaží pro své děti dělat to nejlepší a obviňovat je ze selhání je nesmyslné a kontraproduktivní (Sroufe, 2005).

3.2.1 Vývoj rodičovského chování dle teorie vazby

Přehledný popis jednotlivých fází vývoje rodičovského chování, které je ve své podstatě paralelní teorii citové vazby, nabízejí [George & Solomon (2008)]. Pracují přitom s koncepcí behaviorálních systémů, což jsou biologicky založené (tj. spouštěné neurohormonální aktivací) systémy kontroly, které řídí chování spojená s konkrétním blízkým cílem. Tento cíl působí na daný behaviorální systém také zpětnovazebně a koriguje jej. Při ontogenezi pečujícího rodičovského chování lze intuitivně očekávat integraci nových zkušeností a informací do již existujících schémat, kterým je v tomto případě ženina zkušenost s mateřskou péčí, které se jí dostávalo, tedy její mentální reprezentace citové vazby (Solomon & George, 1996). Autorky také předpokládají z důvodů neurohormonálních (odlišný časový průběh dospívání i odlišné hormony, působící na CNS) i evolučních (rozdílná role mužů a žen při zajištění přežití rodu, odlišné reprodukční zájmy a strategie, viz i Cassidy (2008)) rozdílnou strukturu a vývoj systému pečujícího chování u mužů a žen. Ontogenezi systému pečujícího chování dělí na několik fází, které integrují poznatky o rané citové vazbě s výzkumy z dalších oblastí (George & Solomon, 2008):

1. Dětství: Protože na rozdíl od potřeby výživy či citové vazby není systém pečujícího chování tolik významný pro přežití dítěte, zraje pomaleji. Jeho první projevy jsou především nezralé, izolované formy péče a náklonnosti, jako je např. hraní na maminku. Pečující chování u dětí je vyvoláno nejen přítomností miminka, ale i vlastními zkušenostmi s mateřskou péčí. Především v druhém roce života mají tyto zkušenosti na pečující chování formující charakter (Bowlby, 1984). Psychoanalytik Leo Sadow uvádí vedle zkušenosti s ranou citovou vazbou jako zdroj

pečujícího chování i senzomotorickou paměť (imprinting), která vede k tomu, že rodiče drží děti tak, jak byli sami v raném věku chováni. Jako výmluvný příklad uvádí mladou ženu Moniku, která byla sama kvůli vlastní vývojové vadě v kojeneckém věku krmena žaludeční sondou přes břišní stěnu, a matka ji proto držela při krmení na svých natažených nohách, s hlavou na svých kolenech a s nožkami u svého břicha. Poté, co se sama stala matkou, Monika, aniž by si uvědomovala proč, svého novorozence sama krmila ve stejné poloze (Sadow, 1984).

2. Puberta a adolescence: V tomto období začíná systém pečujícího chování dozrávat (Solomon & George, 1996). Zatímco děti do 12 let preferují při výběru z fotografií osob spíše obrázky dospělých, v době počátku sexuálního dozrávání (dívky ve 12–14 letech, chlapci ve 14–16 letech) začnou dávat přednost obrázkům malých dětí. Ačkoli může stres v dětství uspíšit menarché i zvýšit zájem dívky o děti, společenské normy mohou její zájem o rodičovství potlačit. Přesto v období adolescence řada dívek často alespoň hypoteticky řeší, zda budou či nebudou dobré matky, jak se stane, že maminka miluje své miminko, anebo jaké by to vůbec bylo, mít na starosti své vlastní miminko.

3. Vstup do rodičovství: Tehdy prochází systém pečujícího chování významným kvalitativním posunem. U žen je toto období díky těhotenství, porodu a případně kojení provázeno intenzivními hormonálními a neurologickými změnami (především v oblasti hypothalamu a orbitofrontálního kortexu). Zvýšené hladiny oxytocinu, progesteronu, estrogenu, adrenálních hormonů a endorfinů mohou u žen navodit emoční vyrovnanost a uzavřenost a aktivovat “mateřské impulzy”. Častý je také kvantitativní nárůst myšlenek a pochybností věnovaných tomu, jaká bude žena matka a partnerka, ale i vlastním zkušenostem s rodičovskou péčí. George a Solomon se domnívají, že tato úzkostnost může být významná pro reorganizaci matčina já (self) v souvislosti s životním přechodem, který ji čeká. Autorky považují za významný faktor systému pečujícího chování i porodní zážitek, včetně hormonálních podnětů pocházejících od dítěte a posunů v produkci hormonů snižujících strach matky a usnadňujících přijetí dítěte. Jak však uvádí Solomon i ve své recenzi knihy *Bonding: Building the Foundations of Secure Attachment and Independence* autorů Kennella a manželů Klausových, období silné interpretace jednoznačných účinků bondingu a porodního zážitku již pominulo, a ačkoli zkušenost např.

s bondingem zvyšuje výskyt pečujícího chování u matek několikaměsíčních dětí, nemá významný vztah k pozdější pevnosti citové vazby u dětí (Solomon, 1998).

4. Novorozenec: Kvality novorozence mohou pečující chování buď podpořit, anebo naopak inhibovat: fyzicky atraktivní novorozenci, kteří se dají snadno utišit a přiměřeně reagují, získávají od matek více pozornosti. Naopak matky, které si o svých dětech myslí, že jsou ošklivé, je častěji odmítají, zanedbávají či dokonce zabíjejí.

5. Sociálně-kontextuální faktory poskytování péče: Pro rozvoj systému pečujícího chování má význam především matka spokojenost se sítí sociální podpory a socioekonomické faktory. Zajímavý je vliv partnera (otce dítěte), který může její touhu a schopnost pečovat buď podpořit, anebo naopak jí v pečování konkurovat a pečující chování inhibovat, má-li matka pocit, že zasahuje do jejích kompetencí. Ačkoli manželská spokojenost jako taková pečující chování a citovou vazbu dítěte přímo neovlivňují, další aspekty partnerského vztahu ano - především schopnost v rodičovství spolupracovat a chránit dítě před případnými necitlivými projevy druhého partnera vedou k bezpečné citové vazbě u dítěte.

3.2.2 Biologické a kulturně-historické faktory při rozvoji rodičovského chování

Při výkladu o rodičovském chování ve vztahu k citové vazbě se nelze vyhnout debatě o jeho podmíněnosti. Jak již bylo zmíněno a jak bude dále rozvedeno v kapitolách 6, 7 a 8, řada hormonů vyplavovaných v období vstupu do rodičovství (především oxytocin a prolaktin) facilitates rodičovské chování vůči novorozenému dítěti, jejich vliv však je relativně krátkodobý a zdaleka ne vševysvětlující. Kde tedy leží hranice mezi kulturním a biologickým, uváženým a instinktivním?

Lieselotte Ahnert ve shodě s Judy Solomon (1996, viz výše) věří, že ačkoli hormonální mechanismy u většiny savců slouží k ovlivnění procesů mateřské péče, u primátů a člověka tento vliv ztrácí na významu a stoupá vliv dalších sociálních zkušeností. Je prokázáno, že mateřské chování profituje z účinků oxytocinu při porodu a laktaci: oxytocin přispívá u novopečených kojících matek ke zvládnutí stresu tím, že tlumí stresovou

reaktivitu (Heinrichs et al., 2001) a podporuje vyrovnanou interakci matky s dítětem, která zpětnovazebně stimuluje hormonální systém. Zvýšená produkce oxytocinu po porodu a kojení společně se stálým kontaktem matky s dítětem společně podporují matčinu připravenost o dítě pečovat a chránit proti rušivým vlivům prostředí. Přesto však žádná studie nepotvrdila, že by se pouze kvůli přerušnému kontaktu po porodu mateřská péče rozvíjela nedostatečně (Ahnert, 2008).

Podobné meze má biologická podmíněnost i u dětí. Výzkumy na zvířatech ukázaly trvalé změny na kvalitě mozkových synapsí u krysy, které byly v prvních třech týdnech života opakovaně oddělovány od matky. Podobné změny byly potvrzeny i u dalších savců. Vzhledem k plasticitě mozku novorozence a kojence lze paralelně ke Spitzově hypotéze o deprivaci vznést neurologickou hypotézu, že rané emoční zkušenosti vytvářené interakcí rodiče s dítětem zasahují výrazně do funkčního zrání mozku - konkrétněji do utváření limbického systému a do endogenního systému opiátů (Braun & Helmeke, 2008). Například u žen, které byly v dětství vystaveny emočnímu zneužívání, byla zjištěna nižší bazální hladina neurohormonu oxytocinu v míšním mozku (Heim et al., 2008). Přesto však mozek zůstává v rámci určitých hranic celý život plastický a i přes trvalý stres v dětství schopný určité optimalizace funkčnosti (Ahnert, 2008).

Z diskursu obou autorek, Lieselotte Ahnert i Judy Solomon, je zjevná opatrnost a vážení slov. Nechtějí vliv porodních a raných zkušeností přespříliš nadhodnotit, ale přitom ho nechtějí ani devalvovat. Solomon ve své recenzi knihy Kennella a manželů Klausových o bondingu uvádí: "From this perspective, any factor that undermines the mother's ability to see herself as competent to care for and protect the infant is capable of undermining the mother's caregiving. Just as with the inner working model of attachment in the child, the parents' caregiving model apparently is capable of continuing revision and reworking. Given the high emotion of the birth experience (mediated in part by the mother's hormonal condition), experiences around the birth of the new child may be particularly potent in their ability to influence the parent's view of herself as a competent protector and her child as worthy of protection, or the reverse."²Zároveň ale dodává: "(...)no single medical practice

²“Z této perspektivy může každý faktor, který podkopává matčinu schopnost vnímat se jako kompetentní pečovat o své dítě a chránit ho, podkopat i matčino pečující chování. Stejně jako

or experience is likely to “make or break” the development of the caregiving system (i.e., the maternal bond.) The essential thoughtfulness and sensitivity of a society’s birth and postnatal practices may well be predictive, however, of the strength and quality of the parent–child relationships found within it.”³ (Solomon, 1998) Podobně Ahnert (2008): “Es steht dabei außer Zweifel, dass die biologisch normative Geburt eines gesunden und (im Sinne des Temperamentkonzeptes) pflegeleichten Kindes unter der sensitiven Betreuung einer stillenden Mutter - die zudem auf die soziale Unterstützung ihrer Familie bauen kann - eine sichere Mutter-Kind-Bindung höchstwahrscheinlich macht.”⁴ Následně však doplňuje, že citová vazba se vytváří a stabilizuje mnohem déle, přičemž mohou hrát roli i další faktory. Jak vysvětlit tuto opatrnost a pečlivost při výběru slov? Jak připouští i Ahnert, poukázáním na flexibilitu citové vazby i mateřských kompetencí lze ochránit ženy, jejichž porod a první kontakt s dítětem se nevydařily, před neproduktivním sebeobviňováním a pocitu selhání v jednom z nejdůležitějších vztahů ve svém životě. Proč se tedy zabývat hormonálním základem citové vazby a pečujícího chování? Vysvětlení můžeme najít ve slovech Judy Solomon (1998): “When arguing with doctors, biological arguments will always seem to be the strongest weapons. Without the biological underpinnings, arguments for the psychological well-being of the new family are liable to seem soft and sentimental at worst; at best, simply expendable in the face of medical exigencies.”⁵ Hranici kulturního a biologického

vnitřní pracovní model citové vazby u dítěte je i model pečujícího chování u rodičů schopen kontinuální revize a přepracování. Vezmeme-li v úvahu emoční náboj porodního zážitku (zprostředkovaný částečně hormony v matčině těle), prožitky obklopující narození dítěte mohou být obzvláště významné ve své schopnosti ovlivnit to, zda rodič [matka] vnímá sama sebe jako kompetentní své dítě chránit a své dítě jako hodné ochrany, či naopak.”

³“(…)žádná lékařská praktika nebo zážitek sama o sobě nemůže ‘vytvořit či zničit’ rozvoj systému pečujícího chování (tj. mateřské citové vazby). Základní uvědomělost a citlivost porodních a poporodních praktik ve společnosti však může predikovat sílu a kvalitu vztahů mezi rodiči a dětmi, které ve společnosti žijí.”

⁴“Je přitom nade vše pochybnost, že fyziologicky normální porod zdravého a (ve smyslu konceptu temperamentu) snadného dítěte v citlivé péči kojící matky - která se přitom může opírat o sociální oporu své rodiny - vede s největší pravděpodobností k bezpečné citové vazbě dítěte k matce.”

⁵“V diskusi s lékaři se budou biologické argumenty vždycky zdát nejsilnějšími zbraněmi. Bez opory biologie budou pravděpodobně argumenty o psychologické pohodě nové rodiny v nejhorším případě působit chabě a sentimentálně; v nejlepším případě se mohou zdát ve srovnání s naléhavými stavy v medicíně jednoduše postradatelné.”

můžeme sledovat na extrémních příkladech mateřského chování, které popisuje Sarah Blaffer Hrdy ve své knize *Mother Nature*. Ostře se měnící postoje k vlastním dětem a dětství v průběhu lidských dějin někteří sociální historikové interpretují jako důkaz kulturně-historické podmíněnosti mateřského chování a vyvrácení konstruktů všemocného mateřského instinktu své dítě milovat a pečovat o něj. Hrdy se domnívá, že historický a ekologický kontext ovlivňuje, jak matky vyhodnotí výhledy své i svého dítěte, a společenský a ekonomický kontext zase určují, mezi jakými alternativami se matky nakonec musí rozhodovat. Jako příklad chování v rozporu s tímto kontextem uvádí pařížskou kliniku pro chudé ženy La Maternité, kde musely v letech 1830–1869 matky, které si nemohly dovolit porodní bábu, po porodu se svým dítětem osm dní setrvat. Zároveň klesl podíl odložených dětí mezi chudými ženami z 24% na 10%. Co se stalo? Nezměnily se představy o dítěti ani ekonomické poměry matek, ale díky kojení a ranému kontaktu s dítětem se ženy cítily s dítětem více spojené. Zjistily tak, že je pro ně nesnesitelné jít a dítě odložit (Hrdy, 2000). V kritických situacích a u obzvláště ohrožených žen tedy mohou podmínky peripartální a postpartální péče pravděpodobně mateřské chování ovlivnit. Podobně uvádí i Bowlby (1984): “Not every woman with childhood experiences of these sorts batters her child, however; nor indeed does a woman who physically abuses one of her children necessarily abuse the others. What accounts for these differences? Evidence suggests that individuals who, because of earlier experience, are markedly prone to develop unfavorable parental attitudes are more than usually sensitive to what happens to them during and after their babies are born. For these women adverse experiences during this time, it seems, can prove the last straw.” (s. 278)⁶

⁶“Ne každá žena s takovými [negativními] zkušenostmi však týrá své dítě; dokonce ani žena, která fyzicky zneužívá jedno ze svých dětí, nemusí nutně zneužívat ostatní. Co je příčinou těchto rozdílů? Důkazy z výzkumů naznačují, že jedinci, kteří kvůli svým předchozím zkušenostem jsou výrazně náchylní k rozvoji nepříznivých rodičovských postojů, jsou více než jiní citliví vůči tomu, co se s nimi děje při porodu a po narození jejich dětí. Pro tyto ženy mohou negativní zkušenosti v této době, zdá se, znamenat poslední kapku.“

3.3 Shrnutí

Porovnání důsledků rodičovského chování v pojetí teorie citové vazby (resp. teorie behaviorálních systémů) a teorie self-efficacy ukazuje, že oba přístupy se v řadě aspektů shodují. Matky s bezpečnou citovou vazbou i rodičovskou self-efficacy jsou vůči svým dětem senzitivnější a nezažívají tolik stres a pocity bezmocnosti. Děti vychovávané těmito matkami prospívají v řadě ohledů: jsou samostatnější, nezpochybňují své schopnosti před výkonem a očekávají lepší výsledek, a mají v obou případech lepší sociální kompetence.

Také schéma vývoje je obdobné: podle obou přístupů jsou významné zkušenosti s péčí v primární rodině, které jsou však konceptualizovány odlišně: buď jako vnitřní pracovní model citové vazby (tedy převážně afektivní reprezentace), anebo jako přenesená zkušenost - vicarious experience (tedy kognitivní reprezentace). Je však zřejmé, že oba tyto přístupy v sobě spojují afektivní, kognitivní i behaviorální komponenty a odlišují se pouze obdobím počátku rozvoje rodičovského chování a s tím souvisejícím organizujícím prvkem.

Pro teorii self-efficacy je klíčové kognitivní zpracování a pojetí sebe jako aktivního činitele. Důležitým předpokladem je schopnost mentálně formulovat či zhodnotit své přesvědčení o schopnosti zvládnout nějaký úkol. Proto výzkum self-efficacy začíná až u dětí předškolního věku. Přenesená zkušenost rodičovského chování ve vlastní rodině je chápána jako uvědomovaná zkušenost s poskytovanou péčí (např. Leerkes & Crockenberg (2002)). Rané zážitky přitom většinou nejsou brány v potaz. Oproti tomu klade teorie citové vazby značný důraz právě na raný věk, afektivní procesy a jejich neurohormonální koreláty.

Další rozdíly lze najít v zaměření. Citová vazba se týká téměř výlučně kvality interakce a synchronizace matky s dítětem. Rodičovská self-efficacy oproti tomu sleduje, do jaké míry je matka přesvědčena o své schopnosti zvládat nejen přiměřenou interakci s dítětem, ale i další oblasti související s rodičovskou rolí: oblékání, přebalování, krmení, zavedení přiměřeného rytmu bdění a spánku, příprava dítěte na návštěvu lékaře. K tomu navíc patří i skloubení péče o dítě s partnerstvím, péčí o domácnost a profesními plány či dalšími zájmy ženy. Ačkoli by se mohlo zdát, že pro optimální psychosociální vývoj dítěte jsou tyto oblasti podružné, v kapitole 8 ukážeme, že jejich nezvládnutí odčerpává matce

energii, kterou by jinak věnovala interakci s dítětem. Můžeme tedy říci, že dostatečná rodičovská self-efficacy matky je důležitým předpokladem pro vznik bezpečné citové vazby dítěte. To dokládají i longitudinální výzkumy rozvoje mateřské citové vazby (Williams et al., 1987).

Obě teorie přinášejí řadu opěrných bodů pro práci s nastávajícími a novopečenými rodiči. Teorie self-efficacy nabízí účinné postupy plánování intervencí, které jsou založené na jednotlivých zdrojích self-efficacy. S jejím využitím lze podpořit rodiče ve zvládnání každodenních úkonů a krizových situací, a tak posílit jejich celkový pocit sebedůvěry a pohody. Teorie citové vazby oproti tomu přináší obsahové vodítko pro podrobné zaměření právě na interakci matky s dítětem a její kvalitu. Uvolnění a soustředění potřebné pro citlivou interakci matky s dítětem však nemůže nastat, pokud se matka cítí nejistě při zvládnání každodenních potřeb a nároků dítěte a domácnosti.

4. Kdo a proč má děti

Mateřská role je primárně biologicky podmíněná, ale nese v sobě významnou psychickou a sociální hodnotu. Vágnerová (2007) charakterizuje rodičovskou roli takto:

1. "Rodičovská role je silně asymetrická, je to jediná nezpochybnitelně nadřazená role. Rodič je dominantní autoritou, dítě je závislé na jeho péči a zároveň je mu ve všem podřízené. Rodičovská moc a pocit kontroly nad dítětem je téměř absolutní, rodič rozhoduje prakticky o všem, co se jej týká.
2. Ve srovnání s ostatními rolemi má jeden odlišný znak, není vratná. Nelze přestat být rodičem a nelze ani dítě vyměnit, pokud by jeho vlastnosti nebyly vyhovující (zatímco v případě partnera i profese to možné je). Člověk, který se stane rodičem, jím zůstává navždycky.
3. Dítě jej poutá specifickou a nezrušitelnou vazbou k partnerovi, druhému rodiči, protože je jejich společným potomkem.
4. Rodičovství, vzhledem k naprosté závislosti malého dítěte, představuje zásadní zvrát v životě člověka, který vyžaduje změnu životního stylu. Přináší mnoho povinností a omezení a klade značné nároky na zodpovědnost."

Volba mít dítě a stát se tedy rodičem je tedy jedním z rozhodnutí, které významně a nezvratně zasáhnou do života člověka. V této kapitole se zaměříme na proces rozhodování, zda mít či nemít dítě, a okolnosti, které jej ovlivňují.

4.1 Demografické aspekty rodičovství a sociálně-historický kontext přání mít dítě

Úhrnná plodnost (tedy počet živých dětí narozených jedné ženě během celého jejího reprodukčního období) je ve všech zemích EU vyšší než v ČR (1,22 v roce 2004, zatímco např. v Německu 1,36, ve Francii 1,9, a na Islandu dokonce 2,04 – (Eurostat, 2011). To je možné vysvětlit jednak vyšším počtem imigrantů v některých zemích (Francie), jednak poměrně dlouhými intervaly mezi prvním a druhým, resp. mezi druhým a třetím porodem, které v ČR navíc v letech 1993–2005 stoupaly z 3,9 (5,7) let na 5,2 (7) let (ČSÚ, 2006). V souvislosti s posunem vstupu

do rodičovství dochází také k poklesu celkové porodnosti: po prudkém snížení porodnosti v druhé polovině devadesátých let došlo následně k tzv. babyboomu, danému odkladem rodičovství silných ročníků. Ten kulminoval v roce 2008 a od té doby se počet narozených dětí opět snižuje (*Rodička a novorozenec 2010*, 2011). Pokles podílu rodin s více než třemi dětmi je však patrný i v jiných rozvinutých zemích. Reálný počet dětí je tak zpravidla o něco nižší než ideální (Gloger-Tippelt et al., 1993).

V současné době pozorujeme v ČR i zvyšování průměrného věku prvorodiček, který kopíruje vývoj v zemích západní Evropy (Gloger-Tippelt et al., 1993). Zatímco v roce 1993 bylo českým ženám v době, kdy se jim narodilo první dítě, v průměru 22,6 let, v roce 2005 už to bylo 26,6 let. Průměrný věk prvorodiček ve všech zemích západní Evropy (tedy v jiných než posttotalitních státech) byl přitom v roce 2004 vyšší než 28,6 let (Eurostat, 2011). Gloger-Tippelt et al. (1993) poznamenává, že vzestup věku prvorodiček souvisí i se stoupajícím věkem novomanželů a prodlužujícím se odstupem mezi první svatbou a prvním porodem.

V kontextu zvyšování průměrného věku rodiček stojí za zmínku, že Příhoda (1983) sledoval v 60. letech jev právě opačný: oproti 30. letům 20. století, kdy nejvíce žen rodilo podobně jako v posledních letech právě mezi 25.–29. rokem života, nejrychleji stoupal počet dětí narozeným ženám ve věku 20–25 let. Nízký věk vstupu do rodičovství i sám Příhoda přisuzoval socialistickému společenskému zřízení, které rané sňatky a rodičovství podporovalo a umožňovalo materiálním zajištěním mladých lidí (a zároveň nedostatkem jiných možností seberealizace). Klesání průměrného věku rodiček hodnotil Příhoda pozitivně – ženy mezi 20. a 30. rokem života jsou podle něj nejlépe disponovány, aby zvládly fyzicky i psychicky náročnou péči o dítě, zatímco pro starší matky je péče o dítě únavnější, a mají-li jedináčka, s větší pravděpodobností ho vychovávají úzkostlivěji. Grant (1992) navíc uvádí, že kromě zvýšené úzkostnosti starších matek dochází při pozdějším vstupu do rodičovství častěji i k narušení zvyklostí páru, který tou dobou žije už zpravidla v delším a stabilnějším partnerském vztahu.

Stoupá také podíl dětí narozených svobodným ženám, který v roce 2009 dosáhl 31,8% a vzrostl tak oproti předchozímu roku o 2,2%, zatímco podíl dětí narozených v manželství poklesl na 59,5%. Stoupá zato úroveň dosaženého vzdělání – zatímco podíl rodiček s pouze základním

vzděláním od roku 1993 klesal z 13,2% na 10,2%, podíl vysokoškoláček se zvýšil z 8,0 na 18,2%. Tento údaj se vztahuje ke všem narozeným dětem, ovšem vzhledem k tomu, že vysokoškolačky mají v průměru méně dětí, než ženy s nižším vzděláním, lze se domnívat, že podíl prvorodiček s VŠ vzděláním bude ještě vyšší (*Rodička a novorozenec 2010*, 2011). Vyšší počet dětí narozeným vysokoškolačkám souvisí proto téměř jistě s lepší dostupností VŠ vzdělání v ČR. Zatímco u mužů nelze najít vztah mezi vzděláním a počtem dětí, u žen je vzdělání nepřímě úměrné počtu narozených dětí (Gloger-Tippelt et al., 1993). Vysokoškolačky jsou také těmi, které rodičovství odkládaly nejvíce, zatímco u žen se základním vzděláním se průměrný věk narození prvního dítěte příliš nezvýšil (ČSÚ, 2006; *Rodička a novorozenec 2010*, 2011). Tyto ženy také mají zpravidla dětí více a častěji rodí děti mimo manželství, pravděpodobně z důvodu větší závislosti na sociálních dávkách, anebo i z důvodu neplánovaného otěhotnění mimo partnerský vztah. Ačkoli z biologického hlediska je rané mateřství výhodnější, příliš mladé matky jsou častěji psychicky nezralé a více se soustředí na uspokojení vlastních potřeb (Vágnerová, 2007).

V Německu byl sledován i vliv ekonomických poměrů a bytové situace na přání mít dítě (Gloger-Tippelt et al., 1993). Autorky uvádějí, že v rozvinutých zemích lze působení ekonomických poměrů páru na přání mít děti jen obtížně vysledovat, což se s největší pravděpodobností vztahuje dnes již i na Českou republiku. Bytové poměry podle nich zvyšují přání mít (další) dítě spíše tehdy, pokud je k dispozici dostatek obytného prostoru a partneři žijí spíše ve vlastním samostatném domě na venkově.

Zatímco před 80 lety bylo odložení vstupu do rodičovství spíše důsledkem pozdějšího zahájení sexuálního života, dnes je dáno širokou dostupností prostředků kontroly porodnosti. Současný vzrůst průměrného věku prvorodiček a pokles počtu dětí v důsledku návratu k demokratickému státnímu zřízení je možné ale hodnotit i z dalších pohledů:

1. jako přirozený a zdravý vývoj společnosti, kdy mladí dospělí v důsledku pocitu větší zodpovědnosti za svou životní cestu, zahrnující i materiální zajištění, usilují před založením rodiny nejprve o stabilní a perspektivní profesní dráhu, upevnění vlastní identity a navázání stabilního partnerského vztahu;

2. důsledek konzumního založení společnosti, vyzdvihující “užívání si” a nadměrnou spotřebu, které založení rodiny buď oddalují, nebo jsou s ním přímo v rozporu;
3. důsledek situace na trhu práce, kdy přerušení profesní dráhy v důsledku mateřské a rodičovské dovolené vede v řadě oborů k poklesu kvalifikace, a tedy ke snížení uplatnění na trhu práce, a státní politiky, která jako primárního živatele rodiny chápe muže a ženám poskytuje jen omezené možnosti udržet si kvalifikaci i v průběhu péče o malé dítě.

4.2 Individuální faktory motivace k vstupu do rodičovství

Z historické perspektivy je výrazná pozvolná změna důvodů, proč si lidé přejí dítě. Tradiční a celospolečenské motivy k rodičovství, kdy jsou děti vnímány jako prostředek k zaopatření ve stáří rodičů, postupně téměř ztratily na významu, a dítě je vnímáno spíše jako zdroj osobního štěstí a emočního obohacení života (Olbrich, 1995) (Gloger-Tippelt et al., 1993). Individuální přání mít dítě je ostatně historicky novým fenoménem, daným až vývojem medicíny (především metod antikoncepce a asistované reprodukce) v posledních desetiletích (Gloger-Tippelt et al., 1993).

V české literatuře věnované rodičovství je také pravidelně citován Matějčkův a Langmeierův (1986) přehled toho, jak jsou vstupem do rodičovství saturovány i frustrovány základní psychické potřeby (viz tab. 4.1).

Z demografických statistik vyplývá, že možnosti a priority naplnění těchto potřeb se u žen v posledních desetiletích posunuly. Zatímco před necelými dvaceti lety bylo běžné, že se žena po ukončení svého vzdělávání (a neznízdka ještě v průběhu studia) poměrně rychle vdala a záhy porodila dítě, protože okruh dalších smysluplných možností byl omezený, dnešní novopečené matky žijí častěji než předtím ve svazku mimo manželství, jsou spíše vzdělanější a vzhledem k vyššímu věku mají nejen více pracovních a životních zkušeností, ale často i vyšší postavení v zaměstnání a ve společnosti. To je častěji než v minulosti v konfliktu s plánovaným vstupem do rodičovství, a protože jeho dosažení vyžadovalo nemalou investici energie, času a neznízdka i financí

Mít děti

Nemít děti

Potřeba stimulace

Dítě přináší do manželství vzruch a stimulaci, zábavu i úzkosti.

Dítě brání stimulaci a užití si života jinými způsoby (cestování, kultura, společnost), zatěžuje partnerský život.

Potřeba smysluplného života (učení)

Dítě přináší rodičům zkušenosti a poznatky, které by jinde nezískali; je příležitostí k vnitřnímu růstu a zrání rodičů.

Dítě limituje možnosti získávání zkušeností a poznatků jinde (vzdělávání, profesní rozvoj).

Potřeba životní jistoty (citových vztahů)

Dítě dává rodičům lásku, je zárukou trvalého citového pouta, které nelze ukončit ani zrušit.

Mít dítě znamená stále se o něj bát, být citově zranitelný. Partner či ostatní mohou na nás skrze dítě vykonávat nátlak.

Potřeba identity (naše já, společenská hodnota)

Mít dítě dává rodičům hodnotu a status ve společnosti a širší rodině.

Dítě nám brání vdosažení významných společenských úspěchů, uzemňuje nás.

Potřeba otevřené budoucnosti

Rodičovství budoucnost otevírá – rodiče se mají na co těšit, mají vyhlídku dalšího vývoje svého dítěte. Vdětech pokračuje rodová linie.

Dítě limituje naši tvůrčí svobodu, vytvoření nadčasového díla, které by nás překonalo.

Tabulka 4.1: Základní psychické potřeby a rodičovství (dle Matějček a Langmeier, 1986)

(v případě samofinancovaného studia či dalšího vzdělávání), přistupují tyto náklady významněji než dříve k rozhodování o tom, zda mít či nemít dítě. To demonstruje i výše zmíněná skutečnost, že k největšímu odsunu vstupu do rodičovství a zároveň i k omezení počtu dětí došlo u vysokoškolaček, tedy u těch žen, které do své profesní kvalifikace investovaly nejvíce. Německý výzkum souvislosti jednotlivých hodnot s přáním mít dítě ukázal, že hodnotová orientace na zaměstnání působí na přání mít dítě u mužů a žen odlišně. Zatímco u mužů orientace na zaměstnání přání mít dítě nijak neovlivňuje, ženino přání mít dítě se zdá být primární, tedy následně ovlivňuje její orientaci na zaměstnání jako hodnotu (Backmund et al., 1992; Gloger-Tippelt et al., 1993). Lze se domnívat, že vzájemné působení obou hodnotových orientací (na zaměstnání a na rodinu) je reciproční a utváří se v kontextu nabídek a příležitostí, ale i v závislosti na tom, jak žena vnímá svou genderovou roli. Její tradiční pojetí totiž pravděpodobnost vstupu do rodičovství a porození více dětí zvyšuje (Gloger-Tippelt et al., 1993). Stále více vzdělaných žen se snaží profesi a rodinu sloučit. Obtíž sladit práci a rodinu byla v Německu ještě v 80. letech často udávaným důvodem, proč dítě nemít (Gloger-Tippelt et al., 1993).

Metafora tikajících biologických hodin vyjadřuje další konflikt – ženina schopnost otěhotnět vrcholí právě mezi 20. a 30. rokem, a po 35. narozeninách zdatně klesá (Vágnerová, 2007; Sobotková, 2001). Plynoucí čas připomíná ženě i její okolí a akceptované sociální normy. Třicátý rok věku je v uvažování většiny lidí hranicí, kdy by žena měla mít už alespoň jedno dítě, nebo ho v blízké budoucnosti se svým partnerem plánovat. Neexistence partnerského vztahu nebo nejistota ve stávajícím partnerství je ale dalším důvodem oddalování rodičovství (Vágnerová, 2007). Na rozdíl od mužů si tedy ženy nemohou dovolit odsouvat rozhodnutí, zda mít dítě, na neurčito, a jsou častěji nuceny dělat v uspokojení svých potřeb kompromisy, např. se rozhodují mít dítě jako svobodné matky (Keating-Lefler & Wilson, 2004), nebo zřeknout se rodičovství úplně.

Významnou roli při rozhodování o tom, zda a kdy mít dítě, hraje i primární rodina ženy. Se stoupajícím sociálním statutem ženiny primární rodiny klesá počet dětí, které žena pravděpodobně porodí (Gloger-Tippelt et al., 1993). Podle psychoanalýzy se v tom, jak mladá žena zachází se svou sexualitou a přistupuje k těhotenství, projevuje povaha

vztahu mezi dcerou a matkou – rovnováha či nerovnováha mezi milující, přijímající péčí a poskytnutím nezávislosti. Otěhotnění může být pokusem o vymanění se z matčina vlivu, opakované interrupce zase protestem proti nedostatku matčiny lásky (Raphael-Leff, 1993). Oakleyová (2000) uvádí obecněji, že dcery špatných matek se v mateřské roli necítí tak sebejisté a úspěšné, případně se rozhodnou děti nemít vůbec. To potvrzují i zjištění Matějčka a Langmeiera z jejich výzkumu nechtěných dětí: dcery žen, které si těhotenství s nimi nepřály, častěji v mateřství selhávají (Matějček & Langmeier, 1986).

Na rozdíl od starších koncepcí novější psychoanalytické modely považují přání mít dítě za primární přání ženy (tedy nikoli odvozené od jiných přání či potřeb), pokud žena ovšem dosáhla jisté úrovně zralosti. Ta je závislá na tom, jak zažívala žena jako velmi malé dítě (do 2–3 let věku) svou vlastní matku a jak se dále vyvíjela její psychosexuální identita. Pro zajímavost a ilustraci uvádíme přehled významových úrovní těhotenství, porodu a rodičovství a konfliktů, které v sobě nesou:

1. Narcistická úroveň (cílem je potvrzení vlastní hodnoty): touha po dítěti je výrazem touhy po splnutí a harmonii, směřující ke stabilizaci vlastního sebehodnocení. Důsledkem bývá napětí mezi velikášskými pocity plynoucími z mateřství a strachu z toho, že bude žena vlastním dítětem psychicky pohlcena a zničena.
2. Orální úroveň (cílem je uspokojení orálních potřeb, jako příjem jídla a pití): žena si přeje být v souvislosti s mateřstvím rozmazlovaná a hýčkaná, může to být pro ni ale i způsob, jak se vyhnout situacím, ke kterým se necítí zralá. Provází ji často ale i obava, zda dítě nebude znamenat omezení v uspokojování ženiných potřeb.
3. Anální úroveň (cílem je kontrola, moc a vlastnictví): dítě je pro ženu někým, koho může vlastnit a kontrolovat, a zároveň prostředek, kterým může konkurovat vlastní matce či připoutat k sobě partnera. Mateřstvím si žena může také kompenzovat pocity méněcennosti v oblasti vlastního ženství. Žena pak ale obtížně zvládá situace, kdy v souvislosti s těhotenstvím či dítětem kontrolu ztrácí či se jí musí vzdát.
4. Uretrální úroveň (je projevem pýchy či soupeřivosti): žena touží být aktivnější a více se prosadit tím, že ukáže, že je schopná přivést na svět dítě a vychovat ho. Toto přání ale často provázejí pocity viny.

5. Sexuálně-genitální úroveň (nastává při úplné psychosexuální zralosti): přání mít dítě vyjadřuje připravenost ženy rozšířit dosavadní párový vztah a společně s partnerem převzít zodpovědnost za dítě. Dítě je až v tomto případě vnímáno jako individuum s vlastní osobností a právy, nikoli jako prostředek k dosažení dalších cílů či kompenzaci neuspokojených přání z předchozích úrovní psychosexuálního vývoje (Gloger-Tippelt et al., 1993).

Kriticky lze říci, že ačkoli tento model trefně pojmenovává řadu nevědomých přání, které se v souvislosti se vstupem do rodičovství u žen reálně vyskytují, jeho slabinou je právě jeho implicitně hodnotící východisko. V podstatě model tvrdí, že existují “dobré” důvody, proč si žena přeje stát se matkou, a “špatné” důvody. Zralé ženy mají děti pouze z “dobrých” důvodů, zatímco ty nezralé výhradně z těch “špatných”. Nepřipouští ale, že by se v jedné osobě spojovaly “dobré” i “špatné” důvody, a nediskutuje ani možnost rozřešení konfliktu v nižších úrovních vývoje právě prostřednictvím mateřství. To limituje možnosti využití tohoto modelu jako východiska pro intervenci či výzkum.

Je přání mít dítě závislé i na osobnostních charakteristikách ženy? Ukázalo se, že standardizovaně měřené osobnostní rysy zde v zásadě nehrají významnou roli. Výjimkou je tolerance nejistoty: pravděpodobnost vstupu do rodičovství stoupá se schopností snášet nejisté, nepředvídatelné situace v běžném životě a pružně na ně reagovat. U žen se třemi a více dětmi byla v dlouhodobých studiích zjištěna i primárně vyšší schopnost tolerovat nejistotu (Gloger-Tippelt et al., 1993).

4.3 Shrnutí

Ve shodě s kontextuálním procesním modelem vstupu do rodičovství se ukazuje, že rozhodnutí, zda a kdy mít děti, je ovlivňováno řadou společenských, dobových i psychologických determinant. V současnosti vidíme oproti minulosti zřetelný pokles porodnosti nejen v ČR, ale i v ostatních rozvinutých zemích. Ten je bezprostředně dán dobrou dostupností prostředků pro plánování rodičovství. Ty jsou však využívány primárně především proto, že mít děti není jedinou životní hodnotou mladých žen. Přesto však má vstup do rodičovství pro mladé dospělé vysokou hodnotu a je spojen s řadou očekávání.

5. Otěhotnění

Otěhotnění je pokračováním rodu a postavením se na roveň vlastním rodičům. Touha otěhotnět nemusí být vždy totožná s touhou po dítěti, ale může sloužit k uspokojení vědomí, že je žena plodná (ať už jde o mladou, nejistou ženu, či o ženu v preklimakterickém věku), či potřeby být nablízku jinému tvorů (zprostředkovaně partnerovi, jehož dítě nosí, anebo i samotnému dítěti). Uvědomění, že těhotenství vede k narození reálného dítěte, může přijít až v průběhu těhotenství jako šok (Raphael-Leff, 1993).

Ačkoli je díky dostupnosti prostředků plánovaného rodičovství většina těhotenství plánovaná, či alespoň chtěná, ženu mohou zaskočit dvě okolnosti: nemožnost otěhotnět a na druhé straně nechtěné otěhotnění. Obě tyto události mají svá specifická úskalí i dopady na prožívání rodičovské role, jak stručně ukážeme v této kapitole.

5.1 Neplodnost, asistované početí a jejich dopady na rodičovství

Odhaduje se, že až 10–15% párů čelí potížím s otěhotněním, přičemž u 30–40% je příčinou neplodnost na straně muže, u 40% z nich na straně ženy a až u 10–20% párů nelze příčinu neplodnosti zjistit; v řadě případů se také subfertilita partnerů spojuje (Hammond, 2001). Ačkoli v dnešní době existuje řada metod asistované reprodukce, neplodnost a její léčba mají značný vliv na psychosociální pohodu. Potíže s otěhotněním jsou zdrojem závažného chronického stresu, a to zpravidla u žen (Sobotková, 2001). Prožívání neplodnosti se liší podle příčiny neplodnosti - ženy, u kterých byla diagnostikována neplodnost, jsou spíše depresivní, zatímco partnerky neplodných mužů reagují spíše hostilitou (Koryntová et al., 2001).

Samotný proces umělého oplodnění je fyzicky i psychicky velice náročný. Předchází mu (v závislosti na metodě umělého oplodnění) obvykle řada invazivních diagnostických či terapeutických procedur – např. laparoskopie pro zjištění průchodnosti vejcovodů, hormonální stimulace činnosti vaječníků pro zvýšenou tvorbu vajíček, jejich následný odběr,

inseminace či vložení oplodněného vajíčka do dělohy (in vitro fertilizace – IVF). Výsledek je přitom nejistý (udává se, že úspěšnost je obvykle 1:3). Čekání na úspěch je pro ženu dlouhé a psychicky úmorné, a ani potvrzené těhotenství neznamena vítězství – v prvních třech měsících někdy dojde ke spontánnímu zániku těhotenství, který přitom u některých poruch plodnosti (např. Turnerův syndrom, charakterizovaný z hlediska plodnosti chybějícím nebo nedostatečným vývojem vaječnicků) hrozí významně častěji (Řežábek, 1999).

Psychosociální dopady neplodnosti moderuje i styl zvládání. Ve svém přehledu shrnuje van den Akker (2012), že k nižší emoční zátěži vedou pozitivní techniky zvládání. K nim patří pozitivní přehodnocení, aktivní hledání informací, vyhledávání sociální opory, plánovitě řešení problémů či distancování se od situace.

Ženy, které po asistovaném oplodnění nakonec porodily dítě, prožívají ve spojení s mateřstvím a při srovnání s plodnými ženami (ale i neplodnými muži!) významně méně stresu, vyšší celkovou kvalitu života, zvýšenou osobní kontrolu a obecně méně negativních dopadů rodičovství, především na kvalitu sexuálního a partnerského života. Důvodem je nejspíše velké uspokojení z dosažení původně nemožného cíle. Napětí, které předtím vycházelo z neplodnosti, se nyní v páru projevuje především v únavě a nedostatku času danými péčí o dítě (Abbey et al., 1994). Analýza interakcí matek a dětí narozených po IVF či jiné léčbě neplodnosti ukázala, že zatímco u kontrolní skupiny (matky a děti počaté bez léčby neplodnosti) ve 21 týdnech věku dítěte klesala intenzita pečujících a herních interakcí s dítětem, matky dětí narozených po léčbě neplodnosti v těchto interakcích pokračovaly se stejnou intenzitou. Je pravděpodobné, že vysoká vstupní „investice“ do dítěte motivuje matku aktivně nabízet dítěti svou péči a rozptýlení (Papaligoura & Trevarthen, 2001).

Pojetí sebe jako rodiče může být ovlivněno i použitou metodou asistované reprodukce, především v případě, kdy žena, které dítě odnosila, porodila a nyní vychovává, není jeho genetickou matkou. Pokud bylo při početí dítěte použito darované vajíčko, ženy pak až ve dvou třetinách případů aktivně popírají jakoukoli odlišnost jejich mateřství a mají silnou potřebu svou pozici matky obhajovat; často také odkládají dobu, kdy dítěti sdělí okolnosti jeho početí, na neurčito. V případě žen, které počaly stejnou metodou (in vitro fertilizace), pouze s využitím

vlastního vajíčka, se tyto obranné mechanismy neaktivují (Van Berkel et al., 2007). Páry, které počaly po darování vajíčka, také většinou neplánují dítěti sdělit okolnosti jeho původu. Jako důvody jsou uváděny strach ze stigmatizace a z odmítnutí rodinou či přáteli, ale i oslabení vztahů mezi matkou a dítětem či strach z negativních dopadů tohoto odhalení na dítě (van den Akker, 2012).

5.2 Nechtěné otěhotnění a jeho dopady na rodičovství

Na druhé straně kontinua stojí ženy, které o těhotenství neusilovaly a pro které je nežádoucí událostí. Nechtěné otěhotnění je zdrojem značného stresu pro ženu, která musí redefinovat svou partnerskou situaci, socioekonomické podmínky a dosavadní životní styl a hodnoty, aby je přizpůsobila očekávanému dítěti. Přítomnost partnera a jeho ochota nastávající matku podpořit je podpůrným faktorem finálního přijetí dítěte (Kroelinger & Oths, 2000).

Nechtěné těhotenství je jedním z rizikových faktorů negativního porodního prožitku (Waldenström, 2004) a komplikací v těhotenství (Kroelinger & Oths, 2000). Negativně ovlivňuje i rozvoj mateřského chování a vztahu k dítěti. Pokud tyto ženy nezvolí ukončení těhotenství anebo předání dítěte k adopci, na dítě pak negativně působí stres prožívaný matkou v těhotenství a po porodu i narušené mateřské chování: výzkumy (včetně tzv. „Pražské studie“) u těchto dětí zjistily narušenou sociabilitu, zvýšenou agresivitu a horší školní výsledky (Odent, 2001; Matějček & Langmeier, 1986).

5.3 Shrnutí

Jak asistované, tak neplánované početí mají vliv na budoucí rodičovství. Obě situace spojuje nedostatek kontroly, kterou žena nad početím prožívá - “věci nejsou tak, jak mají být”. Ženy, které nakonec po některé z metod asistované reprodukce otěhotní a porodí dítě, jsou nakonec v mateřství šťastnější než jiné ženy. Pokud však bylo k otěhotnění použito darované vajíčko, ženy se v mateřské roli mohou cítit nejistě a

často dítěti zatajují okolnosti jeho početí. To pravděpodobně ilustruje význam schopnosti založit rodinu pro sebepojetí většiny žen.

Pokud žena nechtěně otěhotní a nepodaří se jí dosáhnout požadovaného ukončení těhotenství, prokazatelně je tím ovlivněno její rodičovské chování i prožívání. Vzhledem k tomu, že v současné společnosti jsou antikoncepce i umělé ukončení těhotenství relativně snadno dostupné a jen malé části žen jejich využití brání např. náboženské přesvědčení vlastní či její rodiny, je skupina žen, které porodí skutečně nechtěné dítě, pravděpodobně menší, než byla v době zahájení Matějčkova a Langmaierova výzkumu. Mnohem častější než skutečně nechtěná těhotenství jsou dnes pravděpodobně těhotenství, kdy žena prožívá vysoký stupeň ambivalence.

6. Těhotenství

Těhotenství je z fyziologického hlediska charakterizováno řadou procesů, z nichž hlavní a určující je zahnízdění a růst oplodněného vajíčka (následně nazývaného zárodek, od 4. měsíce nitroděložního života plod) v děloze. Obvykle se při popisu tělesných změn a reakcí ženy na tyto změny těhotenství dělí na 3 stejně dlouhá období, tzv. trimestry (lat. tři měsíce). Z psychosociálního hlediska se jedná o období emoční a kognitivní adaptace na skutečnost, že se žena stane v dohledné době matkou. I zde se v literatuře popisují tři fáze, které se nepřekrývají s lékařsky definovanými trimestry a zabývají se především vývojem vztahu matky k dítěti:

1. období, nazývané jako “dítě v hlavě”, je obdobím adaptace na otěhotnění, kdy matka své dítě pouze imaginuje;
2. období, označované jako “dítě v břiše”, začíná prvními pohyby dítěte, které umožňují matce navázat kontakt s dítětem a reagovat na jeho chování;
3. období, “dítě v náručí”, zahrnuje posledních 6–8 týdnů před porodem, kdy si žena začíná uvědomovat, že zakrátko se dítě narodí (Gloger-Tippelt, 1988).

To, jak žena prožívá těhotenství, má dopad nejen na její vlastní adaptaci na mateřskou roli. Důležitou oblastí výzkumu v posledních letech je otázka, zda a jak ovlivňuje chování a prožívání nastávající matky vývoj plodu a další život dítěte. Tzv. “hypotézu fetálního programování” podpořila v posledních letech opakovaně řada výzkumných studií i systematických přehledů (van den Akker, 2012). Ukazuje se, že zvýšený stres u matek v kritických obdobích gestačního vývoje může vést ke změnám v programování vyvíjejícího se mozku plodu. To se může projevit zvýšenými bazálními hladinami kortizolu v dětství a dospívání či poruchami pozornosti (Weinstock, 2008). Stres v těhotenství také úměrně zvyšuje pravděpodobnost předčasného porodu a nižší porodní váhy dítěte (Wadhwa et al., 2005); v dospívání také ovlivňuje fyziologickou reakci na stres, a to především u chlapců. Vliv prožívání v těhotenství na vývoj plodu byl přitom prokázán i při současné kontrole prožívání v poporodním období (Vedhara et al., 2012). To je pádný důvod pro to, věnovat psychologii tohoto období pozornost.

6.1 První trimestr

V prvních měsících žena vývoj dítěte na tělesné úrovni nevnímá – děloha se zvětšuje příliš pomalu. Zaznamenává ale další tělesné příznaky těhotenství, ke kterým se řadí především amenorrhoea (absence menstruace), často ale i nevolnost, únava, nebo bolest v prsou, dané hormonálními změnami. Tělo na sebe začíná poutat čím dál větší část pozornosti – s rostoucí citlivostí čichu a chuti si žena začíná všimnout i subtilnějších změn – ve vlastním tělesném pachu nebo v reakcích na dosud oblíbené jídlo – a odpoutává se postupně od vnímání vnějšího světa (Raphael-Leff, 1993).

Někdy se v souvislosti s psychickými změnami v těhotenství mluví o benigní těhotenské encefalopatii, jež se vyskytuje až u 50% žen a je charakterizovaná poruchami paměti, učení, koncentrace a zvýšenou únavností (Ratislavová, 2008). Objevují se ambivalentní pocity, a to i v případech, že dítě bylo plánované a očekávané – žena je konfrontována s tím, co se ziskem těhotenství a dítěte také ztrácí: svobodu, čas a prostor pro aktivity, které doposud hrály v jejím životě hlavní roli. To platí ostatně i pro ženy, které čekají druhé a další dítě – narození dalšího dítěte vnímají jako změnu kvalitativní, nikoli kvantitativní. Typické jsou pochyby a nejistota, strach ze ztráty těhotenství či poškození plodu infekčními onemocněními či jinými vlivy (Ratislavová, 2008). Úzkost z možného poškození nebo ztráty plodu může odrážet pocity bezmoci nad fyziologickým procesem, který nelze zvenčí nijak kontrolovat. Více obav o ztrátu těhotenství uvádějí ženy, které musí vynaložit úsilí na to, aby internalizovaly představu sebe jako matky (Randell, 1993).

Znovuožívají témata ze vztahů s primární rodinou a především s matkou: vzájemný kontakt se stává intenzivnějším, a pokud je vztah mezi ženou a její matkou pozitivní a vyvážený, může se ještě víc rozvinout. Mladá žena je svými rodiči znovu potvrzena jako dospělý člověk. Z pohledu psychoanalýzy se právě na počátku těhotenství aktivizují rané ambivalence a nedořešené konflikty vůči vlastní matce – pocity nenávisti vůči mladším sourozencům, závidění matčiny plodnosti a jejího výjimečného vztahu k otci a strach z matčiny odplaty za dceřina tajná destruktivní přání proti ostatním matčiny dětem. Aktivizace těchto konfliktů se odráží např. v pocitech viny a selhání, v nejistotě ve své nové roli a potřebě opakovaného potvrzení svého nastávajícího mateř-

ství vlastní matkou či lékařskou vědou (Raphael-Leff, 1993). Objevují se také vzpomínky na vlastní dětství a rodičovskou péči a jejich srovnávání s vlastními představami o rodičovství. Především ženy po třicítce se v tomto období popisují jako sobecké a zdráhají se obětovat svůj život dětem, jak to často viděly u svých matek (Randell, 1993).

Vztah k dítěti se začíná odvíjet na úrovni fantazií. Protože embryo je zatím tak malé, že jej žena nevnímá, vytváří si fantazijní představy, do kterých projikuje svá přání a obavy, ale i neuzavřené životní události (Raphael-Leff, 1993). Gloger-Tippelt (1988) označuje první trimestr ještě za období znejistění, kdy stále ještě může žena dojít k rozhodnutí o ukončení těhotenství. Především "starší" prvorodičky (nad 30 let) v této fázi těhotenství ještě oddělují své už stabilní sebepojetí a mateřskou roli. "Věci" se mění, ony jsou stále stejné (Randell, 1993).

6.1.1 Komplikace a potrat: nečekaná ztráta

Zkušenost ztráty těhotenství se týká asi třetiny žen a vzhledem ke svým následkům je poměrně vážným psychosociálním jevem (van den Akker, 2012). Asi jedna šestina všech potvrzených těhotenství skončí potratem (odhaduje se, že asi polovina ze všech početí); k třem čtvrtinám potratů dojde v prvním trimestru (Raphael-Leff, 1993). Většinou těhotenství zanikne z důvodu závažné genetické vady embrya, která je neslučitelná s dalším vývojem. Žena je potratem většinou zaskočena – je ohroženo její vnímání své plodnosti a ke smutku ze ztráty se často připojuje i pocit hanby. Protože sociální okolí její ztrátu často bagatelizuje nebo se tomuto tématu vyhýbá, cítí se se svými pocity opuštěná a nepřijímaná. Většinou se zánik těhotenství neopakuje, ale dojde-li k němu dvakrát či vícekrát za sebou, žena často hluboce prožívá své selhání a pochybuje o své schopnosti počít a donosit dítě. Raphael-Leff (1993) také uvádí, že s potratem žena nepřichází jen o zárodek či o dítě, ale i o naděje a očekávání od budoucnosti. O závažnosti potratu pro život ženy svědčí, že ve skupině 113 žen sledovaných po potratu byla u 25% žen měsíc poté zjištěna posttraumatická stresová porucha (PTSD), přičemž její projevy byly stejně závažné jako u ostatních traumatizovaných osob. U třetiny žen traumatizovaných potratem se rozvinula i deprese, na rozdíl od 5% žen, které příznaky PTSD nevykazovaly. Ačkoli po čtyřech mě-

sících klesl ve sledované skupině výskyt PTSD na 7%, výskyt deprese zůstal nezměněn (Engelhard et al., 2001).

Další těhotenství pak žena často prožívá se zvýšenou úzkostí, zda se zánik těhotenství nebude opakovat; v řadě případů je nezbytné psychologické poradenství, aby se žena zbavila napětí a přijala nemožnost situaci kontrolovat, a zároveň si zachovala dobrou naději (Raphael-Leff, 1993). Častou reakcí na neodbytné obavy je vysoká potřeba ujištění, že s těhotenstvím je vše v pořádku – žena častěji telefonicky konzultuje svůj stav se zdravotníky a žádá o častější kontroly a ultrazvuková vyšetření v těhotenství. Až první pohyby dítěte obvykle přinesou ženě uklidnění (Côté-Arsenault et al., 2006).

6.2 Druhý trimestr

Další tři měsíce těhotenství jsou z hlediska tělesných změn i psychologického prožívání klidovým obdobím. Žena se většinou cítí fyzicky lépe, má více sil, a pokud trpěla nevolnostmi, po začátku druhého semestru obvykle ustávají. S ustálením hormonálních hladin se stabilizuje i její nálada. Pokračuje naladění na vlastní tělo a jeho procesy, které zesiluje s prvními pohyby dítěte: ty poutají pozornost k tomu, co se děje v tělesných dutinách, mimo dosah obvyklého tělesného uvědomování (Raphael-Leff, 1993).

Změna tělesného tvaru může ženě přivodit nejen praktické komplikace, ale pokud jsou pro ni tělesný vzhled a štíhlost podstatné, objevuje se i strach ze ztráty (současné i budoucí) fyzické přitažlivosti, především v kontextu partnerského vztahu.

Vztah k dítěti v prvních týdnech druhého trimestru zůstává stále na úrovni fantazií a představ (Gloger-Tippelt, 1988; Raphael-Leff, 1993). Přibližně v polovině těhotenství (prvorodičky obvykle ve 20. týdnu, vícerodičky v 18. týdnu) si žena začne uvědomovat první pohyby dítěte, a z imaginovaného dítěte se stává konkrétní živá bytost s hmatatelnými projevy, která reaguje i na matčino prožívání nebo změny polohy jejího těla. Roli hraje i doba, kdy se první pohyby objeví: ženy, které cítily pohyby dítěte dříve, skórovaly v dotaznících měřících připoutání k dítěti trvale výš, a to i v poporodním období (Reading et al., 1984). Gloger-Tippelt (1988) tu mluví o fázi konkretizace; z fantazijního dí-

těte se stává “dítě v břiše”. Obdobně Raphael-Leff (1993) uvádí, že v období prvních pohybů se mění zaměření uvědomění z “těhotenství” na “plod”. Žena musí přesouvat a dělit pozornost z kontaktu s vnějším světem na kontakt s dítětem uvnitř, a definitivně si uvědomuje, že dítě není její integrální součástí. Vědomí intenzivní závislosti jiné bytosti na ženě samé často vede ke zvýšení zodpovědnost za své zdraví a potřebě o sebe více pečovat. Žena si sama začne více uvědomovat, jak reaguje na nároky okolí, a s ohledem na svůj stav a své dítě se může začít učit regulovat své vlastní hranice, případně i žádat ostatní o oporu.

6.2.1 Ultrazvuk a genetický screening: úsilí o dokonale dítě

Možnosti lékařské vědy v posledních desetiletích zasahují i do tvorby vztahu mezi matkou a jejím nenarozeným dítětem. Ultrazvuk je dnes využíván téměř v každém těhotenství – u nás se mu podrobí každá těhotná žena standardně třikrát, ale i víckrát (Krofta et al., 2011). Ultrazvuk pomáhá nastávající matce, zejména čeká-li své první dítě, si dítě ve svém břiše představit a vytvořit si k němu vztah; zároveň ale ultrazvuk tento vztah znejišťuje, pokud vyšetření naznačí, že dítě by mohlo trpět některou vývojovou vadou či poruchou vývoje či růstu. Lékař pak zpravidla indikuje další vyšetření, které domněnku vyvrátí či potvrdí. To samé platí i pro genetický screening, při kterém se v krvi matky hledají látky, které ukazují na přítomnost některých vývojových vad. Při pozitivním nálezů zpravidla následuje odběr plodové vody, tzv. amniocentéza. V mezičase mezi oběma vyšetřeními těhotná často prožívá značnou úzkost a napětí, a aby se ochránila, může se od dítěte, které nosí, i emočně distancovat (Raphael-Leff, 1993).

Ze zdravotních důvodů lze u nás ukončit těhotenství až do 24. týdne, a protože výsledky rozhodujících vyšetření jsou k dispozici často až těsně před tímto termínem, těhotná se mnohdy už předem rozhoduje, zda těhotenství v případě pozitivního nálezů ukončí. V tomto období už zpravidla cítí pohyby plodu a vědomé rozhodnutí o ukončení těhotenství je tak mnohem obtížnější. Ženě je v případě pozitivního nálezů obvykle nabízeno ukončení těhotenství, které je v naší společnosti většinou nahlíženo jako obvyklý způsob řešení situace, kdy žena čeká dítě s vývojovou vadou: v letech 1994–2007 u nás bylo ukončeno

63,37% všech těhotenství se zjištěným Downovým syndromem; 79,93% všech těhotenství se zjištěným Edwardsovým syndromem; 68,87% všech těhotenství se zjištěným Patauovým syndromem; 79,89% všech těhotenství se zjištěným Turnerovým syndromem; 59,74% všech těhotenství se zjištěným syndromem 47,XXX; a 73,65% všech těhotenství se zjištěným Klinefelterovým syndromem (Gregor et al., 2009).

Ukončení těhotenství s diagnostikovanou chromozomální vadou je autorry ve výše uvedeném článku nazýváno “sekundární prevencí”. To napovídá o postoji části odborné veřejnosti k takovým těhotenstvím a indikuje i preferovaný způsob, jak o ženu a plod pečovat. Žena, která se rozhodne donosit i dítě s chromozomální či jinou vývojovou vadou (srdeční vada, rozštěp rtu aj.), se spíše setká s nepochopením. Mohou ji čekat i výtky, proč vůbec vyšetření absolvovala, když jeho výsledek na její rozhodnutí nemá vliv (viz např. nedávno medializovaný případ rodičů dívky Juliány narozené s Edwardsovým syndromem (Malá, 2010)). Po narození dítěte má jen malé možnosti pomoci a opory (Raphael-Leff, 1993). Situaci komplikuje i skutečnost, že amniocentéza sloužící k potvrzení nebo vyvrácení podezření na vývojovou vadu v 1–2% případů končí ztrátou těhotenství, které by se jinak vyvíjelo normálně a skončilo narozením zdravého dítěte (Tabor et al., 1986).

Etický rozměr genetického screeningu u nás stále ještě není předmětem veřejné diskuse. Některé ženy přitom udávají, že na ně lékaři činí při pozitivním výsledku testů na vrozené vývojové vady tlak těhotenství ukončit. Uváděné argumenty jsou přitom zpravidla psychická i finanční náročnost péče o postižené dítě, nutnost umístit takové dítě do ústavu atp. Rozhodnutí ukončit těhotenství je možná v případě některých méně závažných vývojových vad (Downův syndrom, Turnerův syndrom aj.) často důsledkem negativního předsudku a nedostatku informací: nastávající matky, u jejichž dítěte byl diagnostikován Downův syndrom, se častěji rozhodnou v těhotenství pokračovat, pokud se v minulosti setkaly s dítětem s touto diagnózou, a zároveň mají i méně obav z budoucnosti (Lawson & Walls-Ingram, 2010). Jedna z důležitých námitek proti plošnému genetickému screeningu proto zní, že negativně ovlivňuje pohled veřejnosti na osoby s postižením (van den Akker, 2012). Rozhodnutí o ukončení těhotenství může být také výsledkem haló efektu – informace o vrozené vývojové vadě je v těhotenství první a jedinou konkrétní informací o tom, jaké je dosud pouze představova-

né dítě, které čeká, a jedinou potvrzenou realitou, od které se vztah k dítěti odvíjí a formuje.

Ženy, kterým bylo sděleno, že mají zvýšené riziko výskytu vrozených vývojových vad či ztráty plodu, cítí zpravidla před vyšetřením značnou úzkost; v případě negativního výsledku však úzkost klesá (Brisch et al., 2005). Pozitivní výsledky poukazující na vývojovou vadu dítěte, zvláště je-li terminálního charakteru, jsou pro ženu téměř vždy traumatizující (Kersting et al., 2004). Vedou k výraznému vzestupu úzkosti, a ať se žena rozhodne pro ukončení těhotenství nebo pro jeho pokračování, je s větší pravděpodobností ohrožena depresí (Rona et al., 1998). Sandelowski & Barroso (2005) mluví v této souvislosti o zvolených ztrátách a ztracených volbách. Podle výzkumů je nejefektivnější strategií zvládnutí pozitivní emoční ladění a distancování, které vede ke snížení úzkosti těhotných (Brisch et al., 2003); studie však neukazují, jak tato strategie ovlivňuje vztah k plodu.

Ženy, které se rozhodly pro ukončení těhotenství, se častěji snaží na dítě zapomenout, kontakt s jinými malými dětmi nebo datum předpokládaného narození dítěte však zasuté trauma znovu aktivují (Kersting et al., 2004). Někdy namísto toho, aby prošly procesem truchlení, rychle počnou „náhradní“ dítě. Jsou přitom ale nadále provázeny úzkostí z dalšího „selhání“, která je většinou neopouští ani v dalším těhotenství a po narození zdravého dítěte (Raphael-Leff, 1993; Brisch et al., 2003). U těchto žen se také ve srovnání s ženami, které samovolně potratily, objevuje nejvíce symptomů posttraumatického stresu (van den Akker, 2012). Zdá se, že kritickým faktorem negativního prožívání je v těchto případech vyšší či naopak nízký věk matky, první těhotenství či opakovaná ztráta, příliš krátká doba mezi stanovením diagnózy a ukončením těhotenství, předchozí emoční labilita, a nedostatek sociální opory (Jørgensen et al., 1985; Kersting et al., 2004). Traumatický prožitek a žal mají navíc tendenci se fixovat a jejich intenzita neklesá ani po několika letech (Jørgensen et al., 1985; Kersting et al., 2005). O ženách, které se rozhodly dítě donosit a porodit, ať už z náboženského přesvědčení, nebo z jiných důvodů, existuje v literatuře jen málo studií. Lze se domnívat, že jakékoli rozhodnutí po diagnóze především závažné vývojové vady plodu vyžaduje jistou osobnostní zralost a postoj umožňující vyrovnávat se se ztrátou, ať už dítě zemře anebo zůstane naživu. Také s sebou nese nejen zátěž a úskalí pro ženu a její rodinu,

ale za dostatečné sociální opory a dobrých adaptačních dovedností i příležitost k dalšímu růstu.

Nové, zdravé dítě přitom často vyrůstá vedle stínu svého mrtvého sourozence, po kterém matka stále touží. Reid (2007) tedy nemluví o “náhradním” dítěti, ale o dítěti “v polostínu”; za vývojový úkol ženy, která přišla o dítě, považuje především to, obě děti od sebe oddělit a ztrátu dítěte jednou provždy přijmout.

Těhotenský screening je tedy důležitým a málo diskutovaným tématem v péči o těhotné ženy. Ačkoli je zdánlivě pozitivním nástrojem, který nabízí těhotným ženám a jejich rodinám volbu, ne všechny ženy jsou připraveny tuto volbu uskutečnit. Předem vyhraněný postoj zdravotníků ke genetickému screeningu a k následným krokům může proto stupňovat stres, který ženy v souvislosti s těhotenstvím zažívají.

6.3 Třetí trimestr

Ve třetím trimestru již těhotenství zpravidla není možné přehlédnout. Na počátku posledního trimestru se většina žen s těhotenstvím již tak sžila, že představa jeho konce se jim zdá nepříjemná, ale v posledních týdnech začíná být těhotenství už fyzicky obtížně zvládnutelné. Dítě tou dobou zabírá tak významnou část ženina vnitřního prostoru, že se žena cítí omezena v pohybu či v tom, jaké množství a jakého jídla může sníst; obvyklá je i nespavost, která ještě prohlubuje únavu z každodenních činností. Objevují se i nepříjemné symptomy, jako otoky nohou, zácpa, pálení žáhy, a “poslíčky”, slabé kontrakce připravující dělohu na porod, jsou stále častější.

Vztah k dítěti se posouvá asi od 30. týdne do další roviny s tím, jak si žena uvědomuje, že v případě, že by se dítě v tuto fázi těhotenství narodilo, bylo by již životaschopné, a realita jeho příchodu na svět začíná být nevyhnutelná. Z “dítěte v břiše” se stává “dítě v náručí” – žena si představuje, jak bude dítě vypadat a jak o něj bude pečovat. Gloger-Tippelt (1988) toto období nazývá fází anticipace a přípravy. Objevuje se úzkost z toho, jak žena zvládne porodní proces a následně roli matky. Ženy obvykle vyhledávají nejpozději v tomto období informace, často ve formě předporodních kursů, debat s ostatními těhotnými nebo matkami malých dětí. U řady žen se v tomto období objevují živé sny jako

projev obav, zda zvládnou porod a zda se dokážou postarat o své dítě (Raphael-Leff, 1993). Potřeba zvládnout dovednosti péče o dítě v této době vcelku pochopitelně vrcholí (Bliss-Holtz, 1988).

Výzkum prováděný na ženách ve třetím trimestru zjistil, že interakce s nenarozeným dítětem se liší podle typu citové vazby u nastávajících matek. Nejvíce pozitivních emocí vůči dítěti bylo zjištěno u žen s bezpečnou citovou vazbou, které měly také relativně méně negativních emocí. Nejméně negativních i pozitivních emocí prožívaly ženy s distancovanou citovou vazbou, zatímco ženy se zaujatou citovou vazbou zažívaly nejvíce negativních a nejméně pozitivních emocí (Nelson, 1997). Jiný výzkum sledující povahu komunikace matky s plodem zjistil, že negativní komunikace je často spojena se zvýšenou spotřebou kofeinu a cigaret. Tu lze pravděpodobně spojit s jistou osobnostní dispozicí či socioekonomickým statutem ženy, které mohou vztah k dítěti i typ citové vazby přímo ovlivňovat. Ambivalentní komunikaci užívaly spíše úzkostnější ženy se zvýšenou spotřebou léků a nižším sebehodnocením (Nelson & Fazio, 1995), které opět může být citovou vazbou ovlivněno. Je tedy pravděpodobné, že pozdější interakce s dítětem je odrazem vztahu matky k plodu, který je zase odrazem vlastních raných zkušeností.

Svou roli hraje i očekávání, které má nastávající matka o dítěti: očekávali, že dítě bude mít obtížně zvládnutelnou povahu, je subjektivně vnímané připoutání k němu slabší, a to nezávisle na matčiných případných psychických obtížích (Pearce & Ayers, 2005). Toto zjištění odpovídá i výsledkům studií o nechtěných dětech.

6.3.1 Emoce a postoje vztahující se k blížícímu se porodu

Do perspektivy ženy se dostává představa porodu, která v tomto období nakonec dominuje. V pocitech většiny žen se mísí touha po ukončení těhotenství a setkání s dítětem se smutkem z konce těhotenství, ale především s citově zabarvenými očekávaními průběhu porodu. Určitá míra obav je obzvláště u prvorodiček normální a očekávatelná. Porod je sice fyziologický děj, v jeho průběhu ale může dojít i ke komplikacím, které v některých vzácných případech mohou ohrozit i zdraví a

život dítěte nebo matky. Dalším důvodem obav je skutečnost, že kontrakce vedoucí k otevření porodních cest a vypuzení dítěte jsou často v pozdních fázích porodu vnímány jako velmi bolestivé; porod může také trvat řadu hodin (někdy i dny) a představovat tak velký nárok na fyzické a psychické síly ženy. Samotná představa průchodu dítěte porodními cestami se pohybuje pro řadu budoucích prvorodiček na pomězi nereálna. Očekávání se formují nejen vlastní zkušeností s bolestí (především menstruační), ale i porodními příběhy, se kterými je těhotná konfrontována (Raphael-Leff, 1993).

Pozitivní a negativní očekávání často existují vedle sebe. Pozitivními očekáváními vzhledem k porodnímu prožitku se zabývají výzkumy v oblasti porodní self-efficacy, kterým se budeme věnovat v kapitole 7.2.2. Negativní očekávání u některých žen přerůstají až v pocity úzkosti, jež významně ovlivňují jejich každodenní život. 20% žen je zažívá ve střední míře, a u 6–10% žen jsou tyto pocity velmi časté a silné (Kjaergaard et al., 2008). Kromě bezprostředního vlivu na prožívání a psychickou pohodu ženy mají předporodní očekávání i prokázaný vliv na kvalitu porodního prožitku, jak ukážeme podrobněji také v kapitole 7.2.2. Výzkum ukazuje, že pocity úzkosti vedou i k negativnímu porodnímu prožitku, a mají tak tendenci se fixovat (Alehagen et al., 2006). Ženy trpící porodní úzkostí si častěji přejí porodit císařským řezem, aby se vyhnuly nepředvídatelnosti a bolestivosti vaginálního porodu (H.-L. Melender, 2002). Porodní úzkost také koreluje s nízkou úrovní psychosociální adaptace v posledním trimestru a predikuje její nízkou úroveň i po porodu (Sieber et al., 2006).

6.4 Těhotenství a partnerství

Otěhotní-li žena v rámci partnerství, jak tomu naštěstí většinou i bývá, početí dítěte často vytvoří mezi partnery asymetrii. Ačkoli se na početí podíleli (plánovaně nebo nevědomky) oba partneři, těhotná je nyní pouze žena, a až do okamžiku porodu zůstává budoucí dítě s ženou pevně spojené, a tím i oddělené od nastávajícího otce. Intimita a blízkost mezi oběma partnery, která dala dítěti vzniknout a kterou těhotenství zdůrazňuje, je jeho očekávaným příchodem ohrožena. Už v průběhu těhotenství žena zažívá blízkost a přítomnost dítěte, ze kte-

ré je otec z větší části vyloučen. Před porodem právě ženy častěji než muži uvažují především o raném období života dítěte (Delmore-Ko et al., 2000). Je to ale také žena, kdo nese fyzické nároky těhotenství a je více omezena ve svých dosavadních aktivitách (Raphael-Leff, 1993). V průběhu těhotenství tak zůstávají účast a vliv partnera do velké míry limitovány na poskytování sociální opory přímo ženě. Právě sociální opora budoucího otce však může být významným protektivním faktorem matčiny psychické pohody v těhotenství (Elsenbruch et al., 2007).

7. Porod

Porodem kulminuje těhotenství a začíná rodičovství. Časově se nejedná o dlouhé období, ale jeho subjektivní význam pro ženu je nepopíratelný. Ratislavová (2008) uvádí: “Náročná situace porodu je jedním ze zdrojů, jímž se osobnost ženy formuje. Překonávání překážky v podobě porodu může být pro ženu zdrojem uspokojení, hrdosti, důvěry a sebevědomí. Pokud má však rodička pocit, že situaci nezvládla, dochází k rozporům v sebepojetí.” Vzpomínky na porod si žena také dlouho uchovává. Penny Simkin, která zkoumala vzpomínky žen na jejich první porod srovnáním jejich porodních příběhů zaznamenaných krátce po porodu a po 15–20 letech, píše: “The birth of a child, especially a first child, represents a landmark event in the lives of all involved. For the mother particularly, childbirth exerts a profound physical, mental, emotional, and social effect. No other event involves pain, emotional stress, vulnerability, possible physical injury or death, and permanent role change, and includes responsibility for a dependent, helpless human being. Moreover, it generally all takes place within a single day. It is not surprising that women tend to remember their first birth experiences vividly and with deep emotion.”¹ (Simkin, 1992)

Pro porod je charakteristická vzájemná interakce fyziologických a psychologických faktorů. Porod sám je vyvolán a ovlivňován hormonálními procesy. Kontrakce, jež otevírají porodní cesty a posunují jimi dítě, jsou vyvolány hormonem oxytocinem. Ten se běžně (ale ne tak intenzivně) uvolňuje i při sexuální aktivitě, orgasmu a při kojení a vyvolává pocity lásky a altruismu. Příliš silné kontrakce a stres způsobený nedostatečnou kontrolou nad bolestí vedou k sekreci beta-endorfinů, které zpětnovazebně hladinu oxytocinu snižují. Uvolňování oxytocinu facilitují i pocity bezpečí a klidu – jejich absence vede ke vzestupu hladin stresových hormonů (adrenalin a noradrenalin), které sekreci oxytocinu blokují a mohou tak porod zpomalit; ke konci druhé doby porodní

¹ “Narození dítěte, především prvního dítěte, je mezní událostí v životě všech zúčastněných. Obzvláště pro matku s sebou porod nese hluboké fyzické, mentální, emoční a sociální dopady. Žádná jiná událost v sobě nezahrnuje bolest, emoční vypětí a zranitelnost, možné tělesné zranění či smrt a trvalou změnu role, a k tomu všemu i zodpovědnost za závislou, bezmocnou lidskou bytost. Navíc vše obvykle proběhne v průběhu jediného dne. Není překvapující, že ženy si často pamatují svůj první porodní prožitek živě a s hlubokými emocemi.”

(kdy prochází dítě porodním kanálem) však matku mobilizují k tomu, aby vynaložila úsilí na vytlačení dítěte (Odent, 2000; Buckley, 2009). Fyziologické hormonální procesy řídící hladký průběh porodu jsou tedy snadno zranitelné emocemi, které vycházejí jednak z ženiny osobnosti a z naučených způsobů zvládání zátěžových situací, jednak z její interakce se sociálním prostředím.

Porod je pro ženu často hraniční zkušeností. V jeho první, otevírací fázi se musí děložní hrdlo, které až do té doby pevně uzavíralo dělohu, úplně zploštit a otevřít na přibližně 10 cm. V druhé, vypuzovací fázi porodu dítě prochází, vytlačováno zčásti děložními kontrakcemi a zčásti vědomým úsilím matky, děložním hrdlem a pochvou. Porodní kontrakce dosáhnou obzvláště na konci otevírací fáze takové intenzity bolesti, kterou většina žen předtím nepoznala, celkově mohou trvat řadu hodin a ženino tělo se musí uvolnit a natáhnout tak, aby dítě mělo dostatek prostoru projít ven. V průběhu porodu je nastávající matka velmi senzitivní vůči vnějším vlivům: “A woman in labor is highly vulnerable. Her most private body parts are exposed; she is in pain; she sweats, trembles, moans, and cries out while among strangers; she is in a strange environment. If she is treated without respect, if her efforts to maintain dignity and control are rebuffed, or if she is taken advantage of, the negative impact is permanent. If she is nurtured, treated with kindness and respect, and feels like a participant, the positive impact is permanent.”² (Simkin, 1991)

Podobně uvádí i Ringler (1985): “Die Gebärende befindet sich in einer Ausnahmesituation, die einen Wendepunkt markiert. Die Stimmung der Gebärenden ist gekennzeichnet durch eine erhöhte körperliche und seelische Aktivität, gefühlsmässig damit verbunden ist Ängstlichkeit, Spannung, Ungeduld und Freude. Sie möchte das Baby endlich sehen und fühlen, wissen, dass es und sie selbst gesund sind. Daraus ergibt sich, dass die Stimmung der Gebärenden von äusseren Einflüssen, besonders in der Begegnung mit den betreuenden Personen, stark

²“Rodící žena je velmi zranitelná. Její nejintimnější tělesné části jsou odhalené; zažívá bolest; potí se, třese, sténá a vykřikuje, obklopená cizími osobami; je v cizím prostředí. Pokud se s ní zachází bez respektu, pokud je její úsilí uchovat si důstojnost a kontrolu odmrštěno, nebo pokud ji někdo využije ke svému prospěchu, negativní dopady jsou trvalé. Pokud je obklopena péčí, je s ní zacházeno laskavě a s respektem a pokud se cítí jako aktivní účastník, je pozitivní dopad trvalý.”

beeinflusst wird. Sie bedarf, wie jeder Geburtshelfer, jede Hebamme weiss, des ruhigen, vertrauensvollen und ermutigenden Klimas, das ihr vermittelt, dass sie selbst wichtig und fähig ist, diesen Lebensabschnitt zu meistern.”³

7.1 Kvalita porodního prožitku a její výzkum

V souvislosti s rozvojem feministického hnutí a větším prosazováním zájmů žen se v 70. a 80. letech začala obracet pozornost výzkumníků v západním světě právě na prožitek a roli ženy v reprodukci a péči o dítě (Crouch & Manderson, 1995). Determinanty a dopady porodního prožitku sleduje řada studií. Jako měřítko kvality porodního prožitku je často zkoumána spokojenost s porodem. Ta bývá někdy konceptualizována jako naplnění původní ženiny představy a přání týkajících se toho, jak by měl porod probíhat, viz např. Ringler (1985). Toto pojetí však není zdaleka vyčerpávající: žena může být v závislosti na jistých okolnostech spokojená i s takovým průběhem, který do její původní představy nespadal. Koncept spokojenosti je proto bez přihlídnutí k jednotlivým aspektům porodního prožitku problematický, vede-li k tomu, že následnou péči při porodu mají determinovat výhradně předporodní očekávání žen.

van Teijlingen et al. (2003) shrnuli ve svém přehledu faktory, které mohou zvyšovat či ovlivnit spokojenost s porodem a ke kterým kromě situačních charakteristik péče mohou patřit i metodologické aspekty výzkumu:

- předchozí zkušenost respondentek s péčí, např. zkušenost s porodem nebo jinými porodnickými či lékařskými zákroky;
- kontinuita péče a poskytovatele péče;

³“Rodička se nachází ve výjimečné situaci, která vyznačuje bod obratu. Vnitřní stav rodičky je charakterizován zvýšenou tělesnou a duševní aktivitou, se kterou je spojena úzkost, napětí, netrpělivost a radost. Chtěla by dítě už konečně vidět a cítit, vědět že on i ona sama jsou zdraví. Z toho vyplývá, že vnitřní stav rodičky je silně ovlivňován vnějšími vlivy, zvláště v interakci s pečujícími osobami. Potřebuje, jak každý, kdo provází porod, každá porodní asistentka dobře vědí, klidné, důvěryhodné a podporující klima, které jí dává najevo, že ona sama je důležitá a schopná zvládnout tuto část svého života.”

- dostupnost sociální opory, např. stálá přítomnost partnera u porodu;
- okamžitý kontakt mezi dítětem a matkou po porodu;
- délka pobytu v nemocnici, časné propuštění z porodnice (tzv. ambulantní porod);
- věk respondentek;
- účast v předporodních kursech;
- možnost volby místa prenatální péče či porodu, typu péče, poloh při porodu aj.;
- realistická očekávání ohledně porodu;
- když žena cítí kontrolu nebo se může aktivně účastnit rozhodování;
- kvalita vztahů a komunikace mezi ženou a zdravotníky;
- načasování výzkumu (v raném šestinedělí se objevuje negativní hodnocení méně často, nejčastější je cca 6–12 měsíců po porodu);
- způsob položení otázky: pokud mají ženy verbalizovat, co pro ně představuje pojem spokojenost s porodem, mívají s tím obvykle obtíže.

Obecně Teijlingen konstatuje, že ženy mají tendenci hodnotit to, co prožily, pozitivně (respektive nehodnotit negativně), zvláště pokud nemají srovnání či informace o dalších dostupných možnostech. Dvě třetiny žen, které využily např. kontinuální opory porodní asistentky v průběhu porodu, ji hodnotily jako velmi důležitou pro spokojenost s porodem, oproti pouze jedné čtvrtině žen, které kontinuální oporu nevyužily (van Teijlingen et al., 2003).

Ačkoli jsou vzpomínky na jednotlivé aspekty porodu poměrně stabilní, může se měnit jejich zabarvení. Velmi přesné jsou obvykle vzpomínky na počátek porodu, příjezd do nemocnice, jednání zdravotníků a doprovodu, konkrétní intervence, samotné narození dítěte a první kontakt s ním (Simkin, 1992). (Waldenström, 2004) však ukázala, že v průběhu prvního roku po porodu až čtvrtina žen, jež původně hodnotily porod pozitivně, mění hodnocení porodu k horšímu, zatímco asi u 16% žen se původně negativní hodnocení porodu zmírňuje; hlavním faktorem změny byla přitom spokojenost či nespokojenost s přístupem zdravotníků při porodu. Měření spokojenosti s porodním prožitkem nedlouho po porodu tedy může zkreslit ženina úleva, že má porod za sebou a že se jí narodilo zdravé dítě.

Přesto je spokojenost s porodem, respektive pozitivní či negativní hodnocení porodního prožitku, už nejméně od 50. let nejčastěji sledovanou psychologickou proměnnou v souvislosti s porodem (Ringler, 1985). Častým cílem mnoha výzkumů je nalezení determinant pozitivního či negativního porodního prožitku, ať už kvantitativním sledováním několika zvolených proměnných, anebo kvalitativní analýzou rozhovorů s ženami či porodních příběhů. Značná pozornost je v posledních letech věnována i dopadům porodního prožitku, negativním (posttraumatická stresová porucha (PTSD) v souvislosti s porodem, postpartální deprese (PPD) a jejich dopady na partnerství, rodičovství či sebepojetí žen) i pozitivním (např. zvýšená rodičovská self-efficacy). Existuje také řada škál a dotazníků, které spojují jednotlivé aspekty porodního prožitku, a v některých výzkumech se používají prosté škály (vizuální či numerické) měřící celkovou spokojenost či její konkrétní aspekty zvolené autory. Způsob zjištění kvality porodního prožitku může ovlivnit výsledky studií zjišťujících jeho determinanty a dopady. To může vysvětlit rozcházející se výsledky některých kvantitativních výzkumů.

7.2 Determinanty porodního prožitku

Porodní prožitek se skládá z řady vlivů, které se často vzájemně podmiňují a spojují, a už proto je nesnadné zjistit, která z nich je příčina a která následek. To může někdy vést ke zjednodušování, bagatelizaci či naopak zveličením některých proměnných a k přehlédnutí dalších, které stojí v pozadí.

Ve výzkumech determinant porodního zážitku můžeme vysledovat dokonce jistý historický trend: zatímco v 50. letech minulého století se za hlavní příčinu uspokojivého, resp. neuspokojivého zážitku považovala sama žena, její osobnost a vyzrálost (Ringler, 1985), feministické hnutí a další výzkum přispěly k tomu, že se pozornost obrátila i ke kontextuálním determinantám: průběh porodu a interakce se zdravotníky. V dalším textu se budeme proto podrobně věnovat jednotlivým determinantám a jejich vzájemné interakci.

7.2.1 Osobnostní determinanty a další charakteristiky rodičí ženy

Právě na charakteristiky osobnosti a prožívání rodičí ženy se zaměřovaly první výzkumy psychologie porodu a těhotenství, které nejčastěji vycházely především z psychoanalytických teorií, příp. z teorie attachmentu (Ringler, 1985). Breen (1976) uvádí, že pro ženy, které dobře zpracovaly konflikty spojené se vstupem do rodičovství a těhotenstvím, cítily se méně vydané napospas průběhu porodu a byly v otevřenějším kontaktu se sebou a s okolím, bylo charakteristické to, že neusilovaly o to, být dokonalé (a tak předčít své matky), jejich reálný a ideální obraz matky byly v souladu a v protikladu k převládajícímu stereotypu ženskosti se nepovažovaly za pasivní. Ony a jejich partneři byli také často osvobozeni od kulturních stereotypů mateřství a otcovství. Také Wenner (1966) popisuje ženy, které dobře zvládají těhotenství, porod, a mateřství, následovně:

1. umí vyjádřit své přání a potřebu pomoci a podpory;
2. toto přání může být vyjádřeno přímo (otevřeně), a je tedy účinné, pokud zároveň
3. je směřováno vůči vhodným osobám;
4. žena má těsný vztah ke svému manželovi;
5. chce se spolehnout na jeho podporu;
6. dokáže ostatní (i své dítě) spontánně přijímat a mít pro ně pochopení.

Ženy, které trpí emočními obtížemi, nedokáží tedy svá přání vyjádřit buď vůbec, nebo jen agresivním způsobem. To je ale podle Ringler (1985) i znakem chybějící důvěry - tyto ženy mohou být nespokojené s tím, co jim ostatní dávají, a zároveň neschopné je spontánně kontaktovat. Bowlby (1980) uvádí, že uvedené znaky odpovídají zdravé osobnosti, která se dokáže na ostatní s důvěrou obrátit a spolehnout a sama dokáže poskytnout bezpečnou základnu osobám, které se na ni spoléhají. Ringler (1985) se k tomu opět staví kriticky s tím, že takových zdravých osobností je poměrně málo. Zároveň je podle ní toto chování determinováno kompetencemi, které nejsou jen čistě intrapersonálními charakteristikami ženy, ale podléhají silným vlivům socioekonomického

statutu a s ním spojenými deficity či charakteristikami (sociální distribuce stresu a zdrojů zvládnání). Tyto kompetence mohou být přitom facilitovány podporujícím sociálním prostředím, a jsou aspoň zčásti přenositelné a naučitelné Ringler (1985). Ve své knize *Psychologie der Geburt im Krankenhaus* (1985) se proto Marianne Ringler zabývá často tím, aby poukázala na ve své době relativně stálou atribuci negativního porodního zážitku ženě, respektive páru, zatímco porodní prožitek je podle ní záležitostí interakce a vztahu mezi rodičkou a pečujícími zdravotníky.

Protože obavy z porodu a úzkost při porodu nepříznivě ovlivňují hodnocení porodu a mohou přispět až ke zpomalení průběhu porodu, výzkumné hypotézy se také zaměřily na jejich časté koreláty, především úzkostnost. Tyto studie však jejich vliv nepotvrdily: výsledné hodnocení nezáviselo ani na předchozí úzkostnosti žen, ani na touze podílet se na rozhodování v průběhu porodu či locus of control (Waldenström, 1999). Ženy s předem zjištěnou indikací pro psychiatrickou léčbu zažívaly sice při porodu vyšší úzkost ve srovnání se zdravými ženami, jejich celkovou spokojenost s porodem to však neovlivnilo (Börjesson et al., 2007). Další výzkumy obav z porodu, uvedené v následující kapitole, sice prokázaly souvislost úzkostnosti a dalších osobnostních rysů na jedné straně a obav z porodu na straně druhé, ale přímou souvislost těchto osobnostních rysů a porodního prožitku neukázaly (Ayers & Pickering, 2005; Ryding et al., 2007).

Na druhou stranu Christiaens & Bracke (2007), kteří zkoumali vliv sociálně psychologických determinant porodního prožitku pouze u žen po porodu, zjistili, že vyšší spokojenost se sebou, porodní asistentkou a s lékaři v průběhu porodu udávaly ženy s vyšší celkovou self-efficacy. Je třeba uvést, že samotný koncept celkové self-efficacy není univerzálně přijímaný: Bandura (1997) uvádí, že self-efficacy je možné přesně zjišťovat pouze ve vztahu ke konkrétní oblasti, a nejspolehlivější způsoby zjišťování self-efficacy pro danou oblast jsou škály dotazující se na přesvědčení o vlastní schopnosti zvládat konkrétní činnosti či úkoly, nikoli na přesvědčení o vlastní schopnosti zvládat situace či činnosti obecně. Přesto je však zjištění Wendy Christiaens a Pieta Braeckea zajímavé a naznačuje možnou tendenci žen s vyšší sebedůvěrou a lepší psychickou stabilitou vnímat pozitivněji nejen své vlastní chování při porodu, ale i roli zdravotníků. Pravděpodobně není proto bez souvis-

lostí, že úzkostné ženy si častěji přejí “rychlý porod” a považují později oporu zdravotníků v průběhu porodu za nedostatečnou (Maggioni et al., 2006).

Souvislost stabilních osobnostních rysů a porodního prožitku tedy nebyla zatím s jistotou prokázána. Určitý vliv mohou mít charakteristiky, které ovlivňují ženinu reakci na zátěž, jako úzkostnost, sebehodnocení či schopnost přijímat sociální oporu. Latentní proměnnou ovlivňující porodní zážitek by logicky mohla tvořit dimenze neuroticismu osobnostního testu Big Five, ale zatím neproběhla žádná studie, která by tuto souvislost sledovala.

7.2.2 Očekávání před porodem: obavy a self-efficacy

K pozitivnímu hodnocení porodního zážitku ženou vede často naplnění očekávání, která jsou pro ni klíčová. S největší pravděpodobností je porod hodnocen pozitivně, má-li žena pozitivní a přitom realistická očekávání. Příliš konkrétní očekávání (např. přání rychlého, bezproblémového porodu bez intervencí) vedou pravděpodobněji ke zklamání a negativnímu hodnocení; stejně tak se často negativním porodním prožitkem potvrzují a fixují negativní očekávání, např. intenzity bolesti či nutnosti intervencí (Hauck et al., 2007). Studie, která sledovala porodní očekávání a prožitek v různých odstupech v období před porodem, na počátku porodu a po porodu, také potvrdila dlouhotrvající vliv negativních očekávání, který oproti předpokladům nezmírnila ani aplikace epidurální anestezie (Alehagen et al., 2006). Při výchozích negativních očekáváních působí přitom protektivně respektující přístup zdravotníků, zahrnující citlivou oporu a zprostředkování kontroly nad porodním procesem, takže výsledný dojem ženy z porodu je navzdory očekáváním pozitivní (Hauck et al., 2007).

Očekávání ženy od porodního prožitku tedy často, ale ne vždy působí jako sebenaplňující se proroctví: očekávání týkající se jednotlivých aspektů porodu predikují to, jak žena po porodu tyto aspekty hodnotí (Ayers & Pickering, 2005). To je ve shodě i s teorií self-efficacy, podle níž očekávaný výkon predikuje výkon skutečný (Bandura, 1997). Porodní self-efficacy se vztahuje k důvěře ženy, že zvládne porodní proces, a její připravenosti vytrvat v chování, které jí pomáhá udržovat si kontrolu

při porodu. Porodní self-efficacy negativně koreluje s obavami z porodu (Sieber et al., 2006). Silné přesvědčení o své porodní self-efficacy predikuje nižší míru bolesti a stresu vnímaného v průběhu porodu a vyšší spokojenost s porodním prožitkem (Berentson-Shaw et al., 2009). Ještě více než přesvědčení o vlastní schopnosti vytrvat v chování, které ženě pomůže zvládnout kontrakce, predikuje vnímanou úroveň porodní bolesti ženino přesvědčení o vlastní schopnosti překonat překážky, které mohou ženě bránit ve využití technik pro zvládnání kontrakcí. Mezi tyto překážky může patřit např. nepodporující partner, monitor signalizující tíseň plodu, vážnoucí komunikace se zdravotníky atd. (Stockman & Altmaier, 2001). Ve shodě s Bandurovou teorií self-efficacy (Bandura, 1997) vychází porodní self-efficacy u prvorodiček především z přenesených zkušeností (vyprávění ostatních žen, popisy a vyobrazení porodu v médiích), z verbálního povzbuzování osobami, které jsou pro ženu významné ať už svou intimní blízkostí (partner, rodina aj.) nebo jako nositelé autority (zdravotníci aj.), a z bezprostředních fyziologických a emočních reakcí (Drummond & Rickwood, 1997).

Negativní očekávání od porodního prožitku se zvýrazněnou afektivní složkou je častým tématem výzkumů zabývajících se obavami z porodu. Propagátor předporodní přípravy Dick-Read (1933) už před 80 lety předpokládal, že očekávání porodní bolesti vzbuzuje u žen úzkost, která vede při porodu ke zvýšenému prožívání bolesti. Zvýšená úzkost a obavy na počátku porodu mají skutečně ověřený fyziologický dopad na průběh porodu. Vedou totiž ke zvýšené produkci katecholaminů (stresových hormonů), díky níž se první doba porodní prodlužuje (Alehagen et al., 2006) a která zintenzivňuje bolest v oblasti pánve a zvyšuje percepce bolesti na kortikální úrovni (Lowe, 2002). Také výzkum žen se sklonem ke katastrofizování bolesti potvrdil, že tento sklon vede k negativnímu prožívání kontrakcí a porodu jako celku (Bussche et al., 2007).

Obavy z porodu jsou samy o sobě zdrojem sekundárního stresu: ženy (ale i muži) udávaly v souvislosti se svými obavami z porodu pocity méněcennosti, obtíže o svých obavách komunikovat s ostatními a vědomí narušení normy, která představuje těhotenství a narození dítěte jako radostné, harmonické období (Eriksson et al., 2005).

Obavami z porodu podle odhadu trpí v Evropě a Americe kolem 20% žen, přičemž u 6–10% tyto obavy významně zasahují do běžného života

(Kjaergaard et al., 2008). I v této skupině však existují interkulturní rozdíly v porodních očekáváních. Srovnávací výzkum amerických a nizozemských žen ukázal, že Američanky častěji než ženy z Nizozemí očekávají, že porod bude velmi bolestivý – a také častěji sahají po epidurální analgezii (Lowe, 2002). Z hlediska věku lze nejvíce negativní očekávání porodu nalézt u velmi mladých těhotných (15–20 let), u kterých lze očekávat i řadu přidružených zátěžových faktorů; ty pak udávají ze všech věkových kohort i nejhorší porodní prožitky (Zasloff et al., 2007).

Obavy z porodu jsou obecně spojeny se zvýšenou celkovou úzkostí, která slabě (avšak statisticky významně) negativně koreluje také s očekávanou kontrolou v průběhu porodu a očekávanou oporou ze strany zdravotníků (Ayers & Pickering, 2005). Komplexní výzkum osobnostních charakteristik žen, které vyhledaly odbornou pomoc v souvislosti s obavami z porodu, ukázal u těchto žen ve srovnání s kontrolní skupinou korelaci nejen s vyšší somatickou úzkostí, ale i psychastením a nižší socializací, jak byly zjištěny švédským dotazníkem psychopatologických rysů osobnosti “Karolinska Scales of Personality”. Vzhledem ke stresogennímu efektu obav z porodu není však jasné, zda jsou dané osobnostní rysy příčinou či následkem. Naopak negativně koreluje s obavami z porodu, které jsou do jisté míry přirozené, účinná primární síť sociální opory (odpovídající vyšší socializaci podle Karolinska Scales of Personality) – především ze strany původní rodiny (Ryding et al., 2007).

Analýza struktury obav z porodu u australského vzorku naznačuje, že k nim přispívá společenský obraz těhotenství a porodu, který žena čerpá z knih a časopisů pro nastávající matky, jako medikalizované, vysoce rizikové události, která se tak ocitá za horizontem kompetencí ženy. Ženu silně ovlivňují i porodní příběhy sdílené v ženině původní rodině, především porodní zkušenosti její matky a sester (Fenwick et al., 2005; Fisher et al., 2006). Úzkostnější ženy také citlivě vnímají odborná doporučení pro těhotné podporující zdravý vývoj dítěte (strava, životospráva, vyhýbání se stresu) a obracejí je proti sobě – především požadavek na vyhýbání se stresu, který v nich naopak napětí stupňuje. Svou roli hrají i individuální charakteristiky ženy: univerzální složkou obav z porodu je strach z bolesti. Je třeba zmínit, že zatímco některé ženy se nejvíce bojí bolesti při kontrakcích, pro jiné je dominantní úzkost z bolesti při

vytlačení dítěte (Fisher et al., 2006). Podání analgezie při porodu však k zmírnění prožitku bolesti u těchto žen zpravidla nevede (Alehagen et al., 2006). Dalším, častým zdrojem obav byla možná ztráta kontroly při porodu, kterou ženy předpokládaly při lékařských intervencích, ale i při případné neshodě se zdravotníky v průběhu porodu (Fisher et al., 2006).

Očekávání ženy od porodu má tedy prokazatelný vliv na její porodní prožitek. Je přitom zřejmé, že vnitřní nastavení ženy vůči porodu je determinováno celkovým společenským klimatem a pojetím porodu; vlivné jsou především zkušenosti a příběhy žen blízkých těhotné, resp. rodiče. Toto klima se může odrážet i na porodních praktikách a postojích zdravotníků; na příkladu bolesti ilustrujeme tyto prolínající se vlivy a jejich působení na rodičku v dalším textu. Podporující přístup zdravotníků a jejich respektující komunikace s rodičkou však mohou působit blahodárně a umožnit rodičce korektivní sebezkušenost (Hauck et al., 2007).

7.2.3 Předporodní příprava

Řada žen se rozhoduje před porodem pro návštěvu kursů předporodní přípravy. Explicitním cílem předporodní přípravy je nejčastěji nastavení realistických očekávání pro porod a osvojení dovedností pro zvládnutí porodních bolestí, tedy implicitně i zvýšení spokojenosti s porodem. Vliv předporodní přípravy na spokojenost s porodním prožitkem je však velmi proměnlivý a závisí na formě předporodní přípravy. Občas vede ke zvýšení dovedností zvládnout porod, ale získané dovednosti mohou být v konfliktu se stávající porodnickou praxí, pro kterou jsou např. některé úlevové polohy či přítomnost některých doprovázejících osob u porodu těžko přijatelné. Pak dochází ke konfliktům na porodním sále, jak ilustruje např. nedávná mexická studie (López et al., 2008). V takových případech je pozitivní vliv předporodní přípravy na porodní prožitek sice diskutabilní, přesto však by neměla předporodní příprava vést ženy primárně ke konformitě se stávající porodnickou praxí.

Dosavadní studie zkoumající efektivní formy předporodní přípravy zformovaly několik důležitých zásad, které by měla předporodní příprava splňovat, aby přispěla k zlepšení porodního prožitku. Svou roli hraje nejen obsah výuky, ale i samotný výukový proces, který může činit z

kursu předporodní přípravy sebezkušenostní setkání namísto pouhého předání informací. Model předporodní přípravy vycházející z interpersonální psychoterapie byl také s úspěchem využit u prvorodiček v Číně (Gao et al., 2010). Hallgren et al. (1995) v rozhovorech s páry reflektujícími porodní očekávání, zkušenost z předporodní přípravy a porodní prožitky zjistili, že pro ženy může být obsah předporodní přípravy zúzkostňující, především pokud nevidí dostatek zdrojů pro zvládnání bolesti či opory ze strany partnera a zdravotníků. Obavy a nereflektované informace pak ve svém důsledku působí kontraproduktivně. Ve svých závěrech proto doporučují v průběhu předporodní přípravy pracovat s představami každé ženy o porodu a předporodní přípravě. Zpracování představ ženy o porodní bolesti doporučují i Escott et al. (2009).

Důležitá je i podpora dovedností pro zvládnání porodních bolestí. Program předporodní přípravy cílený na zvýšení porodní self-efficacy těhotných prvorodiček zahrnoval opatření založená na Bandurově teorii self-efficacy. Ženy, které jej absolvovaly, ve srovnání s ženami, jež žádnou předporodní přípravou neprošly, udávaly menší bolest v průběhu porodu a větší škálu způsobů pro zvládnání porodní bolesti (Ip et al., 2009). Smysluplná se ukazuje i opora stávajících strategií zvládnání bolesti, spíše než výuka nových: ženy, které prošly programem založeným na podpoře stávajících dovedností pro zvládnání bolesti, hodnotily svůj porod pozitivněji, více využívaly různé strategie pro zvládnání porodní bolesti a udávaly i aktivnější účast ze strany porodního doprovodu (Escott et al., 2004, 2005). V ideálním případě by si každá žena měla vypracovat svůj vlastní „repertoár“ strategií pro zvládnání bolesti a zformulovat jasný záměr tyto strategie při porodu využít. Osoba, která ženu do porodnice doprovází, by měla její strategie znát a podporovat ji v tom, aby je aktivně využívala (Escott et al., 2009).

V experimentální studii porovnávající vliv dvou modelů přípravy na porod otestovala Margareta Spagnuolo Lobb komplexní multidimenzionální koncept vycházející z gestalt terapie, kde pojmenovala několik klíčových předpokladů zvládnutí porodního procesu a porodních kontrakcí:

1. důvěra v podporu od ostatních v průběhu porodu (tedy schopnost přijímat oporu ze strany zdravotníků a partnera);

2. flexibilita hranic ega (tedy schopnost nechat věci plynout a delegovat kontrolu);
3. schopnost otevřít se novým, intenzivním pocitům a tělesným prožitkům (tedy zmírnění úzkosti z neznáma);
4. schopnost splynout s bolestí a s dítětem procházejícím porodními cestami (tedy schopnost integrovat bolest a pracovat s ní a s dítětem);
5. schopnost stáhnout se z kontaktu s prožitkem;
6. schopnost integrovat intenzivní prožitek pro vlastní individuaci a učení.

Převedeme-li její názvy klíčových předpokladů zvládnutí porodu do pojmů používaných ve výzkumech porodního prožitku, zjistíme, že se shodují s faktory korelujícími s pozitivním porodním prožitkem (percepce sociální opory, pocit kontroly v průběhu porodu, integrace porodního zážitku). Ženy, které prošly předporodní přípravou zaměřenou na posílení těchto schopností, zažily ve srovnání s ostatními ženami kratší porod (o 4 hodiny ve srovnání se skupinou, která neprošla žádnou předporodní přípravou, a o 2 hodiny ve srovnání se skupinou, která prošla standardní předporodní přípravou zaměřenou na předání informací o porodu a úlevných prostředcích), rodily méně často císařským řezem, udávaly nižší bolestivost kontrakcí a jako matky pak cítily více sebedůvěry (Spagnuolo Lobb, 1990).

Jak ukázala longitudinální studie prováděná v 70. letech v USA, přínos všech typů předporodní přípravy, tj. formální i neformální (tedy informací, které žena získala jinde než na kurzu - četbou knih, sledováním filmů o porodu aj.), může být v tom, že zvýší její úroveň vědomého uvažování o porodu, vede k častějšímu zapojení partnera do porodního procesu a k větší ochotě ženy převzít aktivní kontrolu nad vlastním porodem, což jsou následně proměnné, které kvalitu porodního zážitku ovlivňují přímo a výrazně (Doering et al., 1980). Ringler (1985) k problematice předporodní přípravy upozorňuje, že zatímco řada žen zažije hladký porod, se kterým je na výsost spokojena, další nemalé skupině žen běžná předporodní příprava nestačí. Pro ty je podle ní vhodné další psychologické provázení, ať už skupinové či individuální. Individuální psychoterapii jako způsob přípravy na porod považuje v řadě případů za optimální i Raphael-Leff (1993) Za důležitý úkol ale Ringler (1985) považuje identifikovat ženy, pro které je psychologické provázení žádoucí. Zároveň poukazuje na meze předporodní přípravy a

žádá, aby se podobné úsilí věnovalo i psychosociální přípravě zdravotníků na interakci s rodičkou.

Předporodní příprava tedy může být efektivním prostředkem ke zlepšení kvality porodního prožitku. Měla by ale splňovat určité předpoklady: zaměřit se na posílení stávajících dovedností ženy zvládat bolest; umožnit ženě v sebezkušenostním procesu připravit se na přijímání opory a zvládnutí hraničního prožitku, kterým porod je; a pracovat s jejími individuálními představami o porodu, včetně obav. V současnosti existuje řada systémů předporodní přípravy (Lamaze, Bradley, Gesellschaft für Geburtsvorbereitung aj.), které tyto předpoklady ve větší či menší míře naplňují, a z nichž některé jsou zastoupeny i v ČR. Kromě toho působí řada nezávislých poskytovatelů, kteří si vytvořili svůj model předporodní přípravy. Mezi ty patří porodní asistentky, porodnice, ale i psychologové a další. V České republice neexistuje živnost “lektor předporodní přípravy”, a tak na tuto profesi nejsou ani žádné zvláštní požadavky. Je také bohužel možné, že někteří poskytovatelé předporodní přípravy vycházejí ze svých subjektivních, nezpracovaných porodních zkušeností, v jejichž rámci se snaží formovat nastávající rodiče. Absolvování předporodní přípravy se však pro řadu těhotných stává normou. Pokud má předporodní příprava skutečně účinně pozitivně ovlivňovat předporodní zážitek, je třeba, aby byla pevněji zakotvena v systému celostní péče o těhotné a naplňovala určité standardy.

7.2.4 Způsob porodu a porodnické intervence

Ačkoli přehledové studie ukazují, že pro hodnocení porodu je nejvýznamnější postoj a jednání zdravotníků, se kterými se žena při porodu setká (např. Hodnett (2002), řada studií zmiňuje způsob, jakým porod proběhl, jako velmi důležitý pro utváření porodního prožitku. V holandské studii (Rijnders et al., 2008) je operativní porod (vaginální porod za použití porodnických kleští či vakuové extrakce nebo porod vedený císařským řezem) hlavní příčinou negativního hodnocení porodu. Studie srovnávající porodní zkušenost prvorodiček ve Švédsku a v UK podobně zjistila, že u obou populací existuje velmi úzké spojení mezi vaginálním porodem nevedeným operativně a pozitivním hodnocením porodu (Schytt et al., 2008).

Ukončení porodu císařským řezem představuje velké narušení očekávání ženy, které ve většině případů zahrnuje přivedení dítěte na svět vlastními silami, a výrazně omezuje kontrolu ženy nad průběhem porodu, která se tak přesouvá do rukou lékařů porodníků (Lobel & DeLuca, 2007). Porod vedený císařským řezem je příčinou negativního hodnocení především tehdy, proběhne-li neplánovaně z akutních důvodů vzniklých v průběhu porodu. Ačkoli někteří autoři proto shledávají plánovaný porod císařským řezem za bezrizikový pro hodnocení porodního prožitku (Schindl et al., 2003), přehledové studie upozorňují na jeho možné negativní dopady (Lobel & DeLuca, 2007).

Zvláštním tématem je porod císařským řezem na přání ženy, kterému se dosud věnuje jen málo studií. Spokojenost žen je podle britské studie predikována především jejich předoperační úzkostí: úzkostné ženy, které volily tento způsob porodu, aby se vyhnuly normálnímu porodnímu procesu, hodnotily i přesto porod negativně a pomaleji se z něj zotavovaly. K pozitivnímu hodnocení při plánovaném císařském řezu přispívá spokojenost s informacemi od anesteziologa a emoční opora partnera (Hobson et al., 2006).

7.2.5 Porodní bolest

Jednou ze subjektivně nejvýraznějších zkušeností při porodu je porodní bolest. V předchozí části již byla zmíněna role očekávání porodní bolesti a relativně nízký vliv farmakologické anestezie na hodnocení porodu. Velmi silná bolest při porodu, především v druhé době porodní, může porodní prožitek negativně ovlivnit i navzdory jiným ochranným vlivům (Soet et al., 2003). Přesto však systematický přehled studií spokojenosti s porodem ukazuje, že vliv porodní bolesti ani porodnických intervencí není tak přímý a zjevný jako vliv postojů a jednání zdravotníků (Hodnett, 2002).

Bolest při porodu je způsobena drážděním receptorů při roztahování spodní části dělohy a děložního hrdla v první době porodní, a v druhé době porodní roztahováním pánevních struktur a tlakem na dno pánevní. Prvorodičky obvykle udávají bolestivější první dobu porodní, zatímco vícerodičky častěji zmiňují zesílení bolesti při nástupu druhé doby porodní, dané pravděpodobně rychlejším sestupem dítěte v porodních cestách. Porodní bolest není objektivně působící proměnnou. Její

vliv závisí často na mnoha charakteristikách: prožívané úzkosti, self-efficacy pro zvládnutí porodní bolesti (která je jedním z nejsilnějších ochranných faktorů), fyziologii jednotlivých žen (některé ženy jsou vůči bolestivým vjemům výrazně méně citlivé) či prostředí, kde žena rodí (v nemocnicích dochází k aplikaci farmakologické anestezie významně častěji než v porodních centrech (Lowe, 2002)).

Porodní bolest zažívá nastávající matka na třech rovinách, které formují její subjektivní prožitek:

1. připsaný význam a vysvětlující vzorce, které těhotné získají v různých průvodcích a při rozhovorech s pečovateli;
2. nevyřčené významy bolesti, jež jsou zprostředkovány způsoby, jak se s rodící ženou zachází, a praktikami, kterými se bolest odstraňuje;
3. kulturně připsané významy, které těhotné zprostředkuje společnost (Lay, 2009).

Z toho vyplývá odlišné hodnocení úrovně porodní bolesti u různých skupin žen. Interkulturní srovnání porodní bolesti však ukazují, že ačkoli se míra vnímané porodní bolesti a způsob jejího zvládnutí mohou u jednotlivých kultur lišit, interpretace a význam porodní bolesti se shodují u žen napříč různými kulturami: ženy často shodně uvádějí, že bolest byla intenzivní, ale smysluplná. Vliv na hodnocení porodní bolesti mají některé porodnické intervence (např. anestezie či podání prostředků pro vyvolání či urychlení porodu), které zasahují do fyziologických mechanismů, které regulují intenzitu a vnímání porodní bolesti. Ženy pak uváděly ztrátu kontroly buď nad bolestí, či nad porodním procesem (Callister et al., 2003).

Různé koncepce porodní bolesti sumarizuje socioložka Jenny Lay (2009). Rozlišuje jednak pohled mechanisticko-analytický (popisován též jako medicínský či technokratický), který pojímá tělo jako stroj a bolest jako neproduktivní příznak jeho poruchy, který je třeba řešit především na fyziologické rovině. Proti němu staví pohled bio-psycho-sociální (celostní, porodně asistentský), který přiznává bolesti smysl a určitou afektivně-motivační dimenzi; terapie bolesti probíhá na celostní rovině a její významnou komponentou je sociální opora a provázení.

V rámci pohledu mechanisticko-analytického diferencuje dále pojetí bolesti jako odděleného, nesmyslného jevu bez dalšího významu, a vyhra-

něnější pojetí bolesti jako strašlivého, barbarského antagonisty. Zastánci bio-psycho-sociálního přístupu k bolesti zase podle ní popisují bolest jako smysluplnou, chránící a pomáhající, jež pomáhá ženě se do porodu vnořit tím, že vede ke zvýšené produkci endorfinů, anebo jako ukazatele cesty, který ženě pomáhá na porod aktivně reagovat tak, aby proběhl co nejsplavněji. Objevují se i názory, že bolest při porodu je znakem lidství a příležitostí pro osobnostní růst, který může napomoci ženě zvládat další období mateřství (Lay, 2009).

Kvalitativní výzkum prováděný u žen, které se rozhodly porodit ve švédském porodním centru, potvrzuje, že porodní bolest je komplexní a významný prožitek. Analýza rozhovorů s ženami pomohla identifikovat čtyři hlavní témata: Za prvé, bolest lze popsat jen obtížně a často protichůdnými výrazy (např. “velice to bolí, ale dalo mi to takovou sílu, že to bylo i pohodlné”). Za druhé, významným prvkem prožívání bolesti byla důvěra ve vlastní tělo: “Cítila jsem, jak mé tělo pracuje celou tu dobu s bolestí.” – “Schovala jsem se do sebe a věděla, že to jednou skončí.” Třetím tématem byla důvěra v porodní asistentku a v partnera; ženy zdůrazňovaly nejen blízkost známé osoby, ale i jistotu či nejistotu, kterou z nich vycítily, jako významné pro to, jak prožívaly bolest. Za čtvrté, ženy pociťovaly bolest jako důležitou součást toho, že se z nich staly matky (“možná bych to [narození dítěte] tak neocenila. . . pomáhá to přilnout k miminku”, “pak začneš vidět věci jinak, zvládáš věci líp, než předtím”). Tato témata ukazují, že porodní bolest se liší od bolesti vnímané v případě nemoci, úrazu či lékařského zákroku a může mít svůj růstový význam pro přechod do mateřství (Lundgren & Dahlberg, 1998).

Další možný význam porodní bolesti nabízí Maul (2007), podle které porodní bolest slouží nejen k připoutání ženy k dítěti, ale i k získání pomoci od ostatních žen, a má tak evoluční význam pro zachování lidského rodu. Toto pojetí se odráží i v hodnocení obvyklého přístupu k porodní bolesti, které uvádí Lowe (2002). Ta široké nabízení porodnické anestezie komentuje takto: “In the United States, there seems to be a popular belief that labor pain is bad, and the parturient should be relieved of her pain as soon as possible. Some even suggest surgical abdominal delivery is an option to avoid the pain and stress of labor. These beliefs seem paradoxical in a society that celebrates individuals who endure great pain and distress in the pursuit of mountain peaks

or completion of a marathon race.”⁴

Přístup zdravotníků může také působení bolesti mediovat, jak naznačují zjištění Jenny Lay (2009). Ta provedla a analyzovala rozhovory se zástupci různých institucí, které pracují s rodícími ženami a umírajícími pacienty. Zajímala se především o to, jak dané instituce chápou bolest, kterou zažívají jejich pacientky či pacienti, a jaké praktiky instituce pro zmírnění bolesti využívají. Ukazuje se, že obecně přijímaná koncepce porodní bolesti v dané instituci ovlivňuje praktiky zmírňování bolesti, které instituce vůči svým pacientkám či pacientům uplatňuje: pokud je bolest chápána jako jev probíhající na tělesné rovině, omezuje se instituce často jen na podávání různých utišujících prostředků či technik. Naopak pokud je bolest chápána jako jev, který se pacientky/pacienta dotýká i na psychické či sociální rovině, instituce chápe jako součást běžné péče i osobní provázení a podporu (Lay, 2009). Tento příklad ilustruje, jak se přesvědčení o povaze porodního procesu, respektive jedné jeho významné charakteristiky, projevuje na způsobu péče a na převažujícím typu intervencí.

7.2.6 Psychosociální kontext zdravotní péče při porodu a interakce rodičky se zdravotníky

*“Zwar ist die positive Wirkung einer angenehmen emotionalen Atmosphäre wohlbekannt, dennoch stösst die Realisierung auf vielfältige Schwierigkeiten. Diese werden in der öffentlichen Diskussion zu oft an Äusserlichkeiten (...) festgemacht, an gekachelten Wänden, mangelnden Vorhängen und dergleichen. Abgeschlossene Räume, die Intimität erlauben, gehören heute zum Glück schon zur Regel als zur Ausnahme. Wichtiger aber noch sind die Haltungen und Einstellungen, mit denen der Frau/dem Paar begegnet wird.”*⁵ (Ringler, 1985)

⁴“Ve Spojených státech je velmi rozšířené přesvědčení, že porodní bolest je špatná a rodička by měla být své bolesti zbavena co nejdříve. Někteří dokonce navrhuji vedení porodu operativní cestou přes břišní stěnu jako způsob, jak se vyhnout bolesti a vypětí porodního procesu. Tyto názory působí paradoxně ve společnosti, která oslavuje jedince, kteří podstoupí velkou bolest a vypětí při zdolávání horských vrcholů či při maratónském běhu.”

⁵“Ačkoli je pozitivní vliv příjemné emoční atmosféry dobře znám, přesto naráží realizace na mnohé obtíže. Ty jsou však ve veřejné diskusi příliš často svázané s margináliemi, jako vykachlikované zdi, chybějící závěsy a podobné. Uzavřené místnosti, které umožňují intimitu, jsou dnes naštěstí už spíše pravidlem než výjimkou. Důležitější ale jsou postoje a názory, se

Psychosociální kontext hraje v utváření porodního prožitku značnou roli, jak ukazují jednotlivé výzkumy i systematické přehledy (Hodnett, 2002). V předchozím přehledu jednotlivých determinant byla interakce se zdravotníky opakovaně zmiňována jako prvek, který působení těchto determinant přinejlepším moderuje. Pochopení účinku sociálního kontextu na rodící ženu vyžaduje pohled na celý systém péče o těhotnou a rodící ženu a roli, kterou pro ženu tato péče představuje.

Už v těhotenství vstupuje žena do systému zdravotní péče o těhotné. Ten tvoří relativně pevně daná sekvence návštěv v prenatalní poradně a odborných vyšetření (genetických, ultrazvukových, několikrát vyšetření krevního obrazu aj.). Svou povahou tvoří propracovaný systém norem chování, které Gloger-Tippelt (1988) přirovnává k nábožensky podloženým přechodovým rituálům minulosti, "rites de passage"; podkladem současných rituálů je přitom především lékařská věda.

Odborníkem pečujícím o těhotnou ženu je v České republice v naprosté většině případů její gynekolog, ačkoli ženy mají možnost navštěvovat i prenatalní poradnu soukromé porodní asistentky (Mrzílková Susová, 2005). Ze sociologického hlediska oba reprezentují dva různé modely zdravotní péče – gynekolog lékařský model, porodní asistentka model sociální. V západní společnosti je totiž pojetí péče o těhotné a rodící ženy zdrojem jisté kontroverze, podle toho, zda je zdůrazňována normalita těchto procesů a zohledněny i psychosociální potřeby ženy a dítěte (sociální model), nebo jejich potenciální patologičnost a zájem se soustředí převážně na tělesné procesy (lékařský model). Převládající model péče – u nás téměř vždy lékařský – určuje priority a zásady, podle kterých se zdravotníci k rodičce chovají a poskytují péči (van Teijlingen, 2005).

Od rodičky je také určité chování očekáváno (Wright et al., 2000). Tím, že je rodička přijata k porodu v porodnici, je hospitalizována a stává se pacientem. Křivohlavý (2002) píše: "Když přichází pacient do nemocnice, musí počítat s tím, že tam bude mít jeho život spíše charakter poslouchání autority nežli charakter spolupráce." Mezi jeho charakteristiky psychických změn při hospitalizaci patří pasivita, závislost na druhých lidech, ztráta vlády nad svým fyzickým i psychickým stavem aj. Ačkoli se Křivohlavý nezabývá specificky situací porodu a poporod-

kterými je žena či pár konfrontován."

ního období, která je jistě psychologicky odlišná od nemoci či úrazu vyžadujících hospitalizaci, a v posledních letech se humanizace porodnic zvýšila (Hašková, 2001a), do jisté míry je možné tyto charakteristiky psychických změn při hospitalizaci vztáhnout i na situaci porodu. Toto tvrzení lze podpořit charakteristikou českého porodnictví, kterou uvádí (Hašková, 2001b). To je podle jejího výzkumu sociálních aspektů porodu zaměřeno převážně na aktivní lékařské řízení porodů, zdůrazňující význam modernizace porodnic technickým zařízením. Účast rodiček na rozhodování o průběhu jejich porodu je přitom vnímána jako jen málo důležitá a psychosociální aspekty péče o ni jako nepodstatné.

Vliv interakce se zdravotníky je však z hlediska porodního prožitku klíčový a dlouhodobý: švýcarský výzkum sledoval ženy 3 týdny po porodu a následně v druhém roce po porodu. Ukázalo se, že ženy, které hodnotily oporu ze strany zdravotníků negativně, si celkovou negativní vzpomínku na porod uchovaly a nadále udávaly pocit ztráty kontroly a pomalu plynoucího času, zatímco u žen, kde byl negativní prožitek doplněn oporou zdravotníků, se negativní zabarvení vzpomínky spíše zneutralizovalo (Stadlmayr et al., 2006). K podobným závěrům došla i Waldenström (2004), která porovnávala příčiny změny hodnocení porodního prožitku. Ženy nejčastěji změnily původně negativní vnímání porodu na pozitivní v případě, pokud hodnotily pozitivně i oporu porodní asistentky při porodu. Se zhoršeným hodnocením korelovaly porod neplánovaným císařským řezem a nespokojenost s informacemi získanými od zdravotníků v průběhu porodu, nemožnost aktivní účasti na rozhodování a nedostatečná opora porodní asistentky. Tyto ženy také častěji hodnotily lékařský aspekt péče negativněji. Finská studie determinant porodního prožitku uvedla na prvním místě charakteristiky porodní asistentky: ženy hodnotily porod pozitivněji, pokud byla porodní asistentka empatická, přátelská, klidná a nespěchala (Tarkka et al., 2000).

Při interakci ženy a zdravotníků v průběhu porodu je nezbytná ženina důvěra: nedorozumění či poskytnutí zavádějících informací ovlivňujících ženino rozhodování v průběhu porodu (např. původní příslib určitého typu péče, který není naplněn, anebo nátlak na provedení určitého zákroku či vyšetření) vedou ke ztrátě důvěry ve zdravotníky. Ženy pak spíše zpochybňovaly jejich odborný názor a více se zdráhaly přijmout jejich další radu (Hauck et al., 2007).

K podobným závěrům došel v padesátých letech minulého století i psychoanalytik Donald Winnicott. Ve své přednášce pro porodní asistentky vyslovil názor, že právě proto, že zdravá matka je vyzrálou a dospělou osobností, není schopna předat kontrolu porodní asistentce či lékaři, které nezná. Pokud nemá možnost zdravotníky poznat a vybudovat si k nim důvěru, snaží se pak držet kontrolu ve vlastních rukou, případně obviňuje zdravotníky z problémů, jež nastaly, ať už to je jejich chyba či nikoli. Z toho důvodu prosazoval systém porodnické péče, který ženě umožňuje poznat zdravotníky, kteří o ni budou při porodu pečovat. Význam empatické opory vyzdvihl přímo, když citoval výrok jedné své pacientky: "... even allowing for the woman to be fairly emotionally mature, the whole process of labour and childbirth breaks down so many controls that one wants all the care, consideration, encouragement and familiarity of the one person looking after you, as a child needs a mother to see it through (each) one of the new and big experiences encountered in its development."⁶ Na druhou stranu uznal i specifické potřeby a chování některých žen, které mohou vyžadovat zvýšenou péči např. z důvodu úzkostnosti, deprese či emoční nezralosti, a které mohou v průběhu porodu reagovat přemrštěně na bolest či potřebují opakované uklidňování (Winnicott, 1987).

Kontrola při porodu je významným faktorem následné spokojenosti s porodním prožitkem, ať už je sledována samostatně (Goodman et al., 2004), nebo společně s oporou zdravotníků (např. Fowles (1998)). V řadě kvalitativních výzkumů sledujících situační determinanty porodního prožitku se kontrola a opora v různých obměnách opakovaně objevují: kontrola, opora ze strany personálu, dostatek informací a komunikace v průběhu porodu (Dahlen et al., 2010); opora ze strany porodní asistentky a partnera a možnost promluvit si s porodní asistentkou po porodu o tom, co se v průběhu porodu dělo (Gibbins & Thomson, 2001); kladně laděné jednání a vlídný humor ze strany lékaře a opora ze strany porodní asistentky (Simkin, 1991); opora a pomoc ze strany porodní asistentky, a schopnost zároveň se poddat porodnímu procesu a uchovat si kontrolu (Lundgren, 2005). Irské rodičky

⁶ "... i když je žena poměrně emočně vyzrálá, celý proces porodu rozbije tolik kontrol, že je třeba veškerá péče, ohleduplnost, povzbuzení a důvěrnost jediné osoby, která se o vás stará, stejně jako dítě potřebuje matku, aby jej provedla každou z nových a velkých zkušeností, které jej v jeho vývoji potkají."

pozitivně hodnotily v průběhu porodu především kontrolu, kterou zprostředkovala právě vhodná opora zdravotníků, tj. poskytování opory v pravý čas, podávání informací o tom, co se děje, aniž by se žena musela ptát, a opora pro samostatné zvládnutí porodu (Larkin et al., 2012). K podobným závěrům došel i český kvalitativní průzkum sledující psychosociální klima porodnic: rodičky oceňovaly od zdravotníků především empatii, oporu (zahrnující chválení a povzbuzování, ale i fyzický kontakt ve vhodnou chvíli – objetí, pohlazení) a ochotu pomoci, v kombinaci se symetrickým přístupem, respektujícím rodičku jako aktéra porodu a rovnocenného partnera (Takács & Kodyšová, 2011; Takács et al., 2011). Kvantitativní výzkum také potvrzuje, že kontrola a opora jsou vzájemně provázány a hrají významnou roli při porodu: opora zdravotníků pozitivně a významněji než události při porodu ovlivňuje míru kontroly; ta je přitom rozhodující pro spokojenost ženy (Ford & Ayers, 2009; Fair & Morrison, 2012).

Zatímco koncept opory je poměrně srozumitelný a definovatelný jako povzbuzující a empatická přítomnost ostatních osob, koncept kontroly je hůře uchopitelný. V centru zájmu výzkumníků se ocitl teprve v posledních letech a existuje řada studií, které mají za cíl jej pevněji uchopit a definovat, co kontrola při porodu znamená.

Kontrola je ve výzkumech často dělena na interní (kontrolu nad svými projevy), externí (kontrolu nad tím, co se děje kolem ženy, a nad zákroky či vyšetřeními, které jí jsou prováděny), případně i kontrolu během kontrakcí. Ve výzkumu porovnávajícím tyto tři aspekty s porodním prožitkem a dalšími okolnostmi porodu bylo zjištěno, že všechny mají vliv na spokojenost ženy s porodem a její emoční pohodu v poporodním období. Interní kontrola byla přitom významně ovlivněna tím, zda měla žena oporu ve zvládnání bolesti; externí kontrola závisela na tom, zda měla žena pocit, že je o ni pečováno (na rozdíl od pocitu, že je pouze subjektem zdravotní péče), tedy opět na vstřícném chování ze strany zdravotníků (J. Green & Baston, 2003).

Kvalitativní analýza rozhovorů se 101 ženami žijícími v USA a dotázanými na subjektivní význam kontroly při porodu odhalila pět oblastí, ke kterým se kontrola vztahuje: sebeurčení (ve smyslu aktivní účasti a možnosti rozhodovat za sebe), respekt, osobní bezpečí, citová vazba a informace. Různé ženy přitom kladly důraz na různé aspekty kontroly. Důležitým tématem byla i konstatovaná absence kontroly v

průběhu porodu – ženy uváděly, že porodní proces nelze vědomě kontrolovat, případně že zdravotníci mají obvykle mnohem více kontroly nad průběhem porodu, než ony. Ve shodě s předchozími výzkumy ale byla kontrola při porodu považována za “dobrou věc”. Autorky výzkumu proto navrhují zaměřovat se ve výzkumech spíše na jednotlivé aspekty kontroly a při poskytování péče na individuální potřeby každé ženy, namísto používání jednotného konceptu kontroly jako standardu “dobrého porodu” (Namey & Lyerly, 2010).

Osobnostní charakteristiky ženy ovlivňující hodnocení opory a kontroly v průběhu porodu a její role v interakci se zdravotníky zatím nebyly ve výzkumech sledovány (s výjimkou studie srovnávající vliv porodních očekávání, úzkostnosti a hodnocení opory zdravotníků (Maggioni et al., 2006)). Protože studie zabývající se porodními očekáváními (především Ayers & Pickering (2005) zjistily, že očekávání týkající se kontroly a opory v průběhu porodu korelují s prožitkem kontroly a opory, je pravděpodobné, že žena není při porodu pouze pasivním příjemcem péče zdravotní ani psychosociální. Její interakce se zdravotníky mohou projevy opory či facilitaci kontroly významně ovlivňovat, stejně jako její interpretace a hodnocení jednání zdravotníků. To je ve shodě s principem proaktivní reciproční kauzality sociální kognitivní teorie (Bandura, 1997). Kromě osobnostních charakteristik mohou ale vnímání interakce se zdravotníky ovlivnit i mechanismy sociální percepce, ale i specifické působení neurohormonů charakteristických při porod, jak ukážeme v následující kapitole.

7.2.7 Percepce sociální opory při porodu a její psychologické a biologické determinanty

Klíčovým psychologickým mechanismem při subjektivním hodnocení sociální opory je sociální percepce (vnímání). Tento pojem se vztahuje k prvotním dojmům, které si vytváříme o svém sociálním prostředí, tedy o osobách a skupinách, mezi kterými se nacházíme. Sociální percepce vychází převážně z mimoverbálních dojmů a je základem sociální kognice (poznávání), tedy procesu interpretace a porozumění sociálním jevům. Původně proti sobě stály dva teoretické modely sociální percepce - konfigurační (theory-driven, deduktivní zpracování shora dolů) model Solomona Asche, podle kterého jsou sociální informace percipo-

vány a integrovány pouze v souladu s existujícími strukturami znalostí čili kategoriemi (Asch, 1946); a algebraický (data-driven, induktivní zpracování zdola nahoru) model Normana H. Andersona, dává primaritě informacím, ze kterých jsou odvozeny kategorie (Anderson, 1968). V současnosti převládají modely, které berou v úvahu oba procesy a vysvětlují, za jakých podmínek jeden či druhý z nich převládne. Zpracování shora dolů je obecně považováno za automatický, nezáměrný proces interpretace informací, který se opírá o stereotypy a předchozí významné zkušenosti. Takový proces je relativně úsporný a rychlý a umožňuje nám rychle dospět k úsudku. Zpracování zdola nahoru je záměrným procesem, který je aktivován v případě, že jsme více motivováni a zároveň schopní informaci rozpracovat. Individuálně působícími mechanismy, které se při interpretaci sociálních vjemů dále uplatňují, jsou např. efekt primarity (tendence informací, které získáme na úvod, ovlivňovat úsudek o osobě více, než informace obdržené později), efekt primingu (snadněji se aktivují schémata či kategorie, které byly využity nedávno) či význačnost (odlišnost entity vzhledem k danému kontextu), ale i rozličná heuristická vodítka (pomůcky pro úsporné usuzování) (Fiedler & Bless, 2006). Při porodu tedy hraje roli jednak předchozí zkušenost s daným zdravotníkem, anebo (nezná-li žena zdravotníka) s podobným kontextem: tedy přijímání péče v situaci, kdy je vystavena zahlcujícím, bolestivým podnětům.

Sociální opora je v sociální psychologii zdraví komplexní a rozsáhlé téma. Její percepce je tématem studia faktorů spokojenosti se sociální oporou. Je známo, že spokojenost se sociální oporou je funkcí míry, v jaké je jedinec přijímán, milován a cítí se být součástí intimních vztahů (Sarason et al., 1987). U novopečených matek přispívá ke spokojenosti se sociální oporou vyšší intimita ve vztazích s přáteli a s partnerem (Hobfoll et al., 1986). Pozitivní sebepojetí a sebehodnocení je dalším důležitým faktorem percepce sociální opory (Sarason et al., 1991; Godwin et al., 2004).

Jedním ze zdrojů pozitivního vztahu k ostatním a zároveň k sobě samému je bezpochyby primární rodina. Chování rodičů ke studentovi a jejich postoj k němu (přesněji k jeho negativním a pozitivním vlastnostem) ovlivňovaly nejen studentův sebeobraz, ale i jeho názor na vztahy rodičů k němu, který následně formoval jeho percepci sociální opory (Sarason et al., 1993).

Vyšší míru obecně vnímané sociální opory také vykazují rodiny s podpůrnými vztahy. Podle teorie podpůrných sociálních vztahů (supportive relationships) je kvalita sociální opory a její percepce v rodině přímo závislá na míře dostupné pomoci a na hloubce vzájemných vztahů a nepřímo závislá na míře interpersonálních konfliktů v rodině (Pierce et al., 1991); překlad pojmů cit. dle (Křivohlavý, 2001). Rodina je tedy zdrojem nejen sociálního učení a socializace, ale i primární sociální oporou, která může jedince pozitivně (ale i negativně) ovlivnit při další percepci sociální opory.

Další, významná oblast výzkumu hledá souvislost mezi percepcí sociální opory a stylem citové vazby v dospělosti (adult attachment), který ostatně souvisí i se sebezpojetím a vztahy s ostatními. Studenti s bezpečnou citovou vazbou uvádějí zároveň vyšší úroveň percipované opory, která snižuje pocity osamění (Bernardon et al., 2011).

Výzkum vztahu percipované sociální opory a citové vazby je obzvlášť výmluvný v oblasti rodičovství. Matky, které udávaly méně sociální opory, byly zároveň charakterizovány úzkostnou či vyhýbavou citovou vazbou. Ženy s úzkostnou citovou vazbou zároveň trávily se svými dětmi méně času; oproti tomu matky s vyhýbavou citovou vazbou se ke svým dětem v průběhu učení chovaly s menší vřelostí a poskytovaly jim méně podpory. Výzkum však zároveň zjistil, že zvýšení percepce sociální opory vedlo k pozitivním změnám v citové vazbě, především u matek s úzkostnou citovou vazbou; autoři proto dospěli k názoru, že citová vazba není charakteristika neměnná, ale pouze relativně stabilní a ovlivnitelná další sociální zkušeností (B. Green et al., 2007). Studie matek velmi malých dětí ukázala, že jiná než pevná citová vazba korelovala nejen s nižší vnímanou sociální oporou, ale i s nižší kvalitou vztahu s dítětem a partnerem a vyšším skórem postpartální deprese (Wilkinson & Mulcahy, 2010).

Biologické koreláty percepce sociální opory: oxytocin a sociální kognice

Znalosti o psychosociálních korelátech percepce sociální opory vysvětlují zčásti to, jak ženy percipují zdravotníky a oporu a péči jimi poskytovanou. Je však třeba brát v úvahu i aktuální fyziologické procesy, které porod charakterizují. Silná bolest sama o sobě brání větší-

mu rozpracování sociálních vjemů, a může tak omezovat percepci a interpretaci poskytované opory na předchozí stereotypy spojené např. s přijímáním opory v době nemoci nebo na předchozí schéma spojené s očekávaným přístupem ze strany zdravotníků. Ke konci první doby porodní je pro ženu navíc téměř nemožné plnohodnotně komunikovat se zdravotníky a její sociální percepce se omezuje na útržkovité vjemy, jejichž rozpracování je v průběhu sociální percepce velmi nízké. Přesto však jsou rodící ženy v některých oblastech sociální percepce velmi vnímavé. Ojedinelý výzkum porovnávající hodnocení porodu a jeho jednotlivých aspektů rodičkou, porodní asistentkou a lékařem či lékařkou ukázal, že ačkoli se hodnocení jednotlivých účastníků často rozcházejí (např. spokojenost zdravotníků s porodem nekoreluje se spokojeností rodičky), rodičky velmi často vycítily napětí a stres, které zdravotník zažíval. Stres zažívaný zdravotníky pak vedl k jejich nižší spokojenosti s porodem a nižšímu hodnocení opory ze strany zdravotníků (Schwab & Möller, 2001).

Rodící žena bývá charakterizována jako “ovlivnitelná a senzitivní“ (Kodyšová & Mrowetz, 2010). Jedno z pravděpodobných vysvětlení této senzitivity je působení neurohormonů, které zaplavují při porodu ženino tělo. Jedním z klíčových hormonů ovlivňujících průběh porodu a zároveň sociální percepci je oxytocin. Oxytocin, řecky ”rychlý porod”, je znám především pro své periferní působení na hladké svalstvo endometria při porodu. Děložní kontrakce stimulují jeho další vyplavování, a díky této pozitivní zpětné vazbě jeho hladina v průběhu porodu neustále stoupá. Oxytocin však působí i na limbickou oblast mozku související s emočním prožíváním, především na amygdalu (Steiner, 2008), a proto byl oxytocin znám dlouhá léta jako hormon lásky (Odent, 2001). Zjištění přesného účinku oxytocinu na CNS však bylo řadu let problematické. Umělý oxytocin, který je často podáván při nepostupujícím porodu, není s to překonat hematoencefalickou bariéru, a jeho působení proto zůstává pouze periferní (Lane et al., 2013). Oxytocin je hypofýzou vyplavován nikoli kontinuálně, ale pulzacemi, proto jeho hladina v plazmatu kolísá a není snadné ji přesně změřit. Navíc není dosud jasný vztah mezi hladinou centrálního a plazmatického oxytocinu (Steiner, 2008). Centrální oxytocin lze měřit odběrem a analýzou mozkomíšního moku, což znemožňuje sledování jeho hladin v sociální interakci (Campbell, 2007). Přesto však je považováno za prokázané,

že při porodu stoupá nejenom hladina plazmatického, ale i centrálního oxytocinu. Hladiny oxytocinu v mozkomíšním moku u žen, které se podrobily plánovanému (tedy bez děložních kontrakcí) císařskému řezu, jsou nižší než u žen, u nichž byl proveden akutní císařský řez (s přítomností děložních kontrakcí) (Takagi et al., 1985; Takeda et al., 1985).

V posledním desetiletí však výzkum centrálního působení oxytocinu významně pokročil. Příčinou bylo zjištění, že intranasálně podaný oxytocin překonává na rozdíl od intravenózně podaného oxytocinu hematoencefalickou bariéru, a lze tak měřit i jeho centrální účinek na prožívání (Born et al., 2002). Experimentální studie přitom účinek oxytocinu jako “hormonu lásky” či “hormonu afiliace” částečně vyvrátily, a tak pomohly ilustrovat, jak mohou zvýšené hladiny vlastního oxytocinu při porodu ovlivnit sociální percepci rodiček.

Obecně řečeno, oxytocin reguluje behaviorální a endokrinní stresové reakce (Heinrichs et al., 2009). Pravděpodobný mechanismus jeho působení zahrnuje snížení stresu omezením hypothalamicko-hypofyzárně-adrenální aktivity (Steiner, 2008). Výzkumy sledovaly a potvrdily např. uklidňující vliv kojení, které je také spojeno s vyplavováním oxytocinu (Heinrichs et al., 2001). Někteří odborníci však uvádějí, že k potlačení stresové reakce dojde pouze v případě interakce s příslušníky vlastní skupiny; výzkum sledující, jak oxytocin ovlivní tendenci spolupracovat s cizí skupinou, zjistil, že po podání oxytocinu se ochota spolupracovat s cizí skupinou snižuje, a naopak se zvyšuje hostilita a agresivita. Nejsilnější efekt v tomto směru mělo podání oxytocinu účastníkům, kteří měli z cizí skupiny větší strach (De Dreu et al., 2010). Vyšší favorizování vlastní etnicity a zvýšená hostilita vůči jinému etniku po podání intranasálního oxytocinu byly potvrzeny i v dalších studiích (De Dreu et al., 2011).

Prosociální efekt oxytocinu by také měl dle očekávání zvýšit důvěru v partnera, a tím zlepšit benefity sociální interakce. Je skutečně prokázáno, že podání intranasálního oxytocinu obecně zvyšuje důvěru v sociálních interakcích (Kosfeld et al., 2005). Měření úrovně plazmatického oxytocinu však naznačuje, že hladina oxytocinu stoupá pouze v případě, že partner prokáže záměr chovat se prosociálně (Zak et al., 2005). Při setkání s partnerem, který očividně působil nedůvěryhodně,

však po aplikaci oxytocinu je důvěra ještě nižší, než po aplikaci placebo (Mikolajczak et al., 2010).

Je také známo, že pozitivní sociální interakce, jako sociální opora či sociální blízkost, vedou k uvolňování oxytocinu, který reprezentuje možný mediátor ochranných účinků sociální opory (Heinrichs et al., 2009). Výzkum sledující endokrinní a behaviorální stresovou reakci osob, který porovnával interakci vlivů poskytnuté sociální opory a oxytocinu vs. placebo, ukázal, že kombinace oxytocinu a sociální opory je ve snižování stresové reaktivity nejúčinnější (Heinrichs et al., 2003).

Oxytocin také přímo ovlivňuje právě sociální percepci a interpretaci sociálních signálů (Heinrichs et al., 2009). Hlavním mechanismem je přitom zlepšení schopnosti rozpoznat mentální stav druhých osob ze sociálních signálů v oblasti očí (Domes et al., 2007). Studie osob s alexithymí (snížená schopnost emoční kognice, tedy rozpoznávání emocí ostatních) ukazuje, že podání oxytocinu u nich vede k většímu zaměření na oblast očí, a tak zlepšuje jejich schopnost "číst" emoce ostatních (Steiner, 2008). Pozdější výzkum ukázal, že lepší účinky má přitom podání oxytocinu osobám s vyšším stupněm alexithymie (Luminet et al., 2011) Byla zkoumána i otázka, zda podání oxytocinu vede k preferenci tváří vyjadřujících konkrétní emoci. Sledování času věnovaného jednotlivým výrazům ukázalo, že podání oxytocinu prodloužilo u mužských probandů dobu pozornosti věnované tvářím vyjadřujícím štěstí (Domes et al., 2012).

Poslední citovaný výzkum ilustruje, že převážná většina výzkumů účinku intranasálně podaného oxytocinu byla uskutečněna na mužích. Důvodem je především donedávna vládoucí obava z možné interference intranasálně podaného oxytocinu s endokrinním systémem žen a ze silných systémových efektů (Prof. Markus Heinrichs, osobní sdělení ze dne 21. listopadu 2012). Dosavadní výzkumy, které zahrnovaly i ženy a porovnávaly obě pohlaví co do účinku oxytocinu, přinesly zajímavá zjištění.

Mezi oběma pohlavími existují rozdíly už na endokrinní úrovni: Muži produkují obecně méně oxytocinu než ženy (Schwarzer et al., 2004). Produkce oxytocinu a proliferace oxytocinových receptorů jsou u žen regulovány estrogenem; postupný vzestup hladiny estrogenů v průběhu těhotenství vede také ke zvýšení počtu oxytocinových receptorů (Cam-

pbell, 2007). Zdá se, že při podání oxytocinu se při emoční kognici u žen aktivují jednotlivé části limbického systému v jiné sekvenci, než u mužů. To svědčí o možném sexuálním dimorfismu v neurálním působení oxytocinu (Domes et al., 2010). Rozdíl byl zjištěn především v reakci na výhrůžné výrazy tváře: zatímco oxytocin v tomto případě u mužů potlačuje reaktivitu amygdaly, a tím i stresovou reakci, u žen se působením oxytocinu reaktivita amygdaly při konfrontaci s výhrůžným výrazem tváře zvyšuje. Autoři studie se domnívají, že oxytocin ženám pomáhá odhalit signály hrozby v prostředí, a naznačují interakci oxytocinu s progesteronem či estrogenem (Lischke et al., 2012). Aplikace oxytocinu u partnerů před partnerským konfliktem vede k rozdílné reakci u mužů a žen: zatímco ženy se zklidní a v průběhu ani po konfliktu se u nich neobjeví výraznější endokrinní ani behaviorální reakce, mužské emoční prožívání je spíše aktivováno. Při podání placebo jsou však reakce na partnerský konflikt u mužů a žen opačné (Ditzen et al., 2012). V experimentu srovnávajícím reakci mužů a žen na sociální stres (Trier Social Stress Test, obnášející pětiminutový proslov a pětiminutové počítání na tabuli před stoickým publikem) bylo naopak zjištěno, že podání oxytocinu vede u mužů ke snížení stresu a zlosti, zatímco u žen vede k jejímu zvýšení (Kubzansky et al., 2012).

Ačkoli se jedná o první studie v této oblasti, zdá se, že efekt oxytocinu je tedy pro každé pohlaví specifický a závisí na sociální situaci a psychologických charakteristikách jedince. Depresivní jedinci například po podání oxytocinu více ulpívají na smutných výrazech tváře, zatímco nedeprativní osoby preferují šťastné výrazy (Ellenbogen et al., 2012). Efekt intranasálního oxytocinu moderuje zřejmě i strategie zvládání stresových situací, kterou jedinec obvykle uplatňuje: při experimentálně navozené situaci sociálního stresu byl největší anxiolytický účinek zjištěn u žen, které preferují emotivní strategie zvládání (emotion-oriented coping) oproti strategiím zaměřeným na řešení. Naopak u žen preferujících strategie zaměřené na řešení (task-oriented coping) vedl oxytocin oproti placebo ke zvýšení stresu (Cardoso et al., 2012).

Basální hladina oxytocinu také není náhodná, ale závisí kromě jiného i na předchozích sociálních zkušenostech z blízkých vztahů. Výzkum sledující koncentrace centrálního oxytocinu u skupiny žen zjistil, že zneužívání v dětství je spojeno s nižšími hladinami oxytocinu v mozkomíšním

moku. Nejvýraznější efekt byl přitom zjištěn u emočního zneužívání; koncentraci oxytocinu snižovala i četnost, krutost a délka trvání zneužívání a zjištěná současná úzkostnost ženy (Heim et al., 2008). Je tedy pravděpodobné, že psychosociální prediktory percepce sociální opory - pevná citová vazba a s ní související podpůrné a přijímající vztahy v rodině - přímo souvisí s hladinou oxytocinu. Není však známo, jaké jsou hladiny centrálního oxytocinu u těchto žen v průběhu porodu.

7.2.8 Shrnutí

Z různorodosti výsledků výzkumů a jejich zaměření vyplývá, že nelze činit přímočaré a jednoznačné závěry o tom, jak rodící žena pod vlivem centrálního oxytocinu vnímá oporu poskytovanou zdravotníky. Nejnovější zjištění o působení centrálního oxytocinu však osvětlují některé důležité procesy. Oxytocin s nejvyšší pravděpodobností zlepšuje schopnost rodící ženy rozpoznat emoce osob, které ji obklopují (a pravděpodobně zvyšuje její zaměření na výhruzně působící tváře). Za optimálních podmínek oxytocin snižuje u rodící ženy úzkost a zvyšuje její důvěru vůči zdravotníkům. Tak zlepšuje její spolupráci i to, jak později hodnotí oporu, jež jí byla poskytnuta. Pozitivní emoce pak vedou k dalšímu vyplavování oxytocinu. V případě, že zdravotníci zažívají stres (což při běžném provozu není neobvyklé), rodící žena jejich rozpoložení zaznamená. Pokud jej navíc vyhodnotí jako nedostatek důvěryhodnosti, nebo se z jiného důvodu necítí při porodu bezpečně, může reagovat naopak hostilněji a její vlastní napětí a úzkost se zvyšují. Nedůvěra ve zdravotníky může ovlivnit také hladinu plazmatického oxytocinu (Zak et al., 2005), a tím i děložní kontraktilitu.

Je také možné, že některé skupiny žen mohou při porodu reagovat specificky: např. na rodičky preferující strategie zvládnání zaměřené na racionální řešení (Cardoso et al., 2012) působí zvýšená hladina centrálního oxytocinu v kombinaci se sociálním stresem (např. nedostatečný pocit bezpečí, potřeba "podat výkon" či potlačit projevy bolesti) nepříznivě. Rodičky se zkušeností emočního zneužívání či s předchozími psychickými obtížemi mají při pocitu nedostatečné opory ze strany zdravotníků a nedostatečné kontroly v průběhu porodu vyšší pravděpodobnost výskytu posttraumatické stresové poruchy (PTSD) v souvislosti s porodem (Olde et al., 2006). Tyto ženy také uvádějí mnohem častěji

potřebu důvěry a bezpečí při porodu (Parratt, 1994). Lze proto usuzovat, že zvýšení hladiny porodního oxytocinu vede u těchto žen zároveň ke zvýšení citlivosti vůči interakcím se zdravotníky, kteří jsou častěji vnímáni jako nedůvěryhodní a nepřátelští. K podobnému posunu ale může dojít i v případě menších odchylek od normy: v našem výzkumu změn rodičovské self-efficacy v předporodním období se mj. ukázalo, že čím vyšší byla rodičovská self-efficacy před porodem, tím více stoupało i hodnocení opory poskytnuté v průběhu porodu zdravotníky. Rodičovská self-efficacy přitom úzce souvisí s pozitivními zkušenostmi s rodičovskou péčí v dětství (Kodyšová & Horáková Hoskovcová, 2012). Význam pocitu bezpečí pro hladce probíhající porod a spokojenost s porodem byl už prozkoumán a potvrzen dříve (H. Melender & Lauri, 2001).

Téma vlivu zvýšené hladiny centrálního oxytocinu na sociální percepci rodičích žen představuje prolínání biologického, psychologického a sociálního pojetí porodního procesu. Ačkoli zatím stále zbývá řada otevřených otázek, stávající práce vedou k závěru, že nejen zjevné okolnosti porodního procesu (děložní kontrakce, zákroky, prostředí nemocnice, interakce s personálem), ale i faktory skryté, jako vlivem porodu zvýšená hladina centrálního oxytocinu, ovlivňují sociální percepci rodičí ženy, moduluji a zvýrazňují její emoční vyladění, a tím i její interakci se zdravotníky. Rodičí žena je skutečně ve změněném stavu vědomí, kdy citlivě zachycuje přátelské či méně přátelské postoje osob kolem sebe. Pokud je disponovaná více zachycovat ty méně přátelské, anebo pokud tyto převládají, ovlivní to dlouhodobě její porodní prožitek, se všemi důsledky pro její rodičovský a partnerský život.

7.3 Dlouhodobé dopady porodního prožitku

Jak už bylo uvedeno v úvodu kapitoly, porodní prožitek si ženy uchovávají v paměti dlouhodobě. Ovlivňuje však kvalita porodního prožitku a jeho aspekty jejich další život? V posledních dvou desetiletích prudce vzrostl počet studií zabývajících se posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) v souvislosti s porodem, které osvětlují nejen okolnosti jejího vzniku, ale i její další následky pro život ženy.

Ukazuje se, že negativní porodní prožitek může u 24–34% žen vést k posttraumatickému syndromu (PTS) a u 2,8–5,6% k plně rozvinuté posttraumatické stresové poruše (PTSD) (Czarnocka & Slade, 2000; Creedy et al., 2001; Soet et al., 2003). Dvě nezávislé studie ukázaly, že výskyt PTSD se v průběhu prvního roku po porodu mění jen nepatrně (White et al., 2006; Leeds & Hargreaves, 2008).

Poměrně vysokou úroveň výskytu posttraumatického syndromu lze zčásti vysvětlit tím, že poporodní období samo o sobě může vyvolat některé symptomy spojené s PTSD nebo PTS, jako např. neklid či vyhyčivé chování (Ayers et al., 2009). Přesto zůstává negativní porodní prožitek důležitým faktorem přispívajícím k rozvoji PTSD a PSS. Mezi hlavní příčiny PTSD uvedla nedávná přehledová studie (Olde et al., 2006) faktory, které jsou běžně spojovány i s hodnocením porodního prožitku:

- osobnostní dispozice: pravděpodobný, ne však potvrzený vliv má úzkostnost ženy; pozdější studie zahrnují ještě vyhyčivé strategie zvládání (Sawyer & Ayers, 2009) a kognitivní schéma zahrnující pozitivní názory o sobě samé ve srovnání s ostatními, obtíže ve spolupráci s ostatními, problém s předáváním kontroly ostatním a nízkou frustrační toleranci (Edworthy et al., 2008);
- porodnické procedury jako operativní porod, které však působí traumaticky za určitých okolností (viz podkapitola věnovaná roli opory a kontroly);
- bolest při porodu, která zvyšuje stres vnímaný při porodu, který zase zvyšuje pravděpodobnost PTSD;
- interakce ženy se zdravotníky, která je bezesporu významná; kvůli komplexnosti tohoto pojmu a kvůli jeho nejednotnému pojetí napříč jednotlivými studii však nelze stanovit jediný aspekt; převládají témata vztahující se ke kvalitě a množství informací od zdravotníků, dostatečné podpoře či bezmoci ve vztahu ke zdravotníkům.

Autoři také naznačují, že vzhledem k tomu, že některé ženy naplňují definici PTSD, aniž by hodnotily porod negativně, je možné, že trpí peritraumatickou disociací nebo odmítají hodnotit porod negativně. Dalším vysvětlením je PTSD přetrvávající už z předporodního období (Olde et al., 2006).

Ženy, které trpí PTSD, také významně častěji trpí i poporodní depresí (PPD), dalším relativně častým jevem objevujícím se v poporodním

období (White et al., 2006; Leeds & Hargreaves, 2008). Přitěžujícím faktorem je kromě traumatu spojeného s porodem především deprese v předchozím životě ženy (Leeds & Hargreaves, 2008). Dopady PPD na interakci matky s dítětem jsou dobře prozkoumány a uvedeny v následující kapitole.

Vzhledem ke své závažnosti PTSD významně negativně ovlivňuje kvalitu poporodního života ženy a celé její rodiny. Ženy s PTSD uvádějí v rozhovorech dopad na kvalitu partnerství i na vztah s dítětem. Velmi často odmítají sexuální styk, ať už kvůli obavě z dalšího těhotenství, nebo z fyzických či psychických obtíží souvisejících s jejich vaginou (Ayers et al., 2006; Nicholls & Ayers, 2007). Rozhodnutí už víckrát neotěhotnět dané strachem z dalšího porodu bylo popsáno i ve studii sledující další paritu u žen po operativním porodu (Bahl et al., 2004), kde tento důvod uvedlo asi 15% žen. Budoucí paritu ale ovlivňuje i samotný negativně zabarvený porodní zážitek: oproti neutrálně či pozitivně zabarvenému zážitku snižoval ve skupině 617 švédských žen 1,7krát pravděpodobnost, že žena v následujících 10 letech znovu porodí (Gottvall & Waldenström, 2003).

V souvislosti s narušením tělesného vztahu páru i s problematickým porodním prožitkem přibývá komunikačních obtíží mezi partnery. Ženy často uvádějí nedostatek opory od partnera (především v případě, kdy partner traumatizován nebyl a pocitům své ženy nerozuměl), respektive neschopnost jeho oporu přijmout (Ayers et al., 2006; Nicholls & Ayers, 2007). Kvalita vztahu s partnerem a jeho opora je přitom ochranným faktorem při rozvoji PTSD a PPD (Lemola et al., 2007; Iles et al., 2011). Nedávná studie poukázala na druhou stranu i na častý výskyt poporodního PTSD u partnera ženy. Partnerovy traumatické prožitky z porodu jsou naopak rizikovým faktorem pro rozvoj PTSD u ženy (Iles et al., 2011).

Vztah k dítěti je především zpočátku velmi komplikovaný. Téměř všechny ženy nejprve pociťovaly, že nejsou schopné dítě přijmout. Postupně si rozvinuly k dítěti buď úzkostnou, nebo vyhýbavou vazbu, a pocity vůči němu se u všech žen polarizovaly – dítě bylo buď hodnoceno velmi pozitivně, anebo negativně. Některé ženy udávaly, že se pouze „chovaly jako matky“, ale téměř u všech se po určité prodlevě trvající několik měsíců až let objevily mateřské pocity vůči dítěti (Ayers et al., 2006; Nicholls & Ayers, 2007; Kovaříková, 2006). Ačkoli se tedy PTSD po

porodu dotkne jen malého procenta žen, její dopady jsou závažné pro ženu i její rodinu.

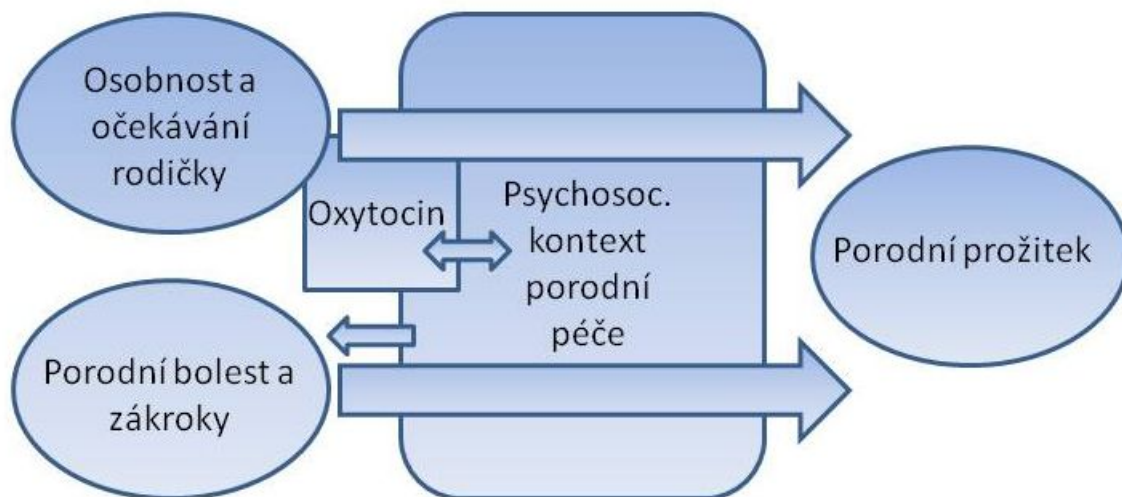
Vliv na poporodní kontakt a tím i na rodičovství mohou mít i určité charakteristiky porodního procesu – konkrétní zkušenosti popisuje mj. kvalitativní švédská studie, zaměřená na matky po velmi dlouhém porodu, která zároveň ilustruje, jaké dopady může mít poporodní separace matky a dítěte. Tyto ženy, které nakonec porodily císařským řezem nebo měly instrumentální vaginální porod (tj. za použití kleští či vakuuumextrakce), jsou po porodu většinou vyčerpané a vůči dítěti netečné. První období kontaktu s dítětem, které od nich bylo navíc po porodu odděleno, popisují jako tápání ve tmě: převládají pocity prázdnoty a zklamání z toho, že se nemohly o dítě postarat hned po porodu. Ženy popisovaly další fázi jako obtížné úsilí o mateřství, kde řada z nich zmiňovala narušený rozvoj emoční vazby k dítěti. Běžné byly obavy ze zodpovědnosti za dítě či z nezvládnutí kojení. Získání sebedůvěry v roli matky bylo nakonec procesem radostným i obtížným – některé ženy dokonce popisovaly, že stát se matkou je podobné jako onemocnět, protože musely zůstat doma a pečovat o dítě (Nystedt et al., 2008).

Pozitivnějšími dopady porodního prožitku se zabývají studie spojující spokojenost s porodem s vyšší rodičovskou self-efficacy (A. H. Salonen et al., 2009; Bryanton et al., 2008), které bohužel nezohledňují prenatalní determinanty rodičovské self-efficacy ani vliv konkrétních charakteristik porodního prožitku. Rodičovské self-efficacy se věnujeme v kapitole 3.1.

V následující kapitole o vývoji rodičovského chování popisujeme i charakteristiky rodičovské péče, jež vede k rozvoji bezpečné citové vazby u dítěte. Patří k nim senzitivita vůči potřebám dítěte a konzistentní reagování na jeho signály. Je nápadné, že podobné chování - poskytování empatické a citlivé podpory - vnímají ženy jako podpůrné i v přístupu zdravotníků při porodu (Ford et al., 2009). To by naznačovalo, že porodní prožitek může být svým způsobem iniciací do rodičovství právě tím, že žena nejprve přijímá péči, kterou pak sama poskytuje svému dítěti. Podobná zjištění přinesly výzkumy (především autorů Kennella a Klause), sledující účinek kontinuální přítomnosti duly, tedy podporující průvodkyně porodem, na charakteristiky porodu a mateřské chování. Ženy, kterým byla náhodně přiřazena při porodu dula, se na rozdíl od

kontrolní skupiny v prvních dnech po porodu na své dítě častěji usmívaly, mluvily na něj a hladily ho (Sosa et al., 1980). Systematický přehled studií sledujících účinky přítomnosti duly shrnuje, že efekty na mateřské chování byly zaznamenány i šest až osm týdnů po porodu: ve srovnání s kontrolní skupinou vnímají tyto matky své děti pozitivněji a dokonce i jako méně plačtivé a v pozorováních vykazují častěji pozitivnější, citlivější mateřské chování (Scott et al., 1999). Kennell a Klaus, kteří shrnuli výsledky výzkumů ve své knize “*Mothering the Mother: how a doula can help you have a shorter, easier and healthier birth*”, se domnívají, že porod je senzitivní periodou ve vývoji vztahu matky a dítěte a že péče o matku při porodu je metaforou péče, kterou později matka poskytuje svému dítěti (Klaus et al., 1993). Je nápadné, že podobné charakteristiky vnímají ženy jako podpůrné i v přístupu zdravotníků při porodu (Ford et al., 2009). To by naznačovalo, že porodní prožitek může být svým způsobem iniciací do rodičovství právě tím, že žena nejprve přijímá péči, kterou pak sama poskytuje svému dítěti. Podobná zjištění přinesly výzkumy (především autorů Kennella a Klause), sledující účinek kontinuální přítomnosti duly, tedy podporující průvodkyně porodem, na charakteristiky porodu a mateřské chování. Ženy, kterým byla náhodně přiřazena při porodu dula, se na rozdíl od kontrolní skupiny v prvních dnech po porodu na své dítě častěji usmívaly, mluvily na něj a hladily ho (Sosa et al., 1980). Systematický přehled studií sledujících účinky přítomnosti duly shrnuje, že efekty na mateřské chování byly zaznamenány i šest až osm týdnů po porodu: ve srovnání s kontrolní skupinou vnímají tyto matky své děti pozitivněji a dokonce i jako méně plačtivé a v pozorováních vykazují častěji pozitivnější, citlivější mateřské chování (Scott et al., 1999). Kennell a Klaus, kteří shrnuli výsledky výzkumů ve své knize “*Mothering the Mother: how a doula can help you have a shorter, easier and healthier birth*”, se domnívají, že porod je senzitivní periodou ve vývoji vztahu matky a dítěte a že péče o matku při porodu je metaforou péče, kterou později matka poskytuje svému dítěti (Klaus et al., 1993).

Lze tedy shrnout, že celkové vyznění porodního zážitku, dané nejen individuálními charakteristikami ženy, ale i psychosociálním kontextem porodu, má potenciál významně ovlivnit další život ženy, včetně její spokojenosti v partnerství a rodičovství a kvality rodičovského chování.



Obrázek 7.1: Interakce jednotlivých determinant porodního prožitku

7.4 Shrnutí

V předchozím textu byly s využitím dostupné literatury popsány jednotlivé determinanty formující porodní prožitek. Ukazuje se, že psychosociální kontext porodní péče moderuje vliv ostatních determinant a v interakci s nimi je hlavní determinantou porodního prožitku. Vztah jednotlivých determinant je schématicky znázorněn na obr. 7.1.

S tím souvisí i vliv psychosociálního kontextu na dlouhodobý dopad porodního prožitku, ať už se jedná o PTSD či PPD. Ačkoli jsou výraznější projevy těchto poruch častější u osobnostně disponovaných žen, interakce se zdravotníky pravděpodobně může, jak je na obrázku naznačeno, vliv osobnostních dispozic akcentovat či naopak ztlumit. Nároky na psychosociální dovednosti zdravotníků by byly v tomto případě však značné.

Zda platí podobné schéma i pro rozvoj rodičovské self-efficacy, ověříme v empirické části této práce.

8. Rané rodičovství

První rok života dítěte bývá uváděn jako klíčový pro dítě a pro jeho psychické zdraví (Matějček & Langmeier, 1986). Je obdobím, kdy se začíná vytvářet citová vazba dítěte k pečující osobě, nejčastěji matce (Bowlby, 1951) i bazální důvěra ke světu (Erikson, 2002). Novopečená matka je tak obvykle klíčovou osobou v životě, s největším potenciálem ovlivnit dlouhodobě vývoj dítěte. Jak ale matka prožívá vztah s dítětem (který by se dal charakterizovat jako vztah typu Já-Ty) a zároveň péči o něj (vztah typu Já-Ono)? V této kapitole se zaměříme právě na rozvoj vztahu mezi matkou a dítětem a na hlavní okolnosti, které v prvních měsících života ovlivňují ženino prožívání mateřské role, přičemž nepomineme ani vliv rodičovské self-efficacy.

8.1 Rozvoj vztahu mezi matkou a dítětem

Ačkoli vývoj vztahu mezi matkou a narozeným dítětem probíhá kontinuálně a navazuje i na ženiny představy o dítěti ještě před jeho narozením, v literatuře se obvykle zdůrazňuje rané poporodní období. Z toho důvodu i v této práci zmiňujeme tuto fázi zvlášť. Přitom stručně uvedeme hlavní argumenty příznivců i odpůrců hypotézy tzv. bondingu, tedy procesu vytváření rané vazby při prvním nerušeném kontaktu matky s dítětem. V další části se budeme věnovat dalším, dlouhodobě působícím aspektům rozvoje vztahu matky s dítětem.

8.1.1 Raný kontakt: počátek citové vazby

Novorozenec je už bezprostředně po porodu připravený vyhledávat kontakt s blízkou osobou (Trevarthen, 2011). Po porodu jsou navíc matka i dítě hormonálně naladěny tak, aby mohla být zahájena jejich vzájemná interakce. U obou z nich jsou vysoké hladiny katecholaminů (adrenalinu a noradrenalinu), které navozují bdělost, a oxytocinu, které je predisponují k tomu, aby se do sebe “zamilovali” (Buckley, 2009). Bezprostřední kontakt matky s dítětem po porodu, tzv. “skin-to-skin”, spouští další produkci hormonů, které facilitují rozvoj emoční vazby a mateřského chování a slouží mj. i k zajištění řady klíčových fyziologic-

kých procesů u matky a dítěte (snazší zahájení kojení, lepší schopnost dítěte udržet tělesnou teplotu a hladinu cukru, imunizace dítěte bakteriemi přirozeně se vyskytujícími na matčině kůži), a to i u unavených matek po dlouhém, náročném či operativním porodu (Kroeger, 2004).

Průkopníky podpory rané vazby byli už v 70. letech především J. Kennell a manželé Klausovi (Klaus et al., 1996). Jak ukázaly jejich i další výzkumy, pozitivní důsledky nerušeného kontaktu matky s dítětem jsou dlouhodobé: matky, jejichž kontakt s novorozеныmi dětmi nebyl v první hodině po porodu nijak narušen, kojí ve 2,5 měsících věku dítěte delší dobu a jejich „spolupráce“ s dítětem je lepší; ve 3 měsících věku dítěte kojí v noci častěji a nevadí jim to přitom tolik, jako ženám z kontrolní skupiny (Château et al., 1977; Kroeger, 2004). Podle některých studií zvyšuje nerušený kontakt matky a dítěte kvalitu mateřského chování (matky si počínají vůči dítěti obratněji) a uspokojení z mateřství i sebehodnocení v roli matky (Vágnerová, 2007). Šulová (2005) uvádí, že ačkoli mechanismy raného kontaktu dosud nejsou známy, odloučení matky od dítěte zasahuje do synchronizace jejich afektivity a reaktivity. Na druhou stranu Matějček & Langmeier (1986) uvádějí, že ačkoli raný kontakt zlepšuje interakci matek s dětmi v raném postnatálním období, sociální stav dětí ve třech letech je stejný jako u ostatních dyád, kde k ranému kontaktu nedošlo. I přesto je pravděpodobné, že přinejmenším v náročných prvních týdnech a měsících rodičovství snižuje lepší synchronizace matky a dítěte stres prožívaný matkou.

Na závěr je třeba zmínit kritiku hypotézy tzv. bondingu, tedy procesu vytváření rané vazby při prvním nerušeném kontaktu matky s dítětem. Crouch & Manderson (1995) uvádějí, že zdůrazňování významu prvních minut a hodin po porodu jako klíčového období pro rozvoj vztahu matky a dítěte vytváří v ženách, které byly z nejrůznějších důvodů (operativní porod, předčasné narození dítěte, zdravotní potíže na straně matky či dítěte, či porodnický systém nepodporující raný kontakt) odděleny od svého dítěte, pocity viny a závažné, nenahraditelné ztráty ve vztahu s dítětem. Tuto okolnost je třeba v práci s ženami po porodu také zohlednit a citlivě s ní pracovat. Jak uvádíme i v kapitole 3, bývá poukazováno také na to, že nepřítomnost raného kontaktu lze v dalším vztahu matky a dítěte kompenzovat (Ahnert, 2008).

8.1.2 Rozvoj vztahu s dítětem v průběhu prvního roku života

Považuje se už za prokázané, že dítě není pouze pasivním účastníkem interakce s matkou, ale už v prvních dnech a týdnech života se do interakce aktivně zapojuje. Tato schopnost se nazývá primární intersubjektivita (Trevarthen, 2011). V tomto období se žena učí rozeznávat signály svého dítěte a adekvátně na ně reagovat. Už klasický je koncept intuitivního rodičovství manželů Papouškových: matky (i otcové) dokážou reagovat na projevy dítěte intuitivně právě v době jejich bdění, aby podporovali rané učení a sociální interakci: naklánějí se nad dítě v ideální vzdálenosti asi 20–25 cm, používají výraznou mimiku a mírně pohybují hlavou, aby upoutali pozornost dítěte a vytvořili oční kontakt. Přitom mluví zvýšeným hlasem, s výraznou řečovou kadencí, aby dítě poznalo, že slova jsou určena jemu (Dittrichová et al., 2004). Citlivé matky rychle reagují na pláč dítěte, brzy rozliší jednotlivé druhy pláče a dokáží je efektivně utišit. V literatuře je také dobře popsáno nevědomé napodobování dítěte rodiči, které jim za prvé slouží ke vcítění do stavu dítěte, a za druhé vytváří “biologické zrcadlo” pro dítě (Matějček & Langmeier, 1986). Typické je i intuitivní držení dítěte – většina matek drží dítě na levé ruce (takže hlavičkou spočívá v blízkosti jejího srdce), rozevřenou rukou s uvolněnými prsty a často přitom dítě kolébá (Šulová, 2005).

Důležitým elementem vývoje rané interakce je kojení (Šulová, 2005). Kromě toho, že uspokojuje řadu potřeb dítěte (výživa, uklidnění prostřednictvím sacího chování a látek obsažených v mléku, kontakt s matkou), vyvolává u matky uvolnění kaskády hormonů (oxytocinu, prolaktinu), které ji zklidňují a naladují k mateřskému chování (Buckley, 2009). Kojící matky jsou ve 4 měsících věku pevněji citově připoutány ke svému dítěti a ve 12 měsících hodnotí svůj vztah k dítěti pozitivněji, než ženy, které své dítě nekojily, ačkoli rozdíl není výrazný: nekojení tedy nezpůsobuje deprivaci dětí. Ochranný vliv kojení se projevuje spíše snížením negativních afektů vůči dítěti, než zvýšením těch pozitivních (Else-Quest et al., 2003).

Na kvalitu vztahu matky a dítěte působí řada faktorů na straně dítěte (senzomotorické schopnosti, momentální stav, zvýšená plačtivost) i matky: konkrétně to jsou její psychické zdraví, osobnostní zralost,

zkušenosti z primární rodiny, především s vlastní matkou, schopnost empatie, sebedůvěra či momentální psychosociální situace (Šulová, 2005; Mäntymaa et al., 2006). Vztah matky a dítěte bývá často konceptualizován jako citová vazba, na jejíž specifický charakter poukázal (Bowlby, 1951). O teorii citové vazby pojednáváme v souhrnné kapitole 3.2.1.

Longitudinální výzkum sledující v 70.–80. letech matky od předporodního období do dvou let života dítěte ukázal, že rozvoj mateřské citové vazby je postupný a je ovlivněn psychosociální pohodou matky. Rodičovská sebedůvěra (později konceptualizovaná jako rodičovská self-efficacy) je přitom klíčovým protektivním faktorem pro rozvoj této vazby (Williams et al., 1987). Rodičovská self-efficacy je spojována i s větší mateřskou senzitivitou a vřelostí (Teti & Gelfand, 1991); a reponzivním přístupem (Stifter & Bono, 1998). Protektivně na rozvoj rodičovské vazby a chování působí rodičovská self-efficacy u rizikových skupin, jako jsou chudé rodiny (Raver & Leadbeater, 1999; Raikes & Thompson, 2005) nebo svobodné matky (Jackson & Huang, 2000).

Mezi okolnosti negativně ovlivňující vztah matky k dítěti patří poporodní deprese (jak ukazujeme v kapitole 3.1.1, poporodní deprese negativně koreluje s rodičovskou self-efficacy). Poporodní deprese je formou klinické deprese a na rozdíl od „baby blues“ (baby blues udává až 80% žen krátce po porodu, je způsobeno hormonálními výkyvy a může být prediktorem poporodní deprese) je dlouhodobé a výrazně zasahuje do života ženy a jejího okolí. Uvádí se, že poporodní deprese trpí asi 13% žen (Henshaw et al., 2004). Ukazuje se, že poporodní deprese se v řadě případů vyskytuje ruku v ruce s poporodním traumatem: u sedmi z devíti žen, které šest týdnů po porodu splňovaly kritéria posttraumatické stresové poruchy (PTSD) následkem porodu, byla zároveň zjištěna poporodní deprese (White et al., 2006). Autorky studie za příčinu tohoto zjištění pokládají skutečnost, že PTSD s sebou nese i depresivní symptomatiku.

Matky trpící poporodní depresí obvykle interpretují negativní výrazy tváře u dítěte výrazně negativněji než ostatní matky (Stein et al., 2010). Studie matek, které byly z důvodu této diagnózy v péči odborníků, ukázala, že až jedna třetina z nich udávala vážné obtíže ve vztahu k dítěti, včetně odmítnutí dítěte a patologické zlosti. Obtíže byly spojené především s nízkou porodní váhou dítěte a matčinou nespokojeností

se svou sociální rolí (Loh & Vostanis, 2004). Spojení mezi poporodní depresí a kvalitou vztahu matky k dítěti zjistila i studie sledující matky nedonošených dětí (Korja et al., 2008). Poporodní deprese matky ovlivňuje i vývoj dítěte, především pokud je z nižších sociálních tříd anebo se jedná o chlapce (Murray, 1992). Horší kognitivní výkon 18měsíčních dětí byl zjištěn i u dětí matek s poporodní depresí, u nichž byla předtím ve věku dvou měsíců sledována porucha interakce (Murray et al., 1996). Poporodní deprese jako taková tedy nemusí být příčinou pomalejšího vývoje dětí, tou je spíše kvalita vzájemné interakce. Pravděpodobnost bezpečné citové vazby u dítěte a dobré interakce matky s dítětem zvyšuje při poporodní depresi bezpečná citová vazba matky, která působí jako ochranný faktor (McMahon et al., 2006).

8.2 Dopady raného rodičovství

Narození dítěte je zdrojem významného psychosociálního stresu: je i jednou z položek známého dotazníku Social Readjustment Rating Scale (Holmes & Rahe, 1967). Po narození dítěte téměř u všech žen stoupá úroveň prožívaného stresu a deprese a klesá sebedůvěra (více než u mužů), a klesá manželská spokojenost (méně než u mužů). Tyto změny jsou přitom dlouhodobé – byly opakovaně zjištěny ještě 18 měsíců po porodu (Delmore-Ko et al., 2000). Důsledky rodičovství však nemusí být pouze negativní – ukázkou je např. velká norská longitudinální studie. Ta ukázala, že po narození dítěte se zlepšují poruchy příjmu potravy. Autoři studie to vysvětlují především pozitivním vlivem snížení příjmu alkoholu a impulzivity u matek. Zároveň se ale uplatňuje ne tak výrazný opačný vliv větší nespokojenosti se svým vzhledem u matek, který může vést k obnovení symptomů (von Soest & Wichstrøm, 2008). Stejně tak někteří autoři uvádějí, že ačkoli si většina novopečených rodičů stěžuje na pokles kvality manželství, nemalá část naopak uvádí zlepšení vzájemného vztahu (např. Lawrence et al. (2007)).

Žena, pro kterou je její dítě často prvním novorozencem, kterého drží v náručí, se učí nejen péči o něj, ale i signálům, které dítě vysílá o svých potřebách, přizpůsobuje jeho rytmu spánku a bdění rytmus vlastní a snaží se vše spojit s péčí o sebe a péčí o domácnost. V současnosti přibývá otců, kteří tráví první dny nebo týdny života dítěte doma; často

je to ale právě v období, kdy tráví novorozenec téměř celý den spánkem, a tak největší nápor na zvládnutí všech úkolů začíná po návratu tatínka do zaměstnání. Protože většina rodin je nukleárních, tj. novopečení rodiče nežijí s vlastními rodiči, zůstává žena s dítětem po většinu dne sama. Některé z nich se proto cítí opuštěné a závislé na manželově přítomnosti a pomoci (Vágnerová, 2007).

S nároky na péči o dítě a o domácnost jsou zákonitě ostatní role ženy omezeny. Stávající role ženy a její očekávání od sebe, ať už vlastní či ze strany partnera, mohou pocity žen po narození dítěte významně ovlivnit. Studie zkoumající vztah mezi emocemi prožívanými novopečenými rodiči a diskrepancemi v sebepojetí (Alexander & Higgins, 1993) zjistila, že rozpor mezi reálným a ideálním já zjištěný před narozením dítěte se poté ještě více prohlubuje. Především u matek náročnějších dětí, které jsou dlouho vdané, vede tento rozpor ke zvýšení skleslosti (např. pocitů zklamání, beznaděje či nespokojenosti). Delší manželský vztah pravděpodobně zvyšuje vzájemnou závislost partnerů, kterou narození dítěte naruší. Naopak rozpor mezi reálným já a očekáváními od partnera přestanou matky po narození dítěte vnímat tak naléhavě, především mají-li náročnější děti a jsou vdané krátce, a proto u nich dojde k poklesu agitace (např. pocitů ohrožení či obav).

Podle rozsáhlé americké studie (Nomaguchi & Milkie, 2003) vykazují novopečené matky ve srovnání s bezdětnými protějšky větší míru sociální integrace (zapojení do sociálního života jako indikátor zdrojů sociální opory) a menší výskyt depresivních symptomů, ale udávají nárůst času stráveného domácí prací, nárůst hádek s partnerem a v průměru menší pocit kontroly nad průběhem svého života (celková self-efficacy). Další analýza výsledků ukázala, že největší ztrátu kontroly (která se projevuje i na snížených výsledcích v celé skupině novopečených matek), pokles sebehodnocení, sociální integrace a naopak nárůst deprese zažívají neprovdané matky žijící v partnerském vztahu (Woo & Kelly Raley, 2005).

Narození dítěte však nemusí být ani pro tyto rizikové skupiny náročným a vysilujícím obdobím. Proměnnou významně moderující psychosociální pohodu i manželskou spokojenost po narození dítěte je rodičovská self-efficacy, jejíž dopad na kvalitu života novopečených matek jsme popsali v kapitole 3.1.1. Její protektivní vliv byl prokázán především u sociálně slabých či neprovdaných matek.

Ukazuje se, že většina studií zkoumající dopady raného rodičovství potvrzuje zpravidla určitý pokles psychosociální pohody novopečených matek. Důležitou proměnnou zasahující do této změny je vedle rodičovské self-efficacy i partnerský vztah - jeho délka, kvalita, a opora dostupná v jeho rámci. Vztah opory ze strany partnera a rodičovské self-efficacy přitom není jednoznačně přímočarý. Rodičovská self-efficacy například mediuje protektivní vliv sociální opory v těhotenství na sníženou pravděpodobnost výskytu poporodní deprese (Cutrona & Troutman, 1986). Ve studii Teti & Gelfand (1991) je oproti tomu sociomaritální opora uváděna jako důležitý faktor rodičovské self-efficacy matek. Jak uvádíme i v kap. 3.1.1, spokojenost s partnerovou oporou, příznivě ovlivňující rodičovskou self-efficacy matek, koreluje právě se zapamatovanou otcovskou péčí (Leerkes & Crockenberg, 2002). Ačkoli je tedy sociální opora partnera pro psychosociální pohodu novopečených matek bezpochyby významná, nejsou zatím jasné procesy, jakými se tato opora vzájemně ovlivňuje s rodičovskou self-efficacy a s ženinou zkušeností z primární rodiny. Narození dítěte samo o sobě může navíc původní podpůrné procesy v partnerství narušit.

V příštích částech se tedy zaměřujeme na dopady rodičovství přímo na partnerský vztah a stručně se podíváme i na to, jak rodičovství zvládají matky bez partnera.

8.2.1 Rodičovství a partnerství

Průběh přechodu od partnerství k rodičovství je výsledkem kvality partnerství: zpravidla se uvádí, že spokojenost se vztahem před narozením dítěte odpovídá spokojenosti po jeho narození. Kritické situace zažívají zpravidla ti partneři, jejichž vztah byl už před narozením dítěte problematický (Olbrich, 1995). V literatuře existuje velká řada prací sledujících změny v partnerství po narození dítěte, z nichž některé byly zmíněny již v předchozí kapitole. Častým zjištěním je již uvedený pokles spokojenosti v manželství, nicméně metaanalýzy studií sledujících změny v partnerských vztazích zjistily podobný pokles spokojenosti po srovnatelné době i u bezdětných manželských párů (Vágnerová, 2007).

Příčinou nespokojenosti bývá často diskrepance mezi potřebami či nároky jednoho z partnerů a tím, co druhý partner poskytuje. Vyšší nespokojenost byla zaznamenána především u žen s ambivalentní citovou

vazbou (tedy u těch s většími obavami o úroveň opory, kterou jim poskytují jejich partneři), a vzrůstala, pokud tyto ženy navíc pociťovaly ze strany partnera nižší úroveň opory (Rholes et al., 2001). Podobně pokud se očekávání partnerů ohledně rozdělení rolí v péči o dítě a o domácnost liší od pozdější reality, hodnotí pak ženy kvalitu svého manželství negativně častěji než muži (Belsky et al., 1986). Ukazuje se také, že spokojenost v manželství klesá o to více, o co vyšší byla očekávání ženy od rodičovství, především u žen, které očekávaly, že jejich dítě bude mít klidnou povahu a že ony samy budou prožívat rodičovství kladně (Lawrence et al., 2007). Další studie však uvádí, že proti negativním dopadům rodičovství jsou více chráněny ženy, jejichž očekávání od rodičovství jsou vesměs pozitivní – tedy zahrnují značnou míru entuziasmu a ochoty vyrovnat se s novou životní situací. Ve srovnání s ženami s úzkostným nebo samolibým očekáváním prožívají optimistické ženy po narození dítěte významně méně stresu (Delmore-Ko et al., 2000). To lze vysvětlit odlišným zaměřením druhé studie, která sledovala spíše strategie zvládání podporující spokojenost v rodičovství.

Roli v kvalitě vztahu hraje i interakce mezi partnery. Brüderl (1989) uvádí, že rodiče většinou hodnotí zvládnutí nároků rodičovství jako osobně i pro vztah obohacující. Její longitudinální studie ale ukázala, že novopečení rodiče spolu mluví častěji o praktických otázkách péče o dítě a o domácnost, a markantně ubývá rozhovorů o vlastních pocitech a o partnerském vztahu. Vyvozuje proto, že právě malá pozornost věnovaná partnerskému vztahu a pocitům obou partnerů po narození dítěte jsou rizikovým faktorem pro další vývoj partnerství.

Vývojový pohled na partnerství a rodičovství nabízí Clulow (1991). Podle něj se manželství liší podle míry vzájemné navázanosti či na druhé straně diferenciaci. Protože „rodičovství vyžaduje přetvoření hranic uvnitř vnitřních světů jedinců, mezi nimi jako párem a ve vztahu k jejich vnějšmu prostředí“, mohou mít páry, které jsou na sebe příliš navázané, problémy s vytvořením prostoru pro dítě.

8.2.2 Sóló matky

Osamělé matky zakládají rodinu, kde chybí otec. Ten často po rozhodnutí ženy s těhotenstvím pokračovat vyjadřuje nesouhlas a zlost, k jejímu velkému zklamání a frustraci (Davies & Rains, 1995; Jones,

2007). Pocity viny či hanby pak ustoupí praktickým úvahám, jak zvládnout sama rodičovství – žena je nucena mobilizovat své vnitřní i vnější zdroje. Významnou roli ve formování přístupu k rodičovství a ve zvládnutí jeho nároků zde hraje původní rodina nastávající matky (Mannis, 1999; Jones, 2007). Jones (2007) mluví ve své kvalitativní studii amerických sólo matek z nižší střední třídy o kaskádě rozhodnutí, ve které hrají roli tyto faktory: 1. touha pečovat, být matkou; 2. věk – „tikání biologických hodin“; 3. sociální opora, naděje v upevnění vztahu s otcem dítěte; 4. únik z nezdravého partnerství; 5. pocit autonomie a soběstačnosti; 6. postoj k interrupci. Podobně popisují proces „stávání se sólo matkou“ v další americké kvalitativní studii i Keating-Lefler & Wilson (2004). Nejprve žena prochází fází truchlení mnohačetných ztrát (partnera, opory některých dalších významných osob, svého předchozího života aj.). Následně musí přeformulovat svůj život. Tento proces v sobě obsahuje několik subprocessů: 1. získání důvěry v budoucí možnosti; 2. ponoření se do mateřské role; 3. nalezení odvahy snít o dalších životních možnostech; 4. rozvoj nové definice svého já, identity a budoucnosti; 5. riskování nového životního směřování a vyzkoušení nových životních možností.

Tyto studie poukazují na skutečnost, že pro sólo matky je vstup do rodičovství velmi intenzivní životní fází, ve které jsou kladeny nároky především na soběstačnost ženy a její schopnost využívat či vytvářet sociální podpůrnou síť pro sebe i své dítě. Energie investovaná do vytváření a udržování sociální sítě po narození dítěte může však odčerpávat část kapacity, kterou by jinak věnovaly do rozvoje vztahu s dítětem.

8.3 Shrnutí

Jak naznačují i v úvodu zmíněné vývojově-psychologické přístupy ke vstupu do rodičovství, období po narození dítěte s sebou pro novopečenou matku přináší řadu výzev. Zároveň je toto období klíčové pro rozvoj vztahu mezi ní a dítětem a pro nalezení optimální synchronizace v komunikaci s ním. Jak jsme ukázali už v kapitole 3, v případě významných praktických obtíží při zvládnutí rodičovské role anebo při nedostatku emoční či instrumentální opory ze strany partnera či jiných blízkých osob je pravděpodobné, že rozvoj vztahu s dítětem bude na-

rušen. Protektivním faktorem může být právě rodičovská self-efficacy, jak ukazuje i longitudinální výzkum Williams et al. (1987).

9. Závěr teoretické části:

bio-psycho-sociální souvislosti vstupu do rodičovství

Vstup do rodičovství je u žen (pokud se nejedná o adopci) nedílně spojen s provázanou a komplexní sérií fyziologických procesů: početím, těhotenstvím, porodem a ve většině případů i kojením. Ty jsou jednak zdrojem řady hormonálních změn, které mění prožívání či chování ženy, ale na druhou stranu na ně prožitky a chování zároveň působí: např. zvýšený stres či úzkost snižují pravděpodobnost počít (Wasser, 1994) a zpomalují průběh porodu (Buckley, 2009). Všechny tyto procesy také kladou vysoké nároky na strategie zvládnání.

V této části dizertační práce jsme poukázali na význam self-efficacy pro porod a rodičovské self-efficacy jako zdroje psychosociální pohody nastávajících a novopečených rodičů. Self-efficacy je však jen jedním z konceptů psychické odolnosti. Při zkoumání jednotlivých fází vstupu do rodičovství se ukázalo, že pro psychosociální pohodu v tomto období jsou významné i další strategie zvládnání, které přitom s rodičovskou self-efficacy zčásti korelují (Bandura, 1997) a jejichž klíčovou roli prokázal i kvalitativní výzkum (Darvill et al., 2010).

Zdá se, že efektivní strategií je především schopnost rozpoznat, co lze mít pod kontrolou a co už nikoli. Ačkoli je self-efficacy pevně spojená právě s přesvědčením o schopnosti svůj život kontrolovat, ukazuje se, že v tomto období to platí pravděpodobně jen do jisté míry. Na rozdíl od předešlých cílů, o které usilovala, nemá žena nad úspěšností otěhotnění, průběhem těhotenství, porodu a stavem dítěte přímou kontrolu, ačkoli se týkají bezprostředně jí samé: buď se rozhodne spolehnout na schopnosti a možnosti vlastního těla počít, dovést těhotenství do zdárného konce a porodit, anebo se u ní objeví úzkostlivé pocity, případně potlačení jakýchkoli emocí souvisejících s očekávaným dítětem a citové odtažení. Častou reakcí, vyvolávanou i mediálním obrazem těhotenství a porodu a současnými diagnostickými možnostmi prenatalní medicíny,

je odevzdání kontroly nad početím, těhotenstvím a porodem odborníkům – lékařům v oboru gynekologie a porodnictví. Tím je vyvolána iluze kontroly nad osudem těhotenství a porodu; ženy však často zapominají, že možnosti diagnostiky zdravotních komplikací u plodu jsou v těhotenství mnohem vyšší, než možnosti terapie, a rozbití iluze “dokonalého dítěte” bývá pro tyto ženy velmi bolestivé a vede k pocitům bezmoci, tedy ztráty kontroly. Podobně je v raném rodičovství kontrola nad dítětem pouze iluzorní a v nejlepším případě přechodná. V celém období se jedná spíše o schopnost nalézt v dialogu s vlastním tělem a později dítětem rovnováhu tím, že žena vnímá citlivě jeho signály a vychází podle svých možností vstříc jeho potřebám. Konfrontace se skutečností, že ani život či zdraví – vlastní či dítěte – nejsou samozřejmé a nelze je vždy zajistit a kontrolovat, pak může vést k dalšímu stupni osobní zralosti a posílení pocitu kontroly nad tím, co ovlivnit lze.

Další důležitou strategií je schopnost zajistit si a přijímat sociální oporu. V období těhotenství, při porodu a v raném rodičovství je žena fyzicky velmi zranitelná a musí se vyrovnávat s řadou náročných úkolů (především v aktivní fázi porodu či při péči o malé dítě). Hormonální změny, které podporují její vnímavost vůči signálům těla a dítěte (především zvýšená hladina prolaktinu a estrogeneru, která zvyšuje počet oxytocinových receptorů), navíc způsobí, že žena není tolik ochotná vstupovat do konfrontací, které by zajistily její integritu tváří v tvář překážkám (Buckley, 2009); ochraňující prostředí na jedné straně a schopnost přijímat psychickou výživu z něj na straně druhé jsou tedy vitální pro její psychickou stabilitu. Jak také ukázala řada studií, budoucí rodiče a rodiče poskytují a přijímají sociální oporu aktivněji než bezdětní partneři (Liebler, 2005; Nomaguchi & Milkie, 2003).

Lze tedy říci, že vstup do rodičovství představuje z pohledu strategií zvládnutí posun od přesvědčení mladého dospělého o vlastní soběstačnosti, autonomii a kontrole nad vlastním životem k uvědomění svého místa v komunitě a v životním cyklu. Závěry řady zde citovaných studií naznačují, že flexibilita strategií zvládnutí tváří v tvář různorodým zátěžovým situacím působí i v tomto období jako důležitý ochranný faktor pro jeho úspěšné zvládnutí. Zvyšování rodičovské self-efficacy a dalších aspektů psychické odolnosti nastávajících rodičů je tedy důležitou intervencí při práci s touto cílovou skupinou.

Empirická část

10. Úvod empirické části a výzkumné hypotézy

S využitím poznatků uvedených v teoretické části studie jsme formulovali následující hypotézy:

H1: Spokojenost s porodním prožitkem je predikována primárně jeho sociálně-psychologickými determinantami, jako opora ze strany zdravotníků a kontrola.

H2: Poporodní rodičovská self-efficacy je kromě již známých determinant, jako temperament dítěte a sociální opora po porodu, predikována i sociálně-psychologickými determinantami porodního zážitku.

Cílem první hypotézy je především ověřit na vzorku rodiček z ČR, zda i zde platí primarita sociálního kontextu porodu, která je premisou druhé hypotézy.

Empirická část prezentuje výsledky explorativního výzkumu, který tyto hypotézy ověřuje. Nejprve představujeme přípravu metodologie a sběru dat. V další kapitole popisujeme použité metody, samotný průběh sběru a vyhodnocení dat a uvádíme charakteristiky výzkumného souboru. Následují výsledky analýzy dat, včetně psychometrických vlastností použitých metod, deskriptivní analýzy výzkumných proměnných a mnohonásobné lineární regrese (MLR). Ta je využita pro samotné ověření výzkumných hypotéz. V kapitolách Diskuse a Závěr přinášíme interpretaci výsledků a shrnujeme výstupy práce.

11. Postup výzkumu a metody

V souladu s výzkumnými cíli byl navržen explorativní výzkumný projekt se dvěma fázemi sběru dat:

1. fáze - nábor žen v posledním trimestru těhotenství před prvním porodem a vyplnění prvního dotazníku: zjištění vstupních úrovní rodičovské self-efficacy, porodní self-efficacy a sociální opory;
2. fáze - vyplnění druhého dotazníku cca 2–3 měsíce po předpokládaném termínu porodu: zjištění výstupních úrovní rodičovské self-efficacy, porodní self-efficacy a sociální opory, a psychosociálních faktorů porodního prožitku.

Pro zjištění vstupních úrovní rodičovské a porodní self-efficacy jsme považovali za výhodné, aby ženy byly v období, kdy se již vědomě často zabývají nadcházejícím porodem a rodičovstvím. Podle Gloger-Tippelt (1988) toto období nastává u většiny žen právě od 32. týdne těhotenství (“fáze anticipace a přípravy”). Zároveň je třeba, aby ženina rodičovská self-efficacy nebyla již zformována přímou rodičovskou zkušeností, a aby vstup do rodičovství byl pokud možno nekomplikovaný anticipovanými zdravotními problémy. Pro účast ve výzkumu jsme se proto rozhodli oslovit ženy, které očekávaly narození prvního dítěte (přičemž se nemuselo jednat o první těhotenství - ženy, jejichž předchozí těhotenství skončilo potratem či perinatální ztrátou, jsme se rozhodli do výzkumu zahrnout také) a byly v 32.–42. týdnu těhotenství s nízkým rizikem. Výstupní úrovně rodičovské a porodní self-efficacy jsme plánovali zachytit v období, kdy péče o dítě už pro ženu není zcela nová a ona již není přetížena novými nároky či hormonálními a tělesnými změnami po porodu. Rodičovství by však pro ni mělo stále zůstat výzvou, kdy musí mobilizovat své strategie zvládnání a zdroje sociální opory. Podle Gloger-Tippelt (1988) takové období začíná zhruba 6–8 týdnů po narození dítěte a končí 6 měsíců po porodu (“fáze výzev a změn”). Rozhodli jsme se pro oslovení žen 2–3 měsíce po termínu porodu. Předpokládali jsme také, že vzpomínka na porodní zážitek bude v tomto období stále dostatečně živá, a přitom nebude ovlivněna hormonálními změnami po

porodu. Ty by mohly vést k příliš pozitivnímu či naopak negativnímu vykreslení porodního zážitku (van Teijlingen et al., 2003).

Při získávání dat jsme se rozhodli využít dvě sady dotazníků. Dotazníkové šetření bylo zvoleno nejen proto, že usnadňovalo získávání respondentů a šíření výzkumu, ale i kvůli možnosti kvantifikace a statistické analýzy výstupů. To jsme považovali za klíčové pro spolehlivou predikci změn rodičovské self-efficacy. Možné zjednodušení a zploštění získaných informací jsme vyvážili rozsahem použitých metod a sběrem dat ve dvou fázích.

11.1 Metody

Hlavní část výzkumu byla realizována formou dvoufázového dotazníkového šetření. Byly přitom využity položky a škály vyvinuté přímo pro tento výzkum i validované zahraniční dotazníky (viz následující podkapitola 11.1.1). Ty byly nejprve přeloženy z angličtiny do češtiny, pak z češtiny zpět do angličtiny a znovu do češtiny. Přitom byl sledován posun významů u jednotlivých položek a český překlad byl případně upraven tak, aby co nejpřesněji odpovídal obsahu a smyslu originálu. Dotazníky pak vyplnily a okomentovaly české těhotné ženy, které se vyjádřily ke srozumitelnosti položek a k tomu, zda je považují za relevantní pro svou osobní situaci.

11.1.1 První fáze výzkumu

První dotazník se zaměřoval na zachycení vstupní úrovně nejdůležitějších proměnných: sociální opory, porodní self-efficacy a rodičovské self-efficacy. Kromě toho byly zjištěny hlavní sociodemografické a anamnestické proměnné:

- Věk ženy
- Rodinný stav (vdaná, svobodná, rozvedená, vdova), délka vztahu, soužití s partnerem
- Finanční situace a vzdělání
- Týden těhotenství a předpokládaný termín porodu

- Případné předchozí těhotenství, vztah k tomuto těhotenství a zda se jedná o rizikové těhotenství (s případnými omezeními)
- Zda žena navštěvuje prenatální poradnu gynekologa či porodní asistentky a předporodní kurs

Proměnné výzkumných hypotéz:

Opora dostupná v rámci sociální sítě

Sociální opora byla zjišťována ad hoc dotazníkem se čtyřmi 5-bodovými škálami. V nich žena zaškrtnla svou spokojenost s oporou poskytovanou a) partnerem, b) svou původní rodinou, c) partnerovou rodinou a d) přáteli. Celkový skór dotazníku mohl dosahovat 4–20, přičemž nižší skór indikoval lepší spokojenost.

Porodní self-efficacy

Porodní self-efficacy byla zjišťována validovaným dotazníkem Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) (Lowe, 1993), konkrétně jeho krátkou verzí. Dotazník má 16 položek s hodnotící škálou 1–10, které se vztahují k různým způsobům a technikám zvládnání porodních kontrakcí. Studie v různých kulturách prokázaly dobrou kriteriální validitu (Lowe, 1993) i dostatečnou obsahovou validitu (Drummond & Rickwood, 1997). Na rozdíl od původní verze Nancy Lowe (1993), která obsahuje 4 škály a 64 položek a měří (1) očekávání výsledku a (2) přesvědčení o vlastní účinnosti jak v první, tak i v druhé době porodní, většina studií shledává dostatečnou krátkou verzi (kromě Drummond & Rickwood (1997) např. i Ip et al. (2008)). Ta rezignuje na sledování odlišností pro první a druhou dobu porodní, mezi kterými nebyly ve studiích zjištěny dostatečné rozdíly, a pro využití v praxi sleduje očekávání výsledku a přesvědčení o vlastní účinnosti zvládat porodní kontrakce v průběhu celého porodu.

Vzhledem k zaměření tohoto výzkumu jsme se rozhodli využít pouze škálu sledující přesvědčení o vlastní účinnosti. Výhodou také bylo zkrácení rozsahu celkového dotazníku. Celkový skór dotazníku se mohl pohybovat mezi 16 a 160, přičemž vyšší skór označoval vyšší self-efficacy.

Rodičovská self-efficacy

Pro zjištění rodičovské self-efficacy bylo nutné najít nástroj, který se zaměřuje na rodiče velmi malých dětí. Existuje řada rodičovských dotazníků pro zjištění self-efficacy, ale převážná většina z nich je určena

pro rodiče dětí školního věku. Nakonec byl nalezen 25-položkový, jedno-dimenzionální dotazník Parental Expectations Survey (PES) (Reece, 1992), který je určen pro rodiče zdravých, donošených dětí ve věku 1–3 měsíce. Reece přitom prokázala i jeho predikční i kritériální validitu a reliabilitu. Oproti původní verzi dotazníku jsme nepoužili hodnotící škálu 0–10, ale 1–10, především proto, aby byla stejná jako v předchozím dotazníku CBSEI, a bylo tím usnadněno vyplňování. Celkový skóre dotazníku se tak mohl pohybovat mezi 25 a 250, přičemž vyšší skóre označoval vyšší self-efficacy.

11.1.2 Druhá fáze výzkumu

Druhý dotazník se zaměřoval na zachycení výstupní úrovně nejdůležitějších proměnných: sociální opory, opory a kontroly při porodu, spokojenosti s porodem a poporodní péčí, temperamentu dítěte, porodní self-efficacy a rodičovské self-efficacy. Kromě toho byly zjištěny hlavní proměnné související s porodem a poporodní adaptací:

- Místo porodu, datum porodu, jeho začátek a délka (včetně doby od nástupu do porodnice do narození dítěte)
- Počet narozených dětí
- Zákroky a komplikace, k nimž během porodu došlo
- Okolnosti poporodního kontaktu matky a dítěte (jak dlouho trvalo, než matka dostala po porodu dítě k sobě, délka prvního kontaktu matky a dítěte, místo poporodního vyšetření a ošetření dítěte, doba separace dítěte od matky po porodu, typ rooming-in)
- Kojení a zdravotní stav matky a dítěte, jak po porodu, tak v době vyplnění dotazníku
- Celková délka hospitalizace po porodu

Proměnné výzkumných hypotéz:

Spokojenost s porodem

Použili jsme tři škály s rozsahem hodnocení 0 (vůbec) - 10 (naprosto); první škála se ptala na celkovou spokojenost s porodem, druhá škála na spokojenost se sebou a třetí na spokojenost se zdravotníky. Suma těchto škál byla použita v mnohonásobné lineární regresi.

Bolest při porodu

Použili jsme dvě škály s rozsahem hodnocení 0 (žádná bolest) - 10 (nejvyšší možná bolest); žena měla v první škále uvést, jakou bolest zažívala v průběhu celého porodu, a v druhé, jaká byla maximální bolest, kterou v průběhu porodu zažila. Suma těchto škál byla použita v mnohonásobné lineární regresi.

Temperament dítěte

Použili jsme dvě škály s rozsahem hodnocení 0 (neodpovídá) - 10 (úplně odpovídá); první škála se ptala na to, do jaké míry může žena o svém dítěti říci, že se snadno rozplácne, a druhá, do jaké míry může žena o dítěti říci, že jej lze jen obtížně utišit.

Doprovod při porodu a spokojenost s jeho podporou

Ženy odpovídaly na dvě otázky: (1) zda byl případný doprovod přítomný po celou dobu porodu, a (2) jak byly spokojeny s oporou různých typů doprovázejících osob (resp. zda vůbec tyto osoby k porodu přizvaly): partnera, přítelkyně, matky, jiné příbuzné, dudy, soukromé porodní asistentky či jiné osoby. Cílem bylo odlišit působení opory různých doprovázejících osob v případě, že jich ženu k porodu doprovázelo více.

Opora dostupná v rámci sociální sítě po narození dítěte

Podobně jako v prvním dotazníku, i nyní ženy hodnotily oporu přijímanou od svých blízkých v době vyhodnocování dotazníku. Použili jsme další ad hoc dotazník; tentokrát jsme navíc ale měli v úmyslu rozlišit různé typy opory relevantní v poporodním období. Ženy proto uváděly, do jaké míry jim jednotlivé osoby (resp. skupiny osob) pomáhají s péčí o dítě, s péčí o domácnost a do jaké míry mají zájem o dítě a o ženiny pocity. Výsledkem bylo celkem 16 položek s hodnocením 1 (maximální opora) - 5 (minimální opora); čím vyšší tedy byl skóre, tím méně opory se ženě v daných oblastech od těchto osob dostávalo. Ve výsledném vyhodnocení byl použit celkový skóre.

Opora a kontrola při porodu

Pro zjišťování těchto proměnných jsme využili dotazník Support and Control In Birth (SCIB) (Ford et al., 2009), který se zaměřuje právě na psychosociální proměnné porodního zážitku a obsahuje 33 položek hodnocených na pětibodové škále. Jeho tři dimenze sledují oporu poskytnutou ženě při porodu zdravotníky; externí kontrolu, kterou má

žena nad děním kolem ní, včetně vlivu na rozhodování o zákrocích a možnosti získat informace v míře a v době, kdy chce; a vnitřní kontrolu, kterou cítí v průběhu porodního procesu nad jeho fyzickými nároky.

Opora poskytovaná zdravotníky na oddělení šestinedělí

Byl vyvinut ad hoc dotazník, který byl inspirován dizertační prací A. Salonen. Ta mj. uvádí, že rodičovskou self-efficacy novopečených rodičů zvyšují i některé proměnné péče poskytované na oddělení šestinedělí v nemocnici. Mezi ně patří sociální opora poskytovaná zdravotníky (laskavost, nabízení pomoci a pochvala) a kvalita rad, které ženy od zdravotníků získávají (přiměřenost, užitečnost, povzbudivost, srozumitelnost, relevance, kongruence s tím, co žena sama už ví, a s tím, co jí říkají ostatní zdravotníci) (A. Salonen, 2010). Každá z těchto deseti oblastí byla zastoupena jednou položkou, hodnocenou na pětibodové škále.

Porodní self-efficacy

Ženy i v této fázi znovu vyplnily dotazník porodní self-efficacy (CBSEI). Tentokrát byly dotazovány, do jaké míry věří, že se jim podařilo využít daných strategií zvládnání porodních kontrakcí.

Rodičovská self-efficacy

Ženy znovu vyplnily dotazník rodičovské self efficacy (PES).

11.2 Sběr dat

Případné účastnice výzkumu byly oslovovány:

1. osobně v čekárnách prenatálních poraden porodnic (FN Motol, Kladno, Tábor, Vrchlabí);
2. prostřednictvím letáků v centrech pro nastávající rodiče (o.s APERIO - Společnost pro zdravé rodičovství, o.s. A-Centrum)
3. prostřednictvím upozornění na výzkum šířeného v e-mailových a webových diskusních skupinách pro nastávající rodiče, lektory/ky předporodní přípravy a další, kdo pracují s nastávajícími rodiči.

Při výběru porodnic, které byly osloveny pro spolupráci na výzkumu, byl kladen důraz na to, aby se jednalo o různé typy zařízení: porodnice

v Motole je perinatologickým centrem, které ošetřuje i rodičky a novorozence s vysokým stupněm rizika, porodnice v Kladně je intermediárním centrem, poskytujícím péči rodičkám a novorozenců se středním stupněm rizika, a porodnice v Táboře a ve Vrchlabí jsou běžnými zařízeními, které poskytují péči pouze rodičkám s nízkým vstupním rizikem. Do sběru dat v těchto zařízeních byly zapojeny studentky magisterského studia psychologie na FF UK, které ženám sdělily informace o výzkumu a zjistily, zda splňují podmínky pro zapojení do výzkumu; zároveň ženy, které svolily s vyplněním dotazníku, získaly spolu s dotazníkem informační leták o výzkumu a vyplnily svůj kontakt, aby jim mohl být zaslán druhý dotazník.

Sběr dat probíhal primárně prostřednictvím serveru SurveyMonkey. Ženy, které byly osloveny prostřednictvím e-mailu či internetu, vyplňovaly dotazník přímo na serveru SurveyMonkey. Ty, které byly osloveny osobně či prostřednictvím letáků, vyplňovaly vytištěný dotazník, který byl potom převeden do elektronické formy a uložen na serveru SurveyMonkey. Před vyplněním letáku si účastnice rekrutované přes internet mohly přečíst informace o výzkumu a jeho cílové skupině.

V období cca 2 měsíce po předpokládaném termínu porodu obdržely ženy, které vyplnily úplný první dotazník, e-mailem internetový odkaz na další dotazník umístěný na serveru SurveyMonkey, případně poštou další vytištěný dotazník. Pokud žena nevyplnila dotazník do 3 týdnů po zaslání odkazu, byl jí zaslán odkaz znovu. Pokud ani poté nevyplnila, nebyla už poté oslovována. Ačkoli měly ženy možnost “opt-out”, odmítnout účast na výzkumu, ani jedna to neučinila. Ženy, které obdržely tištěný dotazník a neodpověděly, znovu oslovovány nebyly.

11.3 Vyhodnocení dat

Data z obou dotazníků byla vyhodnocena prostřednictvím programu SPSS 19. Detailní informace jsou uvedeny v Příloze 1.

Analyzovali jsme charakteristiky výzkumného souboru, abychom určili, zda byl úbytek respondentek v průběhu výzkumu náhodný a zda je soubor reprezentativní vůči skupině prvorodiček v ČR.

Byla také zhodnocena reliabilita používaných psychologických škál (PES, CBSEI, SCIB) a v případě SCIB byla provedena korelace jednot-

livých položek s odpovídajícími dimenzemi, aby byla potvrzena jejich příslušnost k dané dimenzi.

Dále jsme provedli základní deskriptivní analýzu proměnných, a to jak kontrolních, tak těch, které měly být zařazeny do mnohonásobné lineární regrese. Sledovali jsme také normální rozdělení a případné hraniční hodnoty metrických proměnných.

Pro zodpovězení výzkumné otázky jsme použili mnohonásobnou lineární regresi (MLR). Byly provedeny tyto analýzy:

1. mnohonásobná lineární regrese se změnou rodičovské self-efficacy jako závislou proměnnou;
2. mnohonásobná lineární regrese se spokojeností s porodem jako závislou proměnnou.

11.4 Účastnice výzkumu

První dotazník vyplnilo celkem 231 žen, z toho 5 bylo následně vyloučeno právě proto, že nečekaly narození prvního dítěte a 3 další vyplnily pouze sociodemografické a anamnestické položky dotazníku. Druhý dotazník byl zaslán 223 ženám a vyplnilo jej 119 žen; jedna byla vyloučena, protože nevyplnila poslední část, škálu PES.¹ Výsledný počet žen zahrnutých do závěrečné analýzy byl tedy 118. Do počtu žen, které vyplnily dotazník, nejsou zahrnuty ty, které začaly dotazník na serveru SurveyMonkey vyplňovat, ale vyplnily pouze první stranu (s e-mailovým kontaktem).

Zajímalo nás, zda byl úbytek účastnic náhodný, anebo zda byly určité ženy více motivované zapojit se do výzkumu. Tato motivace by mohla zkreslit výskyt jevů, které ve výzkumu sledujeme. Abychom kontrolovali její vliv, porovnali jsme ženy, které vyplnily oba dotazníky (n=119) s ženami, které vyplnily jen jeden dotazník (n=104). Využili jsme přitom údaje z prvního dotazníku.

Popis obou skupin a rozdílů mezi nimi co do metrických proměnných jsou uvedeny v tabulce 11.1, kde jsou zahrnuty i ženy, které splňovaly

¹V tomto případě se pravděpodobně nejednalo o úmysl nevyplnit tuto škálu, ale protože nastavení dotazníku na webu vyžadovalo vyplnění všech položek na stránce, při odeslání se pak stránka s dotazníkem neuložila.

		Vyplněno dot. (n)	průměr ± SE	t (df=1)	p (t)
Věk	oba (119)		29.21 ± 0.37	-.101	.920
	jeden (107)		29.27 ± 0.47		
Dél. vztahu (roky)	oba (119)		5.29 ± 0.31	1.323	.187
	jeden (107)		4.67 ± 0.35		
Týd. těh. 1. dot.	oba (119)		36.91 ± 0.22	-2.172	.031
	jeden (107)		37.59 ± 0.22		
CBSEI T1	oba (119)		96.78 ± 2.34	.285	.776
	jeden (107)		95.85 ± 2.26		
PES T1	oba (119)		194.08 ± 2.86	-1.197	.233
	jeden (107)		199.47 ± 3.54		

Tabulka 11.1: Rozdíly mezi ženami, které vyplnily jeden nebo oba dotazníky (metrické proměnné)

podmínky zařazení do výzkumu, ale nevyplnily škály vztahující se k proměnným hlavních hypotéz. Je patrné, že obě skupiny se významně liší pouze v týdnu těhotenství, ve kterém vyplnily první dotazník ($t = -2.178$, $p=0.030$) - ženy, které vyplnily oba dotazníky, byly v průměru v méně pokročilém stadiu těhotenství.

Popis obou skupin a rozdíly mezi nimi co do intervalových a kategoričkových proměnných jsou uvedeny v tabulce 11.2. Ve většině proměnných nelze zamítnout nulovou hypotézu o shodě obou skupin. Významnosti se blíží hodnota χ^2 testu v proměnné “Vztah k těhotenství”, kdy téměř dvakrát více žen, které nevyplnily druhý dotazník, uvedlo, že jejich těhotenství je nečekané ($\chi^2=7.601$, $p=0.055$). Jednoznačně významný je rozdíl mezi oběma skupinami v tom, zda navštěvovaly či chystaly se navštěvovat předporodní kurs: jen necelé dvě pětiny žen, které nevyplnily druhý dotazník, absolvovaly předporodní přípravu, zatímco u žen, které vyplnily oba dotazníky, byl poměr obrácený ($\chi^2=1.191$, $p=0.001$). Zdá se tedy, že pro ženy, které vyplnily oba dotazníky, je charakteristické vědomější úsilí zabývat se porodem a rodičovstvím.

Obě skupiny se také liší tím, jak byly pro účast ve výzkumu získány. Relativně největší úbytek zaznamenala skupina žen, které vyplnily první dotazník v prenatalních poradnách v Motole a v Táboře (v druhé fázi odpovědělo jen 43.2% v případě Motola a 47.6% v případě Tábora). Naopak ze skupiny, která získala prostřednictvím internetových stránek, e-mailu či letáků webový link na dotazník, odpovědělo nejvíce žen (75%).

		Oba dotazníky		celkem	χ^2 (st.v.)	p (χ^2)
		ne	ano			
		n (%)	n (%)	n (%)		
Rod. stav	svobodná	43 (40.2)	54 (45.4)	97 (42.9)	4.314 (3)	.229
	vdaná	55 (51.4)	62 (52.1)	117 (51.8)		
	rozvedená	8 (7.5)	3 (2.5)	11 (4.9)		
	vdova	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.4)		
Part. souž.	ano	99 (92.5)	113 (95)	212 (93.8)	0.575 (1)	.448
	ne	8 (7.5)	6 (5)	14 (6.2)		
Fin. situace	spokojená	57 (53.3)	55 (46.2)	112 (49.6)	2.203 (3)	.531
	vystačí	46 (43)	56 (47.1)	102 (45.1)		
	malé potíže	4 (3.7)	7 (5.9)	11 (4.9)		
	výraz. potíže	0 (0)	1 (0.8)	1 (0.4)		
Vzdělání	ZŠ	5 (4.7)	1 (0.8)	6 (2.7)	3.428 (3)	.330
	SŠ bez mat.	9 (8.4)	10 (8.4)	19 (8.4)		
	SŠ s mat.	40 (37.4)	50 (42)	90 (39.8)		
	VŠ	53 (49.5)	58 (48.7)	111 (49.1)		
Gravidita	poprvé	90 (84.1)	107 (89.9)	197 (87.2)	1.697 (1)	.193
	po potratu	17 (15.9)	12 (10.1)	29 (12.8)		
Těhotenství	plán. spont.	86 (80.4)	100 (84)	186 (82.3)	7.601 (3)	.055
	asist.rep.	4 (3.7)	9 (7.6)	13 (5.8)		
	nečekané	17 (15.9)	8 (6.7)	25 (11.1)		
	nechtěné	0 (0)	2 (1.7)	2 (0.9)		
Rizik. těh.	ano	14 (13.1)	25 (21)	39 (17.3)	2.478 (1)	.115
	ne	93 (86.9)	94 (79)	187 (82.7)		
Předpor. kurs	ano	40 (37.4)	71 (59.7)	111 (49.1)	11.191 (1)	.001
	ne	67 (62.6)	48 (40.3)	115 (50.9)		
Nábor	Facebook	4 (3.7)	6 (5)	10 (4.4)	15.826 (5)	.007
	Weblink	8 (7.5)	24 (20.2)	32 (14.2)		
	Motol	75 (70.1)	57 (47.9)	132 (58.4)		
	Kladno	4 (3.7)	11 (9.2)	15 (6.6)		
	Tábor	11 (10.3)	10 (8.4)	21 (9.3)		
	AC/Vrch.	5 (4.7)	11 (9.2)	16 (7.1)		

Tabulka 11.2: Rozdíly mezi ženami, které vyplnily jeden nebo oba dotazníky (nemetrické proměnné)

	Průměr (min-max)	st.odch.
Věk ženy	29.16 (20-40)	4.04
Věk dítěte (dny)	88.69 (45-183)	33.13
Délka vztahu (roky)	5.31 (0-18)	3.42
Týden těhotenství při vyplnění	36.92 (32-41)	2.42
Délka porodu (celkem) (h)	11.82 (1-96)	11.85
Délka porodu (nem./PA) (h)	16.97 (0-168)	30.67
Porod vůči PTP (dny)	-0.56 (-23-14)	8.65
Délka separace od dítěte (h)	13.38 (0-154)	25.51
Pobyt v nem. po porodu (dny)	5.14 (0-50)	4.76

Tabulka 11.3: Charakteristiky výzkumného souboru (metrické proměnné)

11.4.1 Popis finálního výzkumného vzorku

Sociodemografické proměnné

Finální vzorek tvoří skupina 118 žen, které kompletně vyplnily oba dotazníky. Jak je vidět z tab. 11.3, mezi účastnicemi mírně převládaly vdané ženy; šest účastnic uvedlo před porodem, že nežijí s otcem dítěte; většina z nich byla se svou finanční situací spokojená anebo uvedla, že by to mohlo být lepší, ale vystačí; téměř polovina žen měla vysokoškolské vzdělání a tři pětiny účastnic navštěvovaly nebo se chystaly navštěvovat kurs předporodní přípravy. Průměrný věk žen ve vzorku byl 29,16 roku a délka vztahu se stávajícím partnerem byla průměrně 5,31 let.

Porodnické proměnné

Abychom prověřili, že výzkumný soubor odpovídá svou porodní zkušeností obvyklému průběhu porodu v České Republice, a mohli tak zobecnit výstupy z výzkumných proměnných týkajících se porodu, sledovali jsme charakteristiky týkající se průběhu a okolnostem těhotenství, porodu a poporodního období. Zajímala nás i četnost různých porodnických komplikací a intervencí.

Ženy byly v době vyplňování prvního dotazníku v průměru ve 36.–37. týdnu těhotenství (viz i tab. 11.3 a 11.4). V převážné většině případů se jednalo o těhotenství plánované a spontánní, pouze osm žen uvedlo, že je těhotenství zaskočilo, osm žen otěhotnělo po léčbě neplodnosti a dvě ženy uvedly, že jejich těhotenství bylo nechtěné. Dvacet čtyři žen uvedlo, že je jejich těhotenství rizikové (této skupině se věnujeme dále). Všechny ženy navštěvovaly v těhotenství prenatální poradnu gynekolo-

Osobní a anamnestické proměnné (n=118)		Počet (%)
Rodinný stav	svobodná	54 (45.8)
	vdaná	61 (51.7)
	rozvedená	3 (2.5)
Žije ve stejné domácnosti s partnerem	ano	112 (94.9)
	ne	6 (5.1)
Hodnocení finanční situace	spokojená	54 (45.8)
	vystačí	56 (47.5)
	malé potíže	7 (5.9)
	výrazné potíže	1 (0.8)
Nejvyšší dokončené vzdělání	ZŠ	1 (0.8)
	SŠ bez maturity	10 (8.5)
	SŠ s maturitou	49 (41.5)
	VŠ a vyšší	58 (49.2)
Jedná se o první těhotenství?	první těhotenství	106 (89.8)
	těhotenství po potratu	12 (10.2)
Jak došlo k otěhotnění?	plánované spontánní	100 (84.7)
	z asistované reprodukce	8 (6.8)
	nečekané	8 (6.8)
	nechtěné	2 (1.7)
Jedná se nyní o rizikové těhotenství?	ano	24 (20.3)
	ne	94 (79.7)
Navštěvovala žena předporodní kurs?	ano	71 (60.2)
	ne	47 (39.8)

Tabulka 11.4: Osobní a anamnestické charakteristiky výzkumného souboru

ga či porodní asistentky. V době vyplnění druhého dotazníku uplynuly od porodu v průměru necelé tři měsíce.

Porod proběhl v naprosté většině případů v porodnici; pět žen se rozhodlo pro domácí porod. Vzhledem k četnosti domácích porodů (cca 0,4%) se jedná o poměrně vysoké zastoupení ve vzorku. Ženy porodily nakonec celkem ve 27 různých porodnicích. Nejvíce žen (48) dle očekávání rodilo ve FN Motol, kde probíhal nejintenzivnější sběr dat; další větší skupiny tvořily ženy, které porodily v Kladně (11) a v Táboře (10).

U všech žen proběhl porod mezi 23. dnem před termínem a 14. dnem po termínu; až na 2 ženy porodily tedy všechny ženy v 38.–42. týdnu těhotenství, což je normální délka těhotenství. Průměrná odchylka od termínu porodu byla $-0,56$ dne. Ve 38 případech byl porod vyvoláván, u 33 žen začal odtokem plodové vody a u 47 žen začal pravidelnými děložními kontrakcemi. Průměrná délka trvání porodu (od počátku pravidelných kontrakcí) byla necelých 12 hodin; nejkratší porod (1 hod) uvedly zpravidla ženy, které rodily císařským řezem ($n=9$). Jen u jedné ženy se jednalo o překotný vyvolávaný porod. Relativně dlouhá průměrná doba mezi přijetím do porodnice a narozením dítěte naznačuje, že řada žen byla před porodem přijata k hospitalizaci, buď z důvodu sledování dítěte nebo přímo kvůli vyvolání porodu (viz 11.3). Podíl žen, u nichž byl porod vyvoláván, je ve vzorku vyšší, než uvádí ÚZIS za rok 2010 pro všechny rodičky (*Rodička a novorozenec 2010*, 2011).

Úplné srovnání ostatních porodnických zákroků a komplikací při porodu s údaji ÚZIS není možné, protože ÚZIS nerozlišuje prvorodičky a vícerozičky a např. podání oxytocinu, na které se žen ptáme, spadá pro ÚZIS do širší kategorie uterotonik. Při pohledu do publikace *Rodička a novorozenec 2010* ale můžeme zjistit, že rok před realizací výzkumu bylo v ČR provedeno při porodu 35,6% nástřihů, 24,1% porodů proběhlo císařským řezem, 1,7% bylo ukončeno kleštěmi či vakuumextrakcí (jednalo se tedy o instrumentální vaginální porod) a 5,5% dětí bylo před porodem v poloze koncem pánevním (*Rodička a novorozenec 2010*, 2011). Protože poslední údaj (“Plod v poloze koncem pánevním či poloze příčné”) zaškrtno v dotazníku mnohem více žen (11,9%), lze se domnívat, že ženy považovaly za příčnou polohu i některé atypické naléhání dítěte. Císařský řez, instrumentální vaginální porod a nástřih jsou však zákroky, které lze jen obtížně zaměnit. V našem souboru byl

Průběh porodu (n=118)		Počet (%)
Jak porod začal?	kontrakce	47 (39.8)
	praskla voda	33 (28)
	vyvolaný porod	38 (32.2)
Kde se miminko narodilo?	v porodnici	113 (95.8)
	doma	5 (4.2)
Žádné komplikace ani zákroky	ne	104 (88.1)
	ano	14 (11.9)
Předčasný porod	ne	116 (98.3)
	ano	2 (1.7)
Vysoký krevní tlak	ne	112 (94.9)
	ano	6 (5.1)
Infekční onemocnění (herpes, streptokok...)	ne	109 (92.4)
	ano	9 (7.6)
Silné krvácení při porodu či po něm	ne	110 (93.2)
	ano	8 (6.8)
Plod v poloze koncem pánevním či příčné	ne	104 (88.1)
	ano	14 (11.9)
Nepostupující porod	ne	103 (87.3)
	ano	15 (12.7)
Distres plodu	ne	98 (83.1)
	ano	20 (16.9)
Infuze pro urychlení porodu	ne	83 (70.3)
	ano	35 (29.7)
Jiná infuze	ne	117 (99.2)
	ano	1 (0.8)
Epidurální anestezie	ne	92 (78)
	ano	26 (22)
Jiná forma farmakologické anestezie	ne	106 (89.8)
	ano	12 (10.2)
Amniotomie	ne	100 (84.7)
	ano	18 (15.3)
Nástřih	ne	50 (42.4)
	ano	68 (57.6)
Klešťový porod nebo porod vakuumextrakcí	ne	114 (96.6)
	ano	4 (3.4)
Porod císařským řezem	ne	96 (81.4)
	ano	22 (18.6)
Šití porodního poranění	ne	39 (33.1)
	ano	79 (66.9)
Doprovod ženy přítomen po celou dobu porodu	ano	81 (68.6)
	ne	37 (31.4)

Tabulka 11.5: Porodnické proměnné výzkumného souboru

výskyt císařského řezu o něco nižší (18,6%), instrumentálního vaginálního porodu o něco vyšší (3,4%) a nástřihu významně vyšší (57,6%). To lze pravděpodobně zčásti vysvětlit tím, že se jednalo o prvorodičky s nízkým rizikem, kde je pravděpodobnost císařského řezu nižší (provádí se častěji u vícerodíček nejen z důvodu akutní indikace, ale i kvůli císařskému řezu v anamnéze). Zdravotní statistiky ze zemí, které výskyt nástřihu evidují u těchto skupin zvláště, také ukazují, že u prvorodiček je také obecně vyšší pravděpodobnost nástřihu (Graham et al., 2005).

Většina žen si vzala k porodu do porodnice (či přizvala k domácímu porodu) doprovod: 97 žen doprovázel partner, tři ženy doprovázela přítelkyně, pět žen jejich matka, jednu ženu jiná příbuzná; šest žen využilo služeb dudy a devět žen služeb soukromé porodní asistentky (pět ji přizvalo k porodu doma, čtyři v nemocnici). Některé ženy doprovázelo dokonce několik osob. Ženy oporu svého doprovodu hodnotily až na výjimky jako výbornou či dobrou. Většina žen (81) také uvedla, že doprovod mohl zůstat s nimi po celou dobu porodu. Ve 20 případech si ženy přivedly doprovod, ale z neuvedených důvodů byla jeho přítomnost u porodu omezena; v 17 případech rodila žena bez doprovodu blízké osoby.

Ženy v našem souboru měly po porodu kontakt s dítětem častěji omezený či přerušovaný (viz tab. 11.6). Po porodu bylo dítě nejčastěji (39,8%) umístěno na část prvního dne nebo na první noc na novorozenecké oddělení, a až poté trávilo zbytek pobytu v nemocnici s matkou. Sledovali jsme i úspěšnost kojení: zatímco plné kojení se v porodnici podařilo rozběhnout 60,2% žen, v době vyplnění druhého dotazníku plně kojily více než 3/4 matek. Kontakt matky a dítěte po porodu se bohužel ve statistikách nesleduje; údaje o úspěšnosti kojení jsou výrazně nižší než údaje Laktační ligy pro rok 2010 (85,37%). Není jasné, zda je to dáno tím, že v našem vzorku šlo o prvorodičky.

Lze shrnout, že náš vzorek svými charakteristikami týkajícími se průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí odpovídá populaci prvorodiček v České republice.

11.4.2 Rizikové těhotenství ve skupině

Protože jsme chtěli co nejvíce omezit vliv před- či poporodních komplikací na události během či po porodu, a tím i na změny rodičovské

Poporodní proměnné (n=118)		Počet (%)
Dítě poprvé v náručí matky	bezprostředně po porodu	45 (38.1)
	po méně než 15 minutách	42 (35.6)
	po méně než 2 hodinách	11 (9.3)
	po 2 hodinách nebo později	20 (16.9)
Délka prvního neruš. kontaktu	méně než 5 minut	46 (39)
	5-30 minut	35 (29.7)
	30-90 minut	20 (16.9)
	více než 90 minut	17 (14.4)
Místo popor. vyšetření dítěte	na těle matky	8 (6.8)
	v místnosti, kde žena ležela, oční kontakt	18 (15.3)
	ve stejné místnosti, bez očního kontaktu	32 (27.1)
	jinde	60 (50.8)
Rooming-in	matka a dítě stále spolu	44 (37.3)
	první den/noc dítě na novoroz. odd.	47 (39.8)
	dítě většinou na nov. odd.	16 (13.6)
	dítě téměř stále na nov.	11 (9.3)
Zdrav. stav matky po por.	bez zdravotních komplikací	89 (75.4)
	mírné zdravotní komplikace	29 (24.6)
Zdrav. stav dítěte po nar.	bez zdravotních komplikací	81 (68.6)
	mírné zdravotní komplikace	33 (28)
	vážné zdravotní komplikace	4 (3.4)
Kojení v porodnici	výlučně kojení	71 (60.2)
	příkrm	43 (36.4)
	kojení se nepodařilo zahájit	4 (3.4)
Kojení v T2	plně kojí	89 (75.4)
	dítě příkrmováno	11 (9.3)
	pouze náhradní kojenecká výživa	18 (15.3)
Zdrav. stav matky v T2	bez zdravotních komplikací	110 (93.2)
	mírné zdravotní komplikace	7 (5.9)
	vážné zdravotní komplikace	1 (0.8)
Zdrav. stav dítěte v T2	bez zdravotních komplikací	114 (96.6)
	mírné zdravotní komplikace	2 (1.7)
	vážné zdravotní komplikace	2 (1.7)

Tabulka 11.6: Poporodní charakteristiky výzkumného souboru

self-efficacy, účastnice byly primárně získávány ve skupině nerizikových těhotných (v prenatálních poradnách pro fyziologické těhotné, v poradnách porodních asistentek aj.). Přesto se při analýze dat ukázalo, že 24, tedy zhruba pětina (20,3%) účastnic uvedla, že v současnosti je jejich těhotenství rizikové. Z toho 20 (83,3%) uvedlo, že jim byla předepsána nemocenská dovolená, 11 žen (45,8%) uvedlo, že jim byl nařízen klidový režim, a 6 žen (25%) uvedlo, že byly v průběhu těhotenství hospitalizovány. Čtyři ženy zaškrtnuly všechny tři možnosti zároveň; dvě ženy uvedly nemocenskou dovolenou i hospitalizaci a čtyři ženy uvedly zároveň nemocenskou dovolenou a klidový režim.

Byla proto provedena analýza toho, zda se ženy, jejichž těhotenství bylo rizikové, významně liší v parametrech sledovaných ve výzkumných otázkách od ostatních žen. Porovnali jsme proto délku pobytu na oddělení šestinedělí ($t=1.4$, $p=0.165$), celkovou bolest při porodu ($t=-0.492$, $p=0.627$), maximální bolest při porodu ($t=-0.057$, $p=0.955$), obtížnou uklidnitelnost dítěte ($t=-0.455$, $p=0.650$), porodní self-efficacy po porodu ($t=0.228$, $p=0.820$), rodičovskou self-efficacy po porodu ($t=1.464$, $p=0.146$) a DELTA T1-T2 u rodičovské self-efficacy ($t=-0.229$, $p=0.820$). Také jsme sledovali, zda v této skupině probíhal porod a šestinedělí odlišně. Srovnali jsme druh začátku porodu (četnost vyvolávaného porodu u této skupiny byla téměř dvojnásobná, 50% vůči 27,7%; $\chi^2=4,731$, st.v.=2, $p=0,112$), četnost císařského řezu ($\chi^2=0,758$, st.v.=1, $p=0,758$), četnost instrumentálního vaginálního porodu ($\chi^2=0,056$, st.v.=1, $p=0,814$), četnost předčasného porodu ($\chi^2=1,105$, st.v.=1, $p=0,293$), zdravotní stav matky po porodu ($\chi^2=2,715$, st.v.=1, $p=0,099$), zdravotní stav dítěte po porodu ($\chi^2=3,510$, st.v.=2, $p=0,173$), zdravotní stav matky v době vyplňování dotazníku ($\chi^2=0,556$, st.v.=2, $p=0,757$) a zdravotní stav dítěte v době vyplňování dotazníku ($\chi^2=1,057$, st.v.=2, $p=0,589$). Protože v žádném případě nedosáhly rozdílů hladiny významnosti $\alpha = 0,05$, rozhodli jsme se zachovat ženy, jejichž těhotenství bylo rizikové, ve výzkumném souboru.

12. Výsledky analýzy dat

V této kapitole uvádíme dílčí výsledky analýzy dat. Nejprve jsme prověřili reliabilitu použitých metod a provedli základní deskriptivní analýzu proměnných. Poté jsme přistoupili k ověřování výzkumných hypotéz pomocí mnohonásobné lineární regrese (MLR). Nejprve jsme přezkoumali předpoklady pro provedení MLR, provedli jsme krokovou (stepwise) regresi a následně prověřili přijatelnost modelu.

12.1 Psychometrické vlastnosti použitých nástrojů

Abychom potvrdili reliabilitu použitých metod, u více položkových metod jsme stanovili vnitřní konzistenci (Cronbachova α). Výsledky jsou uvedeny v tab. 12.1. U všech metod je úroveň Cronbachovy α velmi dobrá s výjimkou čtyřpoložkové škály na zjištění sociální opory před narozením dítěte, kde je ale vzhledem k počtu položek a explorativnímu charakteru metody stále ještě přijatelná (Hair et al., 2006)).

U dotazníku SCIB jsme navíc provedli pro každou dimenzi korelaci položek s celkovými skóry, abychom potvrdili, že struktura české verze v tomto výzkumu odpovídá vnitřní struktuře původního dotazníku.

Přehled položek a jejich korelací s dimenzemi dotazníku je uveden v Příloze 2, tab. 17.1.

Reliabilita použitých metod je tedy dobrá a pro explorativní výzkum dostačující.

12.2 Deskriptivní analýza sledovaných proměnných

Provedli jsme deskriptivní analýzu sledovaných proměnných s cílem zjistit, jaké je rozložení sledovaných proměnných v daném výzkumném vzorku.

Dotazník (počet položek)	Cronbachova α
Soc. opora před porodem (4)	.617
Soc. opora po porodu (16)	.783
Soc. opora odd. šestinedělí (10)	.916
CBSEI T1 (16)	.926
CBSEI T2 (16)	.934
PES T1 (25)	.957
PES T2 (25)	.965
SCIB - opora (12)	.906
SCIB - vnějš.kontrola (11)	.856
SCIB - vnitř.kontrola (10)	.872
Spokojenost s porodem (3)	.829
Bolest při porodu (2)	.897

Tabulka 12.1: Cronbachova α použitých metod

Charakteristiky hlavních proměnných jsou uvedeny v tab. 17.2 v příloze 2. Distribuce proměnných je ukázána i na tzv. krabičkových diagramech (boxplotech) (obr. 17.1, 17.2, 17.3, 17.4, 17.5 a 17.6 v příloze 2).

Zjistili jsme, že převážná většina proměnných má rozložení neodpovídající přesně normální distribuci, což je však z hlediska zkoumané oblasti pochopitelné. Pro výzkumný soubor byla přitom charakteristická tato hodnocení:

- pozitivní hodnocení (vysoké hodnoty) spokojenosti s porodem (celkově, se sebou i se zdravotníky), což se projevilo i na celkovém skóru spokojenosti;
- hodnocení celkové i maximální bolesti při porodu jako velmi silné, což se projevilo i na celkovém skóru bolesti při porodu;
- hodnocení dítěte jako relativně klidného i snadno utišitelného;
- hodnocení rodičovské self-efficacy před porodem i po porodu jako spíše vysoké;
- hodnocení opory dostupné ze sociální sítě před porodem (a od partnera a rodičů i po porodu) jako velmi dobré;
- hodnocení emoční i informační sociální opory na oddělení šestinedělí jako velmi dobré.

Tyto výstupy odpovídají charakteristikám samotného fyziologického porodního procesu a obecné tendenci žen hodnotit porodní zážitek příznivě (van Teijlingen et al., 2003). Odráží se v nich ale i výběr (resp.

samovýběr) účastnic výzkumu - ve výzkumném vzorku jsou ještě více než v normální populaci zastoupeny ženy z uspokojivých sociálních poměrů, pravděpodobně s dobrým rodinným i partnerským zázemím a předpoklady pro funkční rodičovské chování.

Kontrola závislé proměnné změna rodičovské self-efficacy

Vzhledem k dvoufázovému charakteru výzkumu jsme také provedli párový t-test obou proměnných rodičovské self-efficacy (PES T1 a PES T2), ze kterých je vypočítána závislá proměnná, změna rodičovské self-efficacy (PES T2-T1). Ukázalo se, že rozdíl mezi naměřenými hodnotami PES T1 a PES T2 je statisticky významný ($t=6,880$; $p<0,001$, 95% interval spolehlivosti = $\{10,579; 19,132\}$). To dále potvrzuje, že je smysluplné použít změnu rodičovské self-efficacy (PES T2-T1) jako závislou proměnnou pro další analýzu.

12.3 Mnohonásobná lineární regrese: Spokojenost s porodem

S cílem ověřit hypotézu H1¹ a ve shodě s jejími teoretickými východisky jsme se rozhodli provést mnohonásobnou lineární regresi (MLR) s několika nezávislými proměnnými a jednou závislou proměnnou. Jako závislou proměnnou jsme se rozhodli použít sumu všech tří škál měřících spokojenost s porodem (celkově, se sebou a se zdravotníky), abychom zlepšili předpoklady pro provedení MLR (Hair et al., 2006).

Závislá proměnná: celková spokojenost s porodem

Nezávislé proměnné:

- očekávání ženy operacionalizované jako porodní self-efficacy v těhotenství (CBSEI T1)
- účast na předporodní přípravě
- suma obou škál měřících bolest v průběhu porodu (celková a maximální)
- všechny tři dimenze dotazníku SCIB (SCIB opora, SCIB vnější kontrola, SCIB vnitřní kontrola)
- operativní porod (císařský řez, porod kleštěmi či vakuumextrakcí)

¹Spokojenost s porodním prožitkem je predikována primárně jeho sociálně-psychologickými determinantami, jako opora ze strany zdravotníků a kontrola.

- nepostupující porod
- distres plodu
- epidurální anestezie

Výběr nezávislých proměnných vycházel z dosavadních zjištění o determinantách spokojenosti s porodem, jak jsou uvedeny v kapitole 7.2 teoretické části této práce (předporodní příprava, očekávání, sociální kontext porodu, bolest, operativní porod). Protože jsme nesledovali, zda byl porod císařským řezem plánován či zda byl akutní, zařadili jsme i kontrolní proměnnou nepostupující porod a distres plodu. Kromě toho jsme zařadili i epidurální anestezii, abychom kontrolovali její vliv v rámci tohoto vzorku. Pro ověření obou hypotéz jsme provedli multivariační lineární regrese.

12.3.1 Vstupní kontrola předpokladů MLR

Byly ověřeny předpoklady pro provedení MLR. Ve vztahu závislé a nezávislých proměnných jsme sledovali linearitu a homoskedasticitu. U všech metrických proměnných zařazených do MLR jsme ověřili normalitu rozdělení.

Linearita

Provedli jsme analýzu bivariačních scatterplotů závislé vs. nezávislých metrických proměnných a ověřovali, zda jsou vztahy mezi proměnnými lineární. Předpoklad linearity byl narušen pouze u proměnné bolest při porodu. Mezi ostatními zvolenými nezávislými proměnnými a závislou proměnnou existuje lineární vztah.

Homoskedasticita

Další analýza bivariačních scatterplotů závislé vs. nezávislých metrických proměnných sledovala homoskedasticitu proměnných. Ukázalo se, že heteroskedasticitu vykazuje opět pouze bolest při porodu, u ostatních proměnných byl předpoklad homoskedasticity dodržen.

Pro metrické nezávislé proměnné jsme provedli Leveneův test homoskedasticity. Výsledky jsou uvedeny v tab. 12.2. Předpoklad homoskedasticity narušuje proměnná předporodní příprava.

Normalita

	Leveneův test	
	W	p
Operativní porod	1.544	0.216
Předporodní příprava	5.89	0.017
Epidurální anestezie	0.085	0.771

Tabulka 12.2: Leveneův test homoskedasticity proměnných zařazených do MLR (spokojenost s porodem)

	Shapiro-Wilkův test	
	hodnota	p
Spokojenost při porodu SUM (0-30)	.885	.000
Bolest při porodu SUM (0-20)	.878	.000
CBSEI T1 (16-160)	.992	.698
SCIB opora (12-60)	.959	.001
SCIB vnější kontrola (11-55)	.978	.047
SCIB vnitřní kontrola (10-50)	.965	.004

Tabulka 12.3: Shapiro-Wilkův test normality proměnných zařazených do MLR (spokojenost s porodem)

Provedli jsme Shapiro-Wilkův test pro ověření, zda mají proměnné zařazené do mnohonásobné lineární regrese normální rozložení. Výsledky jsou uvedeny v tab. 12.3. U většiny proměnných byl výsledek tohoto testu statisticky významný, tyto proměnné tedy nemají zcela normální rozložení.

Závěr

Až na bolest a předporodní přípravu splňují všechny proměnné předpoklad linearit a homoskedasticity. Vliv těchto proměnných v regresním modelu budeme tedy sledovat a interpretovat s opatrností. Předpoklad normálního rozložení byl u některých proměnných také narušen. Vzhledem k dostatečné velikosti vzorku a relativně malé citlivosti mnohonásobné lineární regrese na narušení normality to však není překážkou pro provedení mnohonásobné lineární regrese. Pro ověření dopadů narušení normality však budeme sledovat vliv případných odlehlých hodnot na regresní model a další charakteristiky modelu.

12.3.2 Výsledky MLR

Byla zvolena metoda postupného vkládání proměnných (“stepwise”).

Proměnná	2	3	4
1. Spokojenost s por.	.639	.584	-.249
2. SCIB opora	–	.319	-.059
3. SCIB vnit. kont.		–	-.090
4. Nepostup. porod			–

Pozn.: Tučně zvýrazněné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu jsou statisticky významné ($p < .05$).

Tabulka 12.4: Přehled korelací prediktorů s nezávislou proměnnou spokojenost s porodem

Model	b	$SE(b)$	β	t	$p(t)$	r^2	sr^2	SK
Konstanta	-1.589	2.068		-.769	.444			
SCIB opora	.311	.039	.497	7.967	.000	.639	.222	.823
SCIB vnit. kont.	.339	.052	.409	6.539	.000	.584	.149	.753
Nepostup. porod	-3.821	1.241	-.183	-3.079	.003	-.249	.033	-.321

Pozn.: Nezávislou proměnnou je spokojenost s porodem. $R^2=.602$, uprav. $R^2=.591$. $SE(b)$ je standardní chyba b . sr^2 je kvadrát semiparciální korelace. SK je strukturní koeficient.

Tabulka 12.5: Výsledky regresní analýzy pro nezávislou proměnnou spokojenost s porodem

Korelace všech nezávislých i závislé proměnné jsou uvedeny v Příloze 2, v tab. 17.3. Predikční model obsahuje tři z deseti prediktorů a byl dosažen ve třech krocích. Byly vyloučeny proměnné vnější kontrola (SCIB), CBSEI 1, předporodní příprava, celková bolest při porodu, operativní porod, distres plodu a epidurální anestezie. Vzájemné korelace prediktorů a závislé proměnné jsou uvedeny v tab. 12.4. Model byl statisticky významný, $F(3,114)=57,46$, $p<0,001$, a vysvětlil zhruba 59% celkového rozptylu spokojenosti s porodem ($R^2 = 0,602$, upravené $R^2=0,591$).

Spokojenost s porodem je v tomto modelu predikována oporou ze strany zdravotníků, vnitřní kontrolou při porodu a tím, že žena nezažila nepostupující porod. Hrubé a standardizované regresní koeficienty prediktorů spolu s jejich korelacemi se spokojeností s porodem, kvadráty semiparciálních koeficientů a strukturními koeficienty jsou uvedeny v tab. 12.5. Rozdílná byla velikost jedinečného rozptylu vysvětleného každou z proměnných, jak ji reprezentují kvadráty semiparciálních korelací: zatímco opora ze strany zdravotníků vysvětluje asi 22% rozptylu, vnitřní kontrola při porodu necelých 15% a nepostupující porod asi jen 3%. Inspekce se zohledněním strukturních koeficientů ukazuje, že zatímco opora ze strany zdravotníků a vnitřní kontrola při porodu jsou silnými indikátory spokojenosti s porodem, nepostupující porod je spíše

Model	b	$SE(b)$	β	t	$p(t)$	r^2	sr^2	SK
Konstanta	15.583	3.626		4.298	.000			
SCIB vnějš. kont.	.279	.056	.398	4.972	.000	.475	.145	.800
Porod. bolest	-.333	.120	-.225	-2.770	.007	-.207	.045	-.348
Distres plodu	-.868	1.502	-.047	-.578	.565	-.168	.002	-.284
Epidurál	-1.708	1.419	-.102	-1.203	.231	-.236	.009	-.397
Operativ. por.	-3.915	1.451	-.233	-2.698	.008	-.295	.043	-.496
Předpor. kurs	-.418	1.171	-.029	-.357	.722	.020	.001	.034
CBSEI T1	.037	.022	.137	1.697	.093	.128	.017	.216

Pozn.: Nezávislou proměnnou je změna rodičovské self-efficacy. $R^2=.353$, uprav. $R^2=.312$. $SE(b)$ je standardní chyba b . sr^2 je kvadrát semiparciální korelace. SK je strukturní koeficient.

Tabulka 12.6: MLR pro nezávislou proměnnou spokojenost s porodem - proměnné nezařazené do výsledného modelu

mírným indikátorem nespokojenosti s porodem (Nathans et al., 2012).

Analýza prediktorů ukazuje mírnou, ale významnou korelaci obou dimenzí SCIB, tedy opory ze strany zdravotníků i vnitřní kontroly. Přesto indikátory multikolinearity potvrzují, že prediktory se vzájemně nijak výrazně neovlivňují (nejnižší hodnota tolerance v modelu je 0,893 pro vnitřní kontrolu ($VIF = 1,120$)).

Následně byla provedena diagnostika předpokladů MLR:

- histogram standardizovaných reziduí (Graf 1, viz 17.4 v Příloze 2) ukazuje mírné odchylky od normality;
- graf normální pravděpodobnosti (Graf 2) sleduje diagonálu s odchylkami kolem střední části přímky, které potvrzují horší normalitu rozložení některých prediktorů;
- graf standardizovaných predikovaných hodnot a standardizovaných reziduí (Graf 3) nevykazuje žádný jasný vzorec, je tím splněn předpoklad mnohonásobné normality rozložení;
- odlehlé hodnoty - vzorek je dostatečně velký, aby byla analýza proti odlehlým hodnotám necitlivá; ani jedno reziduuum nepřekračuje 3SD;
- inspekce parciálních regresních grafů (Grafy 4–6) ukazuje normální tvar rozptýlení proměnných bez náznaků nonlinearity (zahnutý tvar rozptýlení) nebo heteroskedasticity (trojúhelníkovitý tvar rozptýlení) (Hair et al., 2006).

Regresní model lze tedy akceptovat.

Pro kontrolu toho, zda při krokové regresi nebyly vyřazeny některé významné prediktory závislé proměnné, jsme vložili vyloučené proměnné zpět do MLR metodou Enter (využití všech proměnných v regresi). Tak jsme zjistili, že i jiné proměnné jsou významnými prediktory spokojenosti s porodem (viz tab. 12.6). Je to především vnější kontrola při porodu (SCIB), která vysvětluje až 14,5% celkového rozptylu závislé proměnné (viz kvadráty semiparciálních korelací). Bolest při porodu a operativní porod vysvětlují každá cca 4,5% rozptylu. Ostatní proměnné mají jen malý informační přínos pro predikci spokojenosti s porodem. Ačkoli byl tento alternativní model statisticky významný, $F(7, 110)=8,581$, $p<0,001$, vysvětlil pouze cca 31% celkového rozptylu spokojenosti s porodem ($R^2 = 0,353$, upravené $R^2=0,312$), tedy asi polovinu rozptylu původního modelu získaného krokovou regresi.

To lze vysvětlit významnými korelacemi opory při porodu s vnější kontrolou, vnitřní kontroly s bolestí (negativní) a nepostupujícího porodu s operativním. Rozptyl vysvětlený významnými prediktory v druhém modelu tedy s velkou pravděpodobností do velké míry vysvětlují i prediktory v prvním modelu. V diskusi se zaměříme na jednotlivé vzájemně korelující dvojice těchto proměnných, které pravděpodobně reprezentují určité skryté dimenze spokojenosti s porodem.

Provedli jsme také kontrolní MLR s vložením sociodemografických proměnných (vzdělání, soužití s partnerem, socioekonomický statut, věk) do výsledného modelu. Žádná z proměnných nedosáhla však požadované hladiny významnosti (0,05).

12.4 Mnohonásobná lineární regrese: Změna rodičovské self-efficacy a rodičovská self-efficacy po porodu

Pro ověření hypotézy H2² a ve shodě s teorií vývoje rodičovské self-efficacy jsme připravili mnohonásobnou lineární regresi (MLR). Testovali jsme zároveň dvě závislé proměnné s využitím totožných nezávis-

²Poporodní rodičovská self-efficacy je kromě již známých determinant, jako temperament dítěte a sociální opora po porodu, predikována i sociálně-psychologickými determinantami porodního zážitku.

lých proměnných - zajímaly nás jednak prediktory změny rodičovské self-efficacy, ale i prediktory rodičovské self-efficacy po porodu. Díky efektu stropu u obou měření rodičovské self-efficacy byla totiž změna rodičovské self-efficacy přesněji vyjádřena především u žen s nižší výchozí rodičovskou self-efficacy, zatímco poporodní rodičovská self-efficacy postihuje celý soubor.

Výhodou změny rodičovské self-efficacy (PES T2-T1) je, že se jedná o proměnnou s normálním rozložením, zatímco rodičovská self-efficacy po porodu (PES T2) sama o sobě má výrazně špičaté a šikmé rozložení dané tím, že většina žen udávala poměrně vysokou sebedůvěru v péči o dítě. Protože model s původní proměnnou i testy homoskedasticity ukázaly na výraznou heteroskedasticitu, byla proměnná transformována (třetí mocnina). Tím bylo dosaženo zvýšení hodnoty Shapiro-Wilkova testu i odstranění heteroskedasticity ve vztahu s nezávislými proměnnými (viz dále).

Závislá proměnná: změna rodičovské self-efficacy mezi oběma měřeními (PES T2-T1), resp. rodičovská self-efficacy po porodu (PES T2)

Nezávislé proměnné:

- rodičovská self-efficacy před porodem (PES T1)
- všechny tři dimenze dotazníku SCIB (SCIB opora, SCIB vnější a SCIB vnitřní kontrola)
- spokojenost s porodem (suma tří položek)
- sociální opora po porodu
- sociální opora před porodem
- celková opora na oddělení šestinedělí
- obě položky sledující temperament dítěte: “dítě se dá obtížně uklidnit”, “dítě se snadno rozpláče”

Výběr nezávislých proměnných určovaly tyto požadavky:

- ověřit naši hypotézu, že růst rodičovské self-efficacy (resp. rodičovskou self-efficacy po porodu) predikují psychosociální faktory porodního zážitku, a zároveň kontrolovat proměnné, které dle stávajících zjištění poporodní rodičovskou self-efficacy ovlivňují;

- zachovat určitý maximální počet proměnných zařazených do regresní analýzy (10 proměnných na 118 pozorování zaručuje poměr téměř 1:12; jako optimální je udáván poměr 1:15) (Hair et al., 2006).

12.4.1 Vstupní kontrola předpokladů MLR

Byly ověřeny předpoklady pro provedení MLR. Ve vztahu závislé a nezávislých proměnných jsme sledovali linearitu a homoskedasticitu. U všech metrických proměnných zařazených do MLR jsme ověřili normalitu rozdělení.

Linearita

Provedli jsme analýzu bivariačních scatterplotů závislé vs. nezávislých metrických proměnných a ověřovali, zda jsou vztahy mezi proměnnými lineární. Mezi všemi zvolenými nezávislými proměnnými a závislými proměnnými byl potvrzen lineární vztah.

Homoskedasticita

Další analýza bivariačních scatterplotů závislých vs. nezávislých metrických proměnných sledovala homoskedasticitu proměnných. U všech proměnných byl předpoklad homoskedasticity dodržen.

Normalita

Provedli jsme Shapiro-Wilkův test pro ověření, zda mají proměnné zařazené do mnohonásobné lineární regrese normální rozložení. Výsledky jsou uvedeny v tab. 12.7. U většiny proměnných byl výsledek tohoto testu statisticky významný, tyto proměnné tedy nemají zcela normální rozložení, nicméně jde o odchylku v očekávaném směru.

Závěr

Všechny proměnné splňují předpoklad linearity a homoskedasticity. Předpoklad normálního rozložení byl u některých proměnných narušen. Vzhledem k dostatečné velikosti vzorku a relativně malé citlivosti mnohonásobné lineární regrese na narušení normality to však není překážkou pro provedení mnohonásobné lineární regrese. Pro ověření dopadů narušení normality však budeme sledovat vliv případných odlehklých hodnot na regresní model a další charakteristiky modelu.

	Shapiro-Wilkův test	
	hodnota	p
PES T2-T1	.990	.570
PES T1 (25-250)	.972	.015
PES T2 (25-250)	.930	.000
TransPES T2	.977	.042
Dítě se snadno rozruší (0-10)	.865	.000
Dítě se dá obtížně uklidnit (0-10)	.849	.000
Sociální opora před porodem (4-20)	.847	.000
Sociální opora po porodu celkem (16-80)	.985	.219
Spokojenost při porodu SUM (0-30)	.885	.000
SCIB opora (12-60)	.959	.001
SCIB vnější kontrola (11-55)	.978	.047
SCIB vnitřní kontrola (10-50)	.965	.004
Opora šestinedělí celkem (10-50)	.921	.000

Tabulka 12.7: Shapiro-Wilkův test normality proměnných zařazených do MLR (změna rodič. self-efficacy)

Proměnná	2	3	4
1. PES T2-T1	-.477	-.319	.195
2. PES T1	–	-.129	.254
3. Dítě se dá obtížně uklidnit		–	-.267
4. SCIB opora			–

Pozn.: Tučně zvýrazněné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu jsou statisticky významné ($p < .05$).

Tabulka 12.8: Přehled korelací prediktorů s nezávislou proměnnou změna rodičovské self-efficacy

12.4.2 Výsledky MLR: změna rodičovské self-efficacy

Byla zvolena metoda postupného vkládání proměnných (“stepwise”). Korelace všech nezávislých i závislé proměnné jsou uvedeny v Příloze 2, v tab. 17.5. Predikční model obsahuje tři z deseti prediktorů a byl dosažen ve třech krocích. Byly vyloučeny proměnné vnější kontrola (SCIB), vnitřní kontrola (SCIB), spokojenost s porodem, celková opora na oddělení šestinedělí, snadná rozrušitelnost dítěte, sociální opora před porodem a sociální opora po porodu. Vzájemné korelace prediktorů a závislé proměnné jsou uvedeny v tab. 12.8. Model byl statisticky významný, $F(3,114)=29,01$, $p<0,001$, a vysvětlil zhruba 42% celkového rozptylu změny rodičovské self-efficacy ($R^2 = 0,433$, upravené

	Model	<i>b</i>	<i>SE(b)</i>	β	<i>t</i>	<i>p(t)</i>	<i>r</i> ²	<i>sr</i> ²	<i>SK</i>
Konstanta		84.368	11.833		7.130	.000			
PES T1		-.440	.055	-.584	-7.996	.000	-.477	.318	-.725
Dítě se dá obtížně uklidnit		-3.258	.731	-.327	-4.454	.000	-.319	.099	-.485
SCIB opora		.536	.158	.256	3.400	.001	.195	.058	.296

Pozn.: Nezávislou proměnnou je změna rodičovské self-efficacy. $R^2=.433$, uprav. $R^2=.418$. $SE(b)$ je standardní chyba *b*. sr^2 je kvadrát semiparciální korelace. *SK* je strukturní koeficient.

Tabulka 12.9: Výsledky regresní analýzy pro nezávislou proměnnou změna rodičovské self-efficacy

$R^2=0,418$).

Nárůst rodičovské self-efficacy (PES T2-T1) je predikován primárně nižším skórem předporodní rodičovské self-efficacy (PES T1), snadnou utišitelností dítěte a vyšším skórem opory ze strany zdravotníků při porodu. Hrubé a standardizované regresní koeficienty prediktorů spolu s jejich korelacemi se změnou rodičovské self-efficacy, kvadráty semiparciálních koeficientů a strukturními koeficienty jsou uvedeny v tab. 12.9. Rozdílná byla velikost jedinečného rozptylu vysvětleného každou z proměnných, jak ji reprezentují kvadráty semiparciálních korelací: zatímco předporodní rodičovská self-efficacy vysvětluje téměř 32% rozptylu, snadná utišitelnost dítěte necelých 10% a opora ze strany zdravotníků při porodu vysvětlovala necelých 6%. Inspekce se zohledněním strukturních koeficientů ukazuje, že zatímco (ve shodě s očekáváními) nízká úroveň kontrolované proměnné PES T1, tedy rodičovské self-efficacy před porodem, je silným indikátorem růstu rodičovské self-efficacy, utišitelnost dítěte je středně silným indikátorem a opora ze strany zdravotníků mírným indikátorem růstu rodičovské self-efficacy (Nathans et al., 2012).

Analýza prediktorů ukazuje, že opora ze strany zdravotníků (SCIB) sice jen mírně, ale signifikantně koreluje i s ostatními prediktory. Přesto jsou indikátory multikolinearity pro tuto proměnnou stále velmi dobré (hodnota tolerance je 0,880, $VIF = 1,137$) a zdá se tedy, že ostatní prediktory oporu ze strany zdravotníků nijak výrazně neovlivňují.

Následně byla provedena diagnostika předpokladů MLR:

- histogram standardizovaných reziduí (Graf 7, viz 17.6 v Příloze 2) ukazuje normalitu;

Model	<i>b</i>	<i>SE(b)</i>	β	<i>t</i>	<i>p(t)</i>	<i>r</i> ²	<i>sr</i> ²	<i>SK</i>
Konstanta	17.630	17.743		.994	.323			
Sociální opora před por.	1.777	1.033	.174	1.719	.088	.094	.023	.248
Sociální opora po por.	-.311	.284	-.112	-1.095	.276	-.049	.009	-.128
Opora šestined.	.064	.265	.023	.243	.808	.107	.000	.282
Rozrušit. dítě	-2.677	.830	-.293	-3.224	.002	-.295	.081	-.777
SCIB vnějš. kont.	.414	.248	.176	1.670	.098	.183	.022	.482
SCIB vnit. kont.	-.274	.305	-.099	-.901	.370	-.023	.006	-.061
Spokojenost s por.	-.143	.392	-.043	-.364	.716	.027	.001	.070

Pozn.: Nezávislou proměnnou je změna rodičovské self-efficacy. $R^2=.144$, uprav. $R^2=.090$. $SE(b)$ je standardní chyba b . sr^2 je kvadrát semiparciální korelace. SK je strukturální koeficient.

Tabulka 12.10: MLR pro nezávislou proměnnou změna rodičovské self-efficacy - proměnné nezařazené do výsledného modelu

- graf normální pravděpodobnosti (Graf 8) sleduje přesně diagonálu s výjimkou drobné odchylky v horní části přímky;
- graf standardizovaných predikovaných hodnot a standardizovaných reziduí (Graf 9) nevykazuje žádný jasný vzorec, je tím splněn předpoklad mnohonásobné normality rozložení;
- odlehlé hodnoty - vzorek je dostatečně velký, aby byla analýza proti odlehlým hodnotám necitlivá; ani jedno reziduum nepřekračuje 3SD;
- inspekce parciálních regresních grafů (Grafy 10–12) ukazuje normální tvar rozptýlení proměnných bez náznaků nonlinearity (zahnutý tvar rozptýlení) nebo heteroskedasticity (trojúhelníkovitý tvar rozptýlení) (Hair et al., 2006).

Regresní model lze tedy akceptovat.

Pro kontrolu toho, zda při krokové regresi nebyly vyřazeny některé významné prediktory závislé proměnné, jsme vložili vyloučené proměnné zpět do MLR metodou Enter (využití všech proměnných v regresi). Tak jsme zjistili, že ostatní proměnné predikují změnu rodičovské self-efficacy jen mírně (viz tab. 12.10). Výjimkou je přitom rozrušitelnost dítěte, která je z vyloučených proměnných nejsilnějším a stále významným prediktorem; na celkovém rozptylu změny rodičovské self-efficacy se podílí cca 8%. Ostatní proměnné nemají ve vztahu ke změně rodičovské self-efficacy téměř žádnou predikční sílu. Ačkoli byl tento alternativní model statisticky významný, $F(7, 110)=2,648$, $p=0,014$, vysvětlil pouze cca 9% celkového rozptylu spokojenosti s porodem ($R^2 =0,114$,

Proměnná	2	3	4
1. PES T2	.695	-.402	.435
2. PES T1	–	-.129	.254
3. Dítě se dá obtížně uklidnit		–	-.267
4. SCIB opora			–

Pozn.: Tučně zvýrazněné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu jsou statisticky významné ($p < .05$).

Tabulka 12.11: Přehled korelací prediktorů s nezávislou proměnnou rodičovská self-efficacy po porodu

Model	b	$SE(b)$	β	t	$p(t)$	r^2	sr^2	SK
Konstanta	-5525001.6	1355317.9		-4.077	.000			
PES T1	66520.4	6309.7	.613	10.543	.000	.705	0.350	0.880
Obtíž. utišit. dítě	-371005.5	83778.4	-.258	-4.428	.000	-.400	0.062	-0.499
SCIB opora	70286.2	18058.7	.233	3.892	.000	.457	0.048	0.571

Pozn.: Nezávislou proměnnou je rodičovská self-efficacy po porodu. $R^2=.641$, uprav. $R^2=.632$. $SE(b)$ je standardní chyba b . sr^2 je kvadrát semiparciální korelace. SK je strukturní koeficient.

Tabulka 12.12: Výsledky regresní analýzy pro nezávislou proměnnou rodičovská self-efficacy po porodu

upravené $R^2=0,090$), tedy asi jen čtvrtinu rozptylu původního modelu získaného krokovou regresí.

Provedli jsme také kontrolní MLR s přidáním sociodemografických proměnných (vzdělání, soužití s partnerem, socioekonomický statut, věk), psychosociálních a zdravotních proměnných týkajících se porodního a poporodního období (spokojenost s podporou doprovodu při porodu, podmínky raného kontaktu, rooming-in, kojení, stav matky a dítěte těsně po porodu i v době vyplnění dotazníku, věk dítěte v době vyplnění dotazníku) a vybraných aspektů porodní péče (císařský řez jako významný záměr ovlivňující schopnost pečovat o dítě a nepostupující porod jako prediktor spokojenosti s porodem) k výslednému modelu. Žádná z přidávaných proměnných nedosáhla požadované hladiny významnosti (0,05).

12.4.3 Výsledky MLR: rodičovská self-efficacy po porodu

Výsledky MLR pro závislou proměnnou rodičovská self-efficacy po porodu jsou velmi podobné výsledkům pro změnu rodičovské self-efficacy.

Byla zvolena metoda postupného vkládání proměnných (“stepwise”). Korelace všech nezávislých i závislé proměnné jsou uvedeny v Příloze 2, v tab. 17.7. Predikční model obsahuje tři z deseti prediktorů a byl dosažen ve třech krocích. Byly vyloučeny proměnné vnější kontrola (SCIB), vnitřní kontrola (SCIB), spokojenost s porodem, celková opora na oddělení šestinedělí, snadná rozrušitelnost dítěte, sociální opora před porodem a sociální opora po porodu. Vzájemné korelace prediktorů a závislé proměnné jsou uvedeny v tab. 12.11. Model byl statisticky významný, $F(3,114)=67,98$, $p<0,001$, a vysvětlil zhruba 63% celkového rozptylu změny rodičovské self-efficacy ($R^2=0,641$, upravené $R^2=0,632$).

Nárůst rodičovské self-efficacy (PES T2-T1) je predikován primárně nižším skórem předporodní rodičovské self-efficacy (PES T1), snadnou utišitelností dítěte a vyšším skórem opory ze strany zdravotníků při porodu. Hrubé a standardizované regresní koeficienty prediktorů spolu s jejich korelacemi se změnou rodičovské self-efficacy, kvadráty semiparciálních koeficientů a strukturními koeficienty jsou uvedeny v tab. 12.12. Rozdílná byla velikost jedinečného rozptylu vysvětleného každou z proměnných, jak ji reprezentují kvadráty semiparciálních korelací: zatímco předporodní rodičovská self-efficacy vysvětluje téměř 35% rozptylu, snadná utišitelnost dítěte 6% a opora ze strany zdravotníků při porodu vysvětlovala necelých 5%. Inspekce se zohledněním strukturních koeficientů ukazuje, že zatímco (ve shodě s očekáváními) nízká úroveň kontrolované proměnné PES T1, tedy rodičovské self-efficacy před porodem, je silným indikátorem růstu rodičovské self-efficacy, opora ze strany zdravotníků a utišitelnost dítěte jsou středně silnými indikátory růstu rodičovské self-efficacy (Nathans et al., 2012).

Analýza prediktorů ukazuje, že opora ze strany zdravotníků (SCIB) sice jen mírně, ale signifikantně koreluje i s ostatními prediktory. Přesto jsou indikátory multikolinearity pro tuto proměnnou stále velmi dobré (hodnota tolerance je 0,880, $VIF = 1,137$) a zdá se tedy, že ostatní prediktory oporu ze strany zdravotníků nijak výrazně neovlivňují.

Následně byla provedena diagnostika předpokladů MLR:

- histogram standardizovaných reziduí (Graf 13, viz 17.8 v Příloze 2) ukazuje normalitu;

Model	<i>b</i>	<i>SE(b)</i>	β	<i>t</i>	<i>p(t)</i>	<i>r</i> ²	<i>sr</i> ²	<i>SK</i>
Konstanta	5600122.0	2292382.4		2.443	.016			
SCIB vnitř.kont.	1117.9	39356.3	.003	.028	.977	.242	0.000	0.433
SCIB vnějš.kont.	22072.6	32002.7	.065	.690	.492	.270	0.003	0.485
Rozrušitelné dítě	-347984.0	107265.7	-.264	-3.244	.002	-.348	0.066	-0.623
Soc. op. před por.	-365932.1	133526.2	-.249	-2.741	.007	-.251	0.047	-0.450
Soc. op. po por.	39949.8	36662.8	.100	1.090	.278	-.076	0.007	-0.137
Op. šestined.	29983.6	34195.8	.074	.877	.382	.220	0.005	0.395
Spokojenost s por.	155660.6	50694.4	.322	3.071	.003	.404	0.059	0.724

Pozn.: Nezávislou proměnnou je rodičovská self-efficacy po porodu. $R^2=.311$, uprav. $R^2=.268$. $SE(b)$ je standardní chyba *b*. sr^2 je kvadrát semiparciální korelace. *SK* je strukturní koeficient.

Tabulka 12.13: MLR pro nezávislou proměnnou rodičovská self-efficacy po porodu - proměnné nezařazené do výsledného modelu

- graf normální pravděpodobnosti (Graf 14) sleduje přesně diagonálu s výjimkou drobné odchylky v horní části přímky;
- graf standardizovaných predikovaných hodnot a standardizovaných reziduí (Graf 15) nevykazuje žádný jasný vzorec, je tím splněn předpoklad mnohonásobné normality rozložení (toho bylo dosaženo právě transformací závislé proměnné);
- odlehlé hodnoty - vzorek je dostatečně velký, aby byla analýza proti odlehlým hodnotám necitlivá; ani jedno reziduum nepřekračuje 3SD;
- inspekce parciálních regresních grafů (Grafy 16–18) ukazuje normální tvar rozptýlení proměnných bez náznaků nonlinearity (zahnutý tvar rozptýlení) nebo heteroskedasticity (trojúhelníkovitý tvar rozptýlení) (Hair et al., 2006).

Regresní model lze tedy akceptovat.

Pro kontrolu toho, zda při krokové regresi nebyly vyřazeny některé významné prediktory závislé proměnné, jsme vložili vyloučené proměnné zpět do MLR metodou Enter (využití všech proměnných v regresi). Objevíli jsme tak několik dalších proměnných, které by mohly self-efficacy mírně ovlivnit (viz tab. 12.13). Jedná se o proměnné rozrušitelnost dítěte, spokojenost s porodem a sociální opora před porodem - všechny ovlivňují rodičovskou self-efficacy kladně a jejich podíl na celkovém rozptylu (dle kvadrátů semiparciálních korelací) se pohybuje v tomto modelu na úrovni 5–6%. Naopak sociální opora po porodu, kde byl očekáván vliv na závislou proměnnou, na ni nakonec prakticky nepůsobí. Ačkoli byl tento alternativní model statisticky významný, $F(7,$

110)=8,581, $p < 0,001$, vysvětlil pouze cca 27% celkového rozptylu spokojenosti s porodem ($R^2 = 0,311$, upravené $R^2 = 0,268$), tedy necelou polovinu rozptylu původního modelu získaného krokovou regresí.

Výskyt dalších významných prediktorů i mezi vyřazenými proměnnými v této MLR naznačuje, že se jedná o proměnné, které mohou být ovlivněny úrovní předporodní rodičovské self-efficacy. Tomu odpovídají i prosté korelace mezi předporodní rodičovskou self-efficacy a těmito proměnnými (viz Příloha 2, tab. 17.7).

Provedli jsme také kontrolní MLR s přidáním sociodemografických proměnných (vzdělání, soužití s partnerem, socioekonomický statut, věk), psychosociálních a zdravotních proměnných týkajících se porodního a poporodního období (spokojenost s podporou doprovodu při porodu, podmínky raného kontaktu, rooming-in, kojení, stav matky a dítěte těsně po porodu i v době vyplnění dotazníku, věk dítěte v době vyplnění dotazníku) a vybraných aspektů porodní péče (císařský řez jako významný zákrok ovlivňující schopnost pečovat o dítě a nepostupující porod jako prediktor spokojenosti s porodem) k výslednému modelu. Žádná z přidanych proměnných nedosáhla požadované hladiny významnosti (0,05).

12.4.4 Shrnutí obou postupů

Provedením MLR pro dvě závislé proměnné jsme získali dynamický obraz procesu utváření rodičovské self-efficacy v období kolem porodu. Oba finální modely nakonec zahrnovaly identické prediktory, dokonce s podobným podílem na vysvětlení rozptylu. Zajímavá je analýza proměnných, které nakonec do finálních modelů nevstupovaly. Zatímco v modelu změny rodičovské self-efficacy nevstupuje do hry sociální opora před porodem ani po porodu, poporodní rodičovská self-efficacy je slabě predikována předporodní sociální oporou i spokojeností s porodem. To je možné vysvětlit především významnou středně silnou korelací těchto proměnných s předporodní rodičovskou self-efficacy, která odstínila vliv těchto prediktorů.

12.5 Shrnutí výsledků výzkumu

Výsledky ukazují, že obě hypotézy, které tento výzkum prověřoval, platí. U spokojenosti s porodem byla potvrzena hypotéza o převládajícím vlivu interakce se zdravotníky na spokojenost s porodem. Závěry o determinantách porodního prožitku uvedené v teoretické části v kapitole 7 (Porod) platí tedy i pro tento soubor. Jako hlavní indikátor spokojenosti s porodem se ukázala opora poskytovaná zdravotníky. Dále se prokázal vliv vnitřní kontroly při porodu a nepostupujícího porodu, který spokojenost spíše snižuje. Ke spokojenosti dále pravděpodobně přispívají vnější kontrola při porodu, bolest a operativní porod. Naopak se neprokázal přímý vliv epidurální anestezie, předporodní přípravy ani očekávání ženy.

Nárůst rodičovské self-efficacy je predikován nižší úrovní rodičovské self-efficacy před porodem, snadno utišitelným dítětem a oporou poskytovanou zdravotníky při porodu. Výsledná rodičovská self-efficacy v raném rodičovství je pak predikována primárně rodičovskou self-efficacy před porodem, dále utišitelností dítěte a oporou při porodu. Naopak se neprojevil vliv některých kontrolních proměnných, jako sociální opora. Celkové vysvětlené rozptyly všech závislých proměnných jsou dostatečně vysoké.

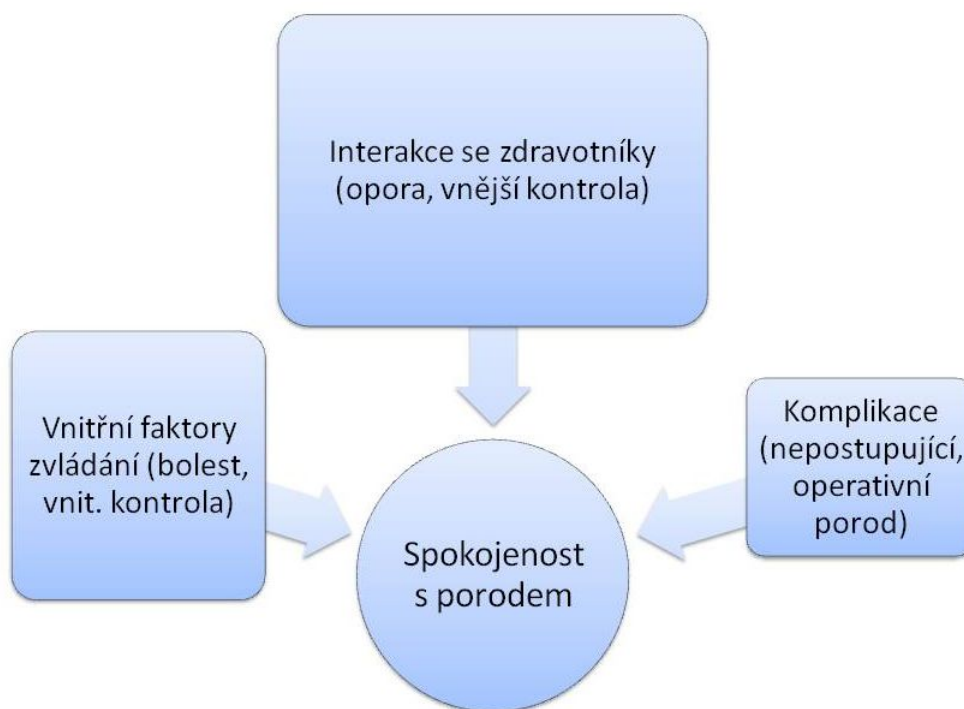
13. Souhrnná diskuse

13.1 Reprezentativnost vzorku a metody

Výzkum byl proveden na souboru celkem 118 žen, kterým se v letech 2011–2012 narodilo v České republice první dítě. Všechny ženy se zúčastnily výzkumu dobrovolně a byly motivované sdělit o sobě a svých zkušenostech z období kolem narození prvního dítěte řadu informací. Téměř všechny projevíly zájem o výstupy výzkumu a řada z nich poskytla v dotazníku další komentáře, které se téměř vždy týkaly právě porodu. O svém porodním zážitku se vyjadřovaly velmi zapáleně a jednoznačně a často ho spojovaly s rodičovstvím či s novorozeným dítětem.

Oproti ženám, které se zúčastnily jen první části výzkumu a druhý dotazník nevyplnily, měly ženy z finálního výzkumného vzorku pravděpodobněji větší zájem o téma rodičovství a narození dítěte. Vzhledem k populaci všech rodiček v ČR byly také v průměru vzdělanější (*Rodička a novorozenec 2010*, 2011) a s větší pravděpodobností pocházely ze střední sociální vrstvy. Absence méně vzdělaných, potenciálně rizikovějších skupin matek je možnou limitací výzkumu. Úbytek méně vzdělaných a motivovaných žen je třeba přičíst pravděpodobně poměrně velké časové náročnosti výzkumu (vyplnění prvního dotazníku trvalo cca 20 minut, druhého cca 30 minut). Porodnické charakteristiky vzorku se příliš nelišily od charakteristik a praxe obvyklé v České republice. Možné odchylky od hodnot uváděných ÚZIS či Laktační ligu lze vysvětlit tím, že jsme sledovali prvorodičky.

Použité metody měly dostatečnou reliabilitu. Především ty, které vycházely z validizovaných zahraničních dotazníků, se dobře uplatnily v MLR. Lze diskutovat jen o přiměřenosti dotazníku CBSEI, který nepredikoval spokojenost s porodem a koreloval jen s vnitřní kontrolou v průběhu porodu, jeho obsahová validita je v tomto výzkumu tedy pravděpodobně omezená na aspekty, které tolik nesouvisí s interakcí se zdravotníky a celkovým dojmem z porodu. Podobně ani sociální opora před porodem ani po porodu nepredikovala poporodní rodičovskou self-efficacy, jak jsme očekávali. Je možné, že její vliv splynul s vlivem předporodní rodičovské self-efficacy, která byla silnějším a vý-



Obrázek 13.1: Prediktory spokojenosti s porodem

znamnějším prediktorem; je však třeba vzít v úvahu i to, že nebyly použity validizované dotazníky sociální opory a tyto výsledky interpretovat obezřetně.

13.2 Spokojenost s porodem

Spokojenost s porodem je predikována primárně psychosociálními aspekty porodního zážitku. Zdá se přitom, že opora ze strany zdravotníků a vnější kontrola působí jako protektivní vlivy vycházející z interakce se zdravotníky; vnitřní kontrola, resp. absence bolesti jsou faktory vnitřního zvládnání porodního procesu, a absence nepostupujícího, resp. operativního porodu jsou faktory událostí porodního procesu (viz také obr. 13.1).

Protektivní vlivy interakce se zdravotníky přitom hrají v hodnocení porodního prožitku rozhodující roli. Z korelací ani z regresní analýzy nelze přímo odvodit kauzalitu. Přesto ale jiné studie na téma spokojenosti s porodem a porodního prožitku naznačují, že opora zdravotníků ovlivňuje míru kontroly, kterou žena v průběhu porodu cítí, a to jak

vnější, tak vnitřní (Fair & Morrison, 2012). Tím mobilizuje vnitřní zdroje ženy pro zvládnutí porodu.

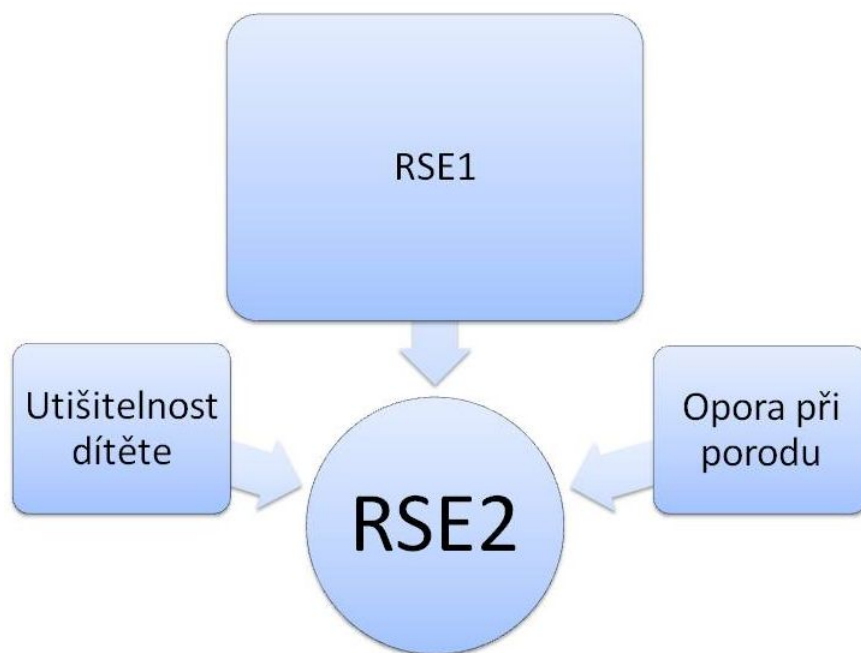
To odpovídá závěrům načrtnutým na konci kapitoly 7. Interakce se zdravotníky, především opora jimi poskytovaná, pravděpodobně modereje vliv ostatních událostí v průběhu porodu na spokojenost. Příznivě působí i pocit, že žena dokázala v rámci možností ovládnout své reakce na porodní bolest a spolupracovat při porodu se svým tělem. Naopak nepostupující, resp. operativní porod je jedinou porodní událostí, která spokojenost ovlivňuje.

V teoretické části jsme podrobili koncept spokojenosti s porodem kritické analýze. Oproti kvalitativně či multidimenzionálně pojatým konceptům porodního prožitku spokojenost sama o sobě neumožňuje navrhnout intervence pro zlepšení kvality porodního prožitku. I tak však zůstává koncept spokojenosti nejjednodušším a nejpřímochařejším způsobem, jak zjistit ženino subjektivní celkové hodnocení porodního prožitku. Spokojenost je nevyhnutelně spojená s naplněním očekávání, ale i s tím, zda nebyly frustrovány ženiny aktuální potřeby v průběhu porodu, a zda se s případnou frustrací těchto potřeb či nenaplněním očekávání dokázala vyrovnat, buď sama, nebo s pomocí ostatních. Až znalost jednotlivých faktorů spokojenosti s porodem dává tomuto konceptu obsah a praktickou užitečnost.

Citlivý přístup zdravotníků, respektujících ženin stav, ženy často oceňovaly i v komentářích k porodu. Hodná porodní asistentka byla několikrát zmíněna jako zjevení, které dokázalo zvrátit do té doby negativně vnímaný průběh porodní péče. To koresponduje s předchozími zjištěními kvalitativních šetření v rámci ČR (Takács & Kodyšová, 2011; Takács et al., 2011).

13.3 Rodičovská self-efficacy v období vstupu do rodičovství

Změna rodičovské self-efficacy byla podle předpokladů predikována neutišitelností dítěte a vstupní úrovní rodičovské self-efficacy, která byla po zjištění efektu stropu zařazena jako kontrolní proměnná. V predikci poporodní rodičovské self-efficacy hraje předporodní rodičovská



Obrázek 13.2: Prediktory poporodní rodičovské self-efficacy

self-efficacy naopak rozhodující pozitivní roli jako její hlavní základna. Neutišitelnost dítěte jako faktor rodičovské self-efficacy a pozitivní předporodní sebehodnocení (které je blízké rodičovské self-efficacy) uvádějí i Leerkes & Crockenberg (2002).

Podařilo se nám také zpřesnit zjištění předchozích výzkumů o vlivu porodního prožitku na ranou rodičovskou self-efficacy (Bryanton et al., 2008). Zjistili jsme, že na poporodní rodičovskou self-efficacy i na změnu rodičovské self-efficacy v období kolem narození prvního dítěte má sice mírný, ale významný vliv opora ze strany zdravotníků v průběhu porodu, nejvýznamnější prediktor spokojenosti s porodem. Naopak vliv ostatních prediktorů spokojenosti s porodem na ranou rodičovskou self-efficacy se neprokázal. Dlouhodobé pozitivní dopady respektujícího a citlivého přístupu zdravotníků na další život rodičů žen byly v předchozích pracích předpokládány (např. Solomon (1998) nebo Simkin (1991)). Až doposud však nebyly potvrzeny v kvantitativním výzkumu. Vliv prediktorů na výslednou rodičovskou self-efficacy je naznačen na obr. 13.2. Schéma změny rodičovské self-efficacy by bylo totožné.

V posledních letech, v době realizace tohoto výzkumu, se objevilo několik dalších prací sledujících vztah porodních proměnných, resp. porod-

ního prožitku, a rodičovského chování. Jejich závěry jsou kongruentní s výsledky této práce a doplňují je o další souvislosti. Nejvíce relevantní je pravděpodobně zjištění, které uveřejnila Bennington (2010). Sledovala americké prvo- i víceroďičky do 12 měsíců po porodu, zjistila, že porodní prožitek predikuje 5% celkového rozptylu poporodní citové vazby matky k dítěti. V jiném výzkumu odhalila Bernier et al. (2010) souvislost mezi mateřskou senzitivitou 12 měsíců po porodu a hladším průběhem těhotenství, porodu a šestinedělí (nekomplikované a delší těhotenství, kratší pobyt v nemocnici, porod bez intervencí a vyšší porodní váha dítěte), ovšem pouze u víceroďiček. Bernier se proto domnívá, že v interakci s nároky péče o další dítě ovlivňuje fyzická a emoční zátěž spojená s obtížným těhotenstvím, porodem a šestinedělím negativně schopnosti matky rozpoznat adekvátně potřeby dítěte.

Naše zjištění je v souladu i s popsányi negativními dopady porodního prožitku na další život ženy. V dynamice PTSD či PPD po porodu sice hrají významnou roli předchozí psychické obtíže, ale nepříznivá interakce se zdravotníky v průběhu porodu k jejich rozvoji také prokazatelně přispívá (Olde et al., 2006). Interakce s porodní asistentkou (Waldenström, 2004) či se zdravotníky obecně (Stadlmayr et al., 2006) je také faktorem, který formuje dlouhodobé hodnocení porodního zážitku. Protože rodičovská role tvoří v prvních měsících po porodu zásadní část sebepojetí ženy, je pravděpodobné, že se na ní interakce se zdravotníky jako významná část porodního prožitku odráží.

Darvill et al. (2010) v této souvislosti uvádí, že sebepojetí v období vstupu do rodičovství (jako v každém jiném přechodovém období) prochází transformací a zráním, a proto je velmi zranitelné. Obdobně jako sebejistota nastávající matky v modelu Gabrielly Gloger-Tippelt (1988) je podle zjištění Darvill et al. (2010) i sebepojetí nejpevnější ke konci těhotenství a při porodu, a naopak nejzranitelnější na počátku těhotenství a v období šestinedělí. Pokud by podle tohoto modelu bylo sebepojetí rodící ženy negativně ovlivněno implicitními informacemi o sobě a vlastním úsilí, získanými z přístupu zdravotníků v tak náročné situaci, kterou porod je, poporodní transformace ženina sebepojetí a jeho opětovné upevňování v období adaptace na život s dítětem by mohly být zasaženy. Ženy s apriori křehkým sebepojetím by pak byly pravděpodobně ovlivněny více.

Pokud přiřadíme rodičovskou self-efficacy po bok konceptům sebepo-

jetí či sebejistoty, je třeba se ptát, zda úroveň předporodní rodičovské self-efficacy ovlivní, který aspekt přístupu zdravotníků nejvíce predikuje změny rodičovské self-efficacy. Ačkoli vnější kontrola zažívaná při porodu do finálního modelu MLR nevstupuje ani pro změnu rodičovské self-efficacy, ani pro poporodní rodičovskou self-efficacy, pro některé skupiny žen může hrát významnou roli. Předběžná analýza dat v tomto výzkumu (n=99) ukázala, že zatímco pro ženy se středoškolským či nižším vzděláním platil model uvedený i zde, nárůst rodičovské self-efficacy vysokoškolaček určoval zážitek vnější kontroly při porodu. Vysokoškolačky měly zároveň v průměru významně nižší předporodní rodičovskou self-efficacy (Kodysova, 2012).

Vyjdeme-li z poznatků o vývoji rodičovského chování, které má svůj základ i ve zkušenostech z raného dětství a pravděpodobně se vyvíjí souběžně i s ranou citovou vazbou, a z poznatků o percepci sociální opory, která je citovou vazbou a zkušeností z primární rodiny též ovlivněna, rýsuje se zajímavý obraz toho, jak porodní zážitek vstupuje do vývoje rodičovské self-efficacy. Zdá se, že pro ženy s bezpečnou citovou vazbou, kterým přijímání sociální opory nedělá obtíže a které mají pravděpodobněji i vyšší rodičovskou self-efficacy, je pro optimální vývoj rodičovské self-efficacy rozhodující právě zážitek opory ze strany zdravotníků. Je však možné, že ženy s jinou než bezpečnou citovou vazbou a s problematickým vztahem k sociální opoře ze strany ostatních, které mají přitom pravděpodobněji nižší úroveň rodičovské self-efficacy, profitují ze zážitku vnější kontroly při porodu. Tuto dualitu by bylo možné vysvětlit tím, že využití strategie zvládnání, která je ženě i v běžném životě bližší, potvrzuje ženinu sebejistotu, že zvládne i další náročné situace, které ji v rodičovství čekají. Rolí zdravotníků při porodu je pak facilitovat využití dané strategie, tedy umožnit ženě mít kontrolu nad průběhem porodu, či nabídnout pečující, vstřícný přístup (Kodysova, 2012). Vzhledem k tomu, že analýzy byly provedeny na relativně malém vzorku a pouze v souvislosti se vzděláním, nikoli s úrovní rodičovské self-efficacy, je tato úvaha však zatím pouze spekulací. Její ověření by si vyžádalo větší vzorek, kde by bylo zastoupeno poměrně více žen s nižší rodičovskou self-efficacy.

Z hlediska teorie self-efficacy se nabízí pro naše výsledky několik vysvětlení. Pokud pojímáme porod dítěte jako komplexní a náročný úkol, který je třeba zvládnout, dimenzi dotazníku SCIB “opora ze strany

zdravotníků” lze interpretovat jako účelné a přiměřené přizpůsobení “úkolů” (porodu dítěte) úrovni ženy prostřednictvím verbálního povzbuzování a strukturování. Tím, že jí zdravotníci ukážou, jak porod vlastními silami lépe zvládnout (nalezením energie ve chvíli, kdy už to chtěla vzdát, ukázáním nových způsobů, jak si ulevit při kontrakcích aj.), a v obtížných momentech vyjádří svou důvěru v ženinu schopnost porod zvládnout, posílí ženin prožitek “mastery”, tedy úspěšného zvládnutí. Protože porod je proces, který úzce zahrnuje minimálně dvě osoby - matku a její dítě, žena může pocit úspěchu vztáhnout i na dítě - “zvládli jsme to společně”. Vzhledem k tomu, jak je porod fyzicky i emočně intenzivní, může jej žena také chápat jako svůj první rodičovský akt.

I dílčí povzbuzení a ocenění může navíc probudit v ženě vědomí, že je dostatečně silná porodit a zotavit se, a tedy i kompetentní se starat o dítě. Jedna z účastnic našeho výzkumu mj. v následném komentáři uvedla: “(...) Další věc, která jistě přispěla k mému sebevědomí a spokojenosti bylo to, že jsem se po porodu velmi dobře hojila a to, že ošetřující paní doktorka mě za to velmi chválila :) Nabyla jsem tak dojmu, že vše proběhlo velmi dobře (nebo skoro ideálně) a že jsem plná sil starat se o miminko.” Podpora a ocenění v tak fyzicky i psychicky extrémní situaci, jakou porod je, může tedy ženu povzbudit a posílit, ačkoli její hodnocení samotného porodu může být ambivalentní.

Ngai et al. (2010) uvádějí, že kromě předporodní vnímané kompetence v mateřské roli predikuje poporodní kompetenci v mateřské roli i sklon aplikovat naučenou vynalézavost a duchapřítomnost při zvládnutí obtížných situací. V souvislosti s našimi zjištěními se proto nabízí konceptualizace porodu jako příležitosti pro rozvoj duchapřítomnosti a vynalézavosti v reagování na nečekané a zátěžové situace a podněty, a opory při porodu jako strukturovaného provázení při osvojování si těchto dovedností.

Dalším zdrojem self-efficacy jsou přenesené zkušenosti (vicarious experience). Pak by poskytnutí a přijetí empatické, citlivé péče mohlo působit jako určitý návod, jak o dítě citlivě pečovat. Jak uvádíme v kapitole 7.3, podpora poskytovaná dulami - nezdravotnickým profesionálním doprovodem při porodu - příznivě ovlivňuje mateřské chování žen vůči dětem, především v prvních měsících po porodu (Klaus et al., 1993). Na rozdíl od zjištění Kennella a Klause však naše výsledky pou-

kazují na význam opory právě ze strany zdravotníků, nikoli neutrálního či angažovaného doprovodu.

Vedle zjištěného vlivu opory při porodu naznačují výsledky i další zajímavé souvislosti. Sociální opora, kterou žena uváděla před porodem, se v modelu predikujícím poporodní rodičovskou self-efficacy projevila jako významná pouze tehdy, pokud jsme z něj vyřadili finální prediktory (předporodní rodičovskou self-efficacy, utišitelnost dítěte a oporu při porodu). Vliv sociální opory je tedy pravděpodobně rušen předporodní rodičovskou self-efficacy. To zčásti koresponduje se zjištěními Ngai et al. (2010), v jejichž regresním modelu nebyly sociální opora a stres zachovány při kontrole vynalézavosti. Naopak se nepodařilo vysledovat žádný vliv poporodní sociální opory, ani opory poskytované zdravotníky v šestinedělí, což je v rozporu s předchozími zjištěními (A. H. Salonen et al., 2009). Na druhou stranu nejsou zjištění o vlivu sociální opory jednoznačné. Metody, které jsme použili pro zjištění úrovně spokojenosti se sociální oporou, navíc byly sestaveny pouze pro účely tohoto výzkumu. To je možným omezením této práce. Výsledek přesto naznačuje, že vliv zažívané sociální opory na rodičovskou self-efficacy je relativní a její percepce je závislá na dalších faktorech, které pravděpodobně souvisí i s předchozími zkušenostmi z rodičovské péče a citovou vazbou (Sarason et al., 1993; Bernardon et al., 2011).

Není také bez zajímavosti, že výsledky regresního modelu pro poporodní rodičovskou self-efficacy ukazují i na souvislost předporodní rodičovské self-efficacy a spokojenosti s porodem, resp. hodnocení opory při porodu. To lze vztáhnout do souvislosti se zjištěními, že citová vazba ženy koreluje s rodičovskou self-efficacy (Kohlhoff & Barnett, 2013), ale i s percipovanou sociální oporou (Bernardon et al., 2011). Je také možné, že operacionalizace rodičovské self-efficacy v tomto výzkumu se blíží generalizovatelným strategiím zvládnání, které zakládají i lepší sociální dovednosti a predikují spokojenost s porodem (Christiaens & Bracke, 2007).

13.4 Další otázky

V souvislosti s našimi zjištěními se otevírají další otázky, na které je třeba najít odpověď. Pokud platí, že podpurná a citlivá péče při poro-

du facilituje následně právě citlivé rodičovské chování, mohou mít další psychologické aspekty porodnické péče - např. kontrola nad okolnostmi porodu - podobný vliv na odpovídající oblasti sebepojetí a self-efficacy? Nabízí se také otázka, do jaké míry jsou naše zjištění zobecnitelná i na méně vzdělané a rizikovější skupiny matek a jak dlouho přesně vliv podpůrné porodní péče přetrvává. Výzkumy spokojenosti s porodem ukazují, že právě přístup zdravotníků je rozhodující pro zabarvení dlouhodobé vzpomínky na porod, nicméně výzkumy raných determinant rodičovství, především raného kontaktu matky a dítěte, ale i spokojenosti s porodem (Bryanton et al., 2008) naznačují, že efekt na rodičovské chování a rodičovskou self-efficacy je otázkou především prvních měsíců života dítěte. Zajímavé by bylo také zjistit, zda má opora při porodu obdobný vliv na rodičovskou self-efficacy i u vícerodiček, tedy u žen, které porod již zažily. Případný další výzkum, rozšiřující pojetí porodní self-efficacy, by mohl prozkoumat, do jaké míry či jakým způsobem dochází ke specifické generalizaci self-efficacy z porodního zážitku na oblast rodičovství.

14. Závěr

V této práci jsme představili ontogenetický pohled na vstup do rodičovství a teoretická východiska zkoumání rané rodičovské self-efficacy a porodního prožitku. Popsali jsme faktory rozvoje rodičovského chování a formování porodního prožitku, a roli mechanismů zvládnání, především sociální opory a self-efficacy. Následně jsme v empirické části potvrdili, že podobně jako v jiných výzkumech, i v našem vzorku byla spokojenost s porodem predikována primárně sociálně-psychologickými aspekty porodního zážitku (opora ze strany zdravotníků). Výzkum ale především přinesl nový poznatek, že opora ze strany zdravotníků přispívá i ke zvýšení rané rodičovské self-efficacy u prvorodiček.

Tento výzkum jako první ukázal statisticky významné a kvantifikovatelné pozitivní efekty přístupu zdravotníků při porodu na další život ženy. Podobný výsledek zatím nebyl ve světě publikován. Vliv opory (a zřejmě i vnější kontroly) při porodu, ač významný, není pravděpodobně v případě zdravé ženy s průměrnou či vyšší úrovní rodičovské self-efficacy rozhodující. Může být však nezanedbatelnou výhodou pro první měsíce rodičovství.

Proto míří výsledky našeho výzkumu právě na zdravotníky pečující o rodičí ženy, s cílem opakovaně podtrhnout význam toho, jak přistupují k rodičkám. Ačkoli je hlavní náplní práce porodních asistentek a lékařů-porodníků zajistit tělesné zdraví matky a dítěte, první měsíce jejich společného života jsou pro novopečenou matku tak náročné a pro psychický rozvoj novorozence tak významné, že si zaslouží všechny výhody, které mohou dostat. Naše zjištění je dalším argumentem pro posílení psychosociálních dovedností zdravotníků v porodnicích a na důraz na péči, která zohledňuje nejen aktuální fyzický stav matky a dítěte, ale i jejich vzájemnou provázanost a vztah matka-dítě, který je těhotenstvím a porodem konstituován. Je jistě obtížné definovat jednoduchá kvantitativní kritéria, která by měla opora ze strany zdravotníků naplňovat. Přesto se nabízí paralela s jinými pečujícími profesemi, kde je opora a empatický přístup prokázanou efektivní součástí péče, jako sociální práce či psychoterapie. Tam je kvalita péče definovaná etickými normami a upevněná výcvikem psychosociálních dovedností a následně supervizí. Forma opory pak závisí převážně na psychosociálních po-

třebách klientů. A právě jejich zohlednění je významným krokem ke zvýšení kvality porodnické péče.

15. Seznam zkratek

AAI - Adult Attachment Interview

CBSEI - Childbirth Self-Efficacy Inventory (dotazník pro zjišťování porodní self-efficacy)

CNS - centrální nervová soustava

MLR - mnohonásobná lineární regrese

PES - Parental Expectations Survey (dotazník pro zjišťování rodičovské self-efficacy)

PPD - poporodní deprese

PTGI - Posttraumatic Growth Inventory

PTSD - posttraumatická stresová porucha

SCIB - Support and Control in Birth (dotazník pro zjišťování opory a kontroly při porodu)

Přílohy

16. Příloha 1 - Úprava dat před statistickou analýzou dat

Data byla stažena ze serveru SurveyMonkey ve formátu .xls (Excel pro Windows) ve dvou souborech pro obě fáze výzkumu. Proto byla následně převedena do SPSS 19 a obě fáze výzkumu byly spojeny pomocí identifikátorů (e-mailová či poštovní adresa ženy).

Pro účely další analýzy byla data ještě následovně upravena:

1. kvalitativní odpovědi (“Jiné”, “Jinak” u otázek “Které zákroky při vašem porodu proběhly, jaké komplikace nastaly?”, “Poporodní vyšetření a ošetření dítěte se odehrálo:” a “Do jaké míry jste při pobytu v porodnici využila rooming-in?”) převedeny na kvantitativní hodnoty:
 - a) Zákroky a komplikace při porodu: u 4 žen, které uvedly “unavené miminko”, “omotaná pupeční šňůra”, a přitom nezatrhly “distres plodu” či “nepostupující porod”, bylo toto doplněno;
 - b) Místo vyšetření dítěte po porodu: 2 ženy, které uvedly “u otce v jiné místnosti” a “nevím byla jsem v narkoze” byly hodnoty 0 (jinak) upraveny na 4 (dítě bylo vyšetřeno v jiné místnosti);
 - c) Podmínky rooming-in: při uvedení odpovědi jinak byla uvedená doba pobytu dítěte na novorozeneckém oddělení porovnána s celkovou dobou hospitalizace. Následně bylo kódování upraveno podle toho, zda doba separace matky od dítěte byla nižší než polovina pobytu ženy v nemocnici (2), byla alespoň poloviční (3) anebo zda se blížila celé době pobytu (4).
2. byly upraveny některé odpovědi, které se logicky podmiňovaly:
 - a) u 9 žen, které uvedly epiziotomii, ale neuvedly šití poporodního poranění, toto bylo doplněno;
 - b) 4 ženy uvedly, že jejich porod proběhl bez zákroků a komplikací, a zároveň uvedly nástřih, šití hráze a v jednom případě využití epidurální anestezie; v těchto případech bylo kódování upraveno tak, aby nebyl zvolen porod bez jakýchkoli zákroků a komplikací;
 - c) u žen, které uvedly distres plodu či nepostupující porod, nebylo automaticky doplněno využití oxytocinu (infuze na urychlení porodu);

- d) u žen, které uvedly infekci při porodu (b streptokok aj.), nebylo automaticky doplněno využití jiné infuze, ačkoli je běžným postupem; ani jedna z žen však nevedla využití infuze v poznámce na konci dotazníku;
- e) byly zkontrolovány rozdíly mezi datem porodu a předpokládaným termínem porodu u všech žen, a porovnány s tím, zda žena uvedla předčasný porod; tento rozdíl (ve dnech) byl také vložen jako další proměnná. U šesti žen se ukázalo, že uvedly předčasný porod, ačkoli se jejich dítě narodilo v termínu (v 38. až 42. týdnu těhotenství).¹ Údaje byly pro tyto ženy upraveny.
3. byly provedeny kumulativní součty jednotlivých položek použitých dotazníků self-efficacy (CBSEI T1, CBSEI T2, PES T1, PES T2) a byla vypočtena jejich změna mezi oběma měřeními (CBSEI T2-T1, PES T2-T1);
 4. byly provedeny kumulativní součty jednotlivých faktorů SCIB (s inverzí reverzně kódovaných položek) a jejich celkový součet;
 5. byly provedeny kumulativní součty předporodní i poporodní sociální opory, spokojenosti s porodem a bolesti při porodu;
 6. časové hodnoty byly převedeny na desetinnou stupnici (5 minut = 0.08 hodiny);
 7. byl vypočítán interval mezi datem porodu a termínem vyplnění druhého dotazníku (tedy věk dítěte v době vyplnění dotazníku).

¹To relativizuje i ostatní výroky o zákrocích či intervencích, a proto budou údaje o nich při další analýze interpretovány jen obezřetně, s výjimkou jednoznačných úkonů, jako je císařský řez.

17. Příloha 2 - Tabulky a grafy

	Opora	Vněj. kont.	Vnit. kont.
Zdravotníci mi pomohli najít energii pokračovat, když už jsem to chtěla vzdát	.608**		
Zdravotníci instinktivně poznali, co jsem chtěla nebo potřebovala	.867**		
Zdravotníci se maximálně snažili, abych se cítila co nejlépe	.804**		
Zdravotníci mě povzbuzovali, abych vyzkoušela nové způsoby, jak to zvládnout	.807**		
Zdravotníci mě povzbuzovali, abych nebojovala proti tomu, co dělá mé tělo	.726**		
Zdravotníci si uvědomovali, jakou bolest prožívám	.672**		
Měla jsem pocit, že zdravotníci mají na práci něco jiného (r)	.638**		
Měla jsem pocit, jako by se zdravotníci snažili věci popohnat, protože se jim to hodilo (r)	.587**		
Zdravotníci mi pomohli vyzkoušet různé polohy	.668**		
Dali mi čas, abych se mohla ptát	.747**		
Když jsem zdravotníky požádala, aby s něčím přestali, poslechli mě	.657**		
Zdravotníci ignorovali to, co jsem jim říkala (r)	.647**		
Měla jsem kontrolu nad tím, kdy se odehrají různé procedury		.681**	
Mohla jsem ovlivnit to, které procedury mi budou provedeny		.745**	
Rozhodovala jsem ve většině případů o tom, zda mi bude procedura provedena či nikoli		.769**	
Kontrolu převzali lidé v místnosti (r)		.778**	
Měla jsem kontrolu nad rozhodnutími, která byla učiněna		.530**	
Mohla jsem vstát a pohybovat se, jak jen jsem chtěla		.390**	
Neměla jsem kontrolu nad tím, kdo přicházel a odcházel z místnosti (r)		.429**	
Mohla jsem si zvolit, zda mi budou poskytnuty informace či nikoli		.675**	
Mohla jsem rozhodovat o tom, kdy informaci obdržím		.776**	
Měla jsem kontrolu nad tím, jaké informace mi budou poskytnuty		.794**	
Měla jsem pocit, že mám kontrolu nad tím, jak se nakonec narodilo moje dítě		.549**	
Bolest byla příliš velká, než abych ji mohla mít pod kontrolou (r)			.827**
Bolest mě úplně přemohla (r)			.752**
Byla jsem vnitřně klidná			.668**
Byla jsem s to ovládnout své reakce na bolest			.856**
Měla jsem své emoce pod kontrolou			.697**
Měla jsem pocit, že mé tělo je v akci, kterou nemohu kontrolovat (r)			.292**
Přemohly mě negativní pocity (r)			.620**
Získala jsem kontrolu tím, že jsem pracovala ve shodě se svým tělem			.697**
Chovala jsem se, jako bych to ani nebyla já (r)			.689**
Měla jsem pod kontrolou zvuky, které jsem vydávala			.446**
Cronbachova α	.906	.856	.872

** p < .01; Vněj. kont. = Vnější kontrola; Vnit. kont. = Vnitřní kontrola

Tabulka 17.1: Korelace položek s jednotlivými dimenzemi dotazníku SCIB

	Průměr (min-max)	Std. odchylka	Medián
Spokojenost s porodem celkově (0-10) ↑	7.01 (0 - 10)	3.128	8
Spokojenost se sebou (0-10) ↑	7.42 (0 - 10)	2.781	8
Spokojenost se zdravotníky (0-10) ↑	7.81 (0 - 10)	2.715	9
Spokojenost s porodem SUM (0-30) ↑	22.75 (5 - 30)	6.992	25
Celková bolest při porodu (0-10) ↑	6.58 (0 - 10)	2.516	7
Maximální bolest při porodu (0-10) ↑	7.99 (0 - 10)	2.451	9
Bolest při porodu SUM (0-20) ↑	14.57 (0 - 20)	4.731	15.5
Dítě se snadno rozruší (0-10) ↑	2.53 (0 - 10)	2.568	2
Dítě se dá obtížně uklidnit (0-10) ↑	2.24 (0 - 9)	2.352	2
CBSEI T1 (16-160) ↑	96.56 (17 - 155)	25.525	97.5
CBSEI T2 (16-160) ↑	97.36 (18 - 160)	30.419	97.5
PES T1 (25-250) ↑	193.75 (96 - 247)	31.114	196.5
PES T2 (25-250) ↑	208.6 (109 - 250)	28.667	215.5
PES T2-T1 ↑	14.86 (-51 - 89)	23.457	13
Sociální opora před porodem (4-20) ↓	6.13 (4 - 13)	2.297	5
Sociální opora po porodu celkem (16-80) ↓	38.03 (16 - 58)	8.443	38.5
SCIB opora (12-60) ↑	45.13 (18 - 60)	11.186	45
SCIB vnější kontrola (11-55) ↑	35.92 (11 - 55)	9.965	35
SCIB vnitřní kontrola (10-50) ↑	33.65 (14 - 49)	8.426	35
Opora šestinedělí celkem (10-50) ↑	39.94 (14 - 50)	8.362	41

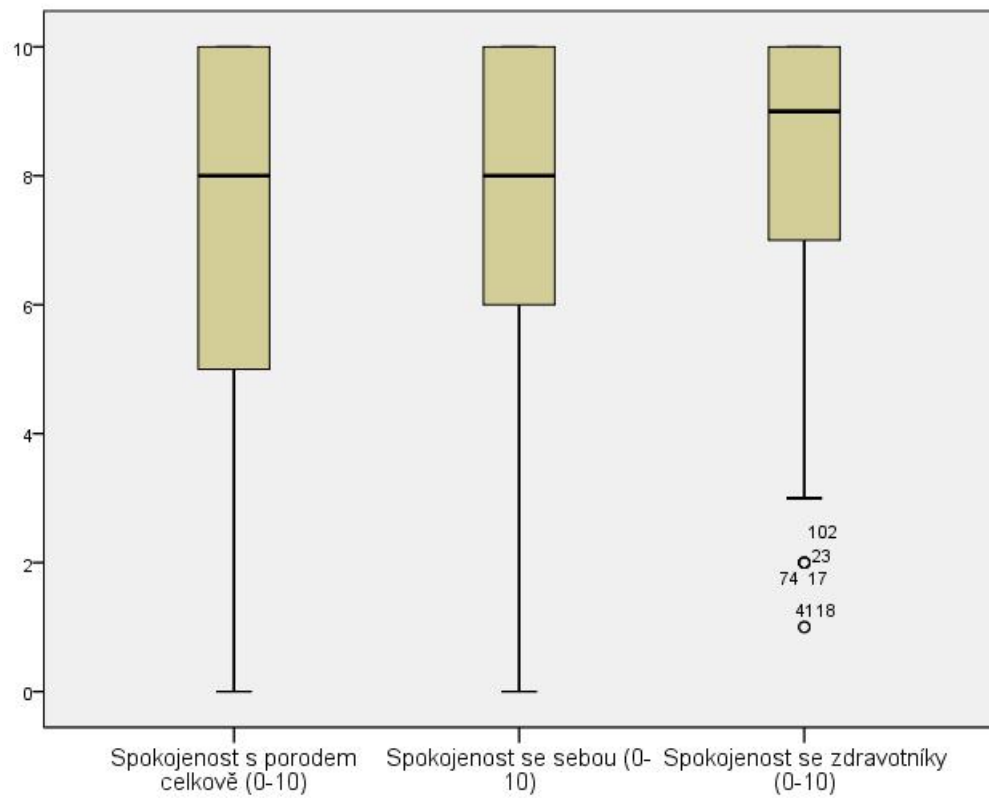
Pozn.: ↓ čím méně, tím lépe; ↑ čím více, tím lépe

Tabulka 17.2: Výzkumné proměnné - deskriptivní analýza

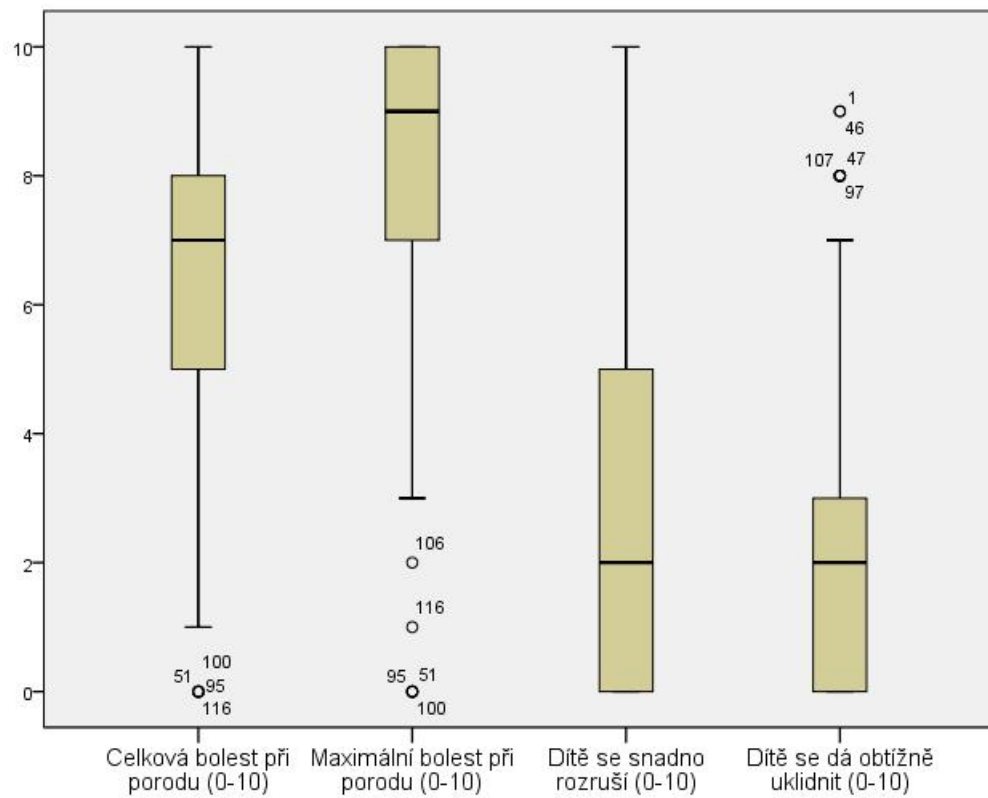
Proměnná	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Spokojenost s por.	.639	.475	.584	-.207	-.249	-.168	-.236	.020	-.295	.128
2. SCIB opora	-	.650	.319	-.083	-.059	-.096	-.067	-.062	-.138	.130
3. SCIB vněj. kont.		-	.337	-.077	-.053	-.137	-.094	.124	-.204	-.004
4. SCIB vnit. kont.			-	-.471	-.090	-.154	-.166	-.065	-.168	.208
5. Porod. bolest				-	.175	.147	.040	.014	-.225	.059
6. Nepostup. porod					-	.302	.288	-.001	.350	.181
7. Distres plodu						-	.087	.137	.141	.087
8. Epidurál							-	-.194	.309	-.127
9. Předpor. kurz								-	-.069	-.192
10. Operativ. porod									-	.035
11. CBSEI T1										-

Pozn.: Tučně zvýrazněné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu jsou statisticky významné ($p < .05$).

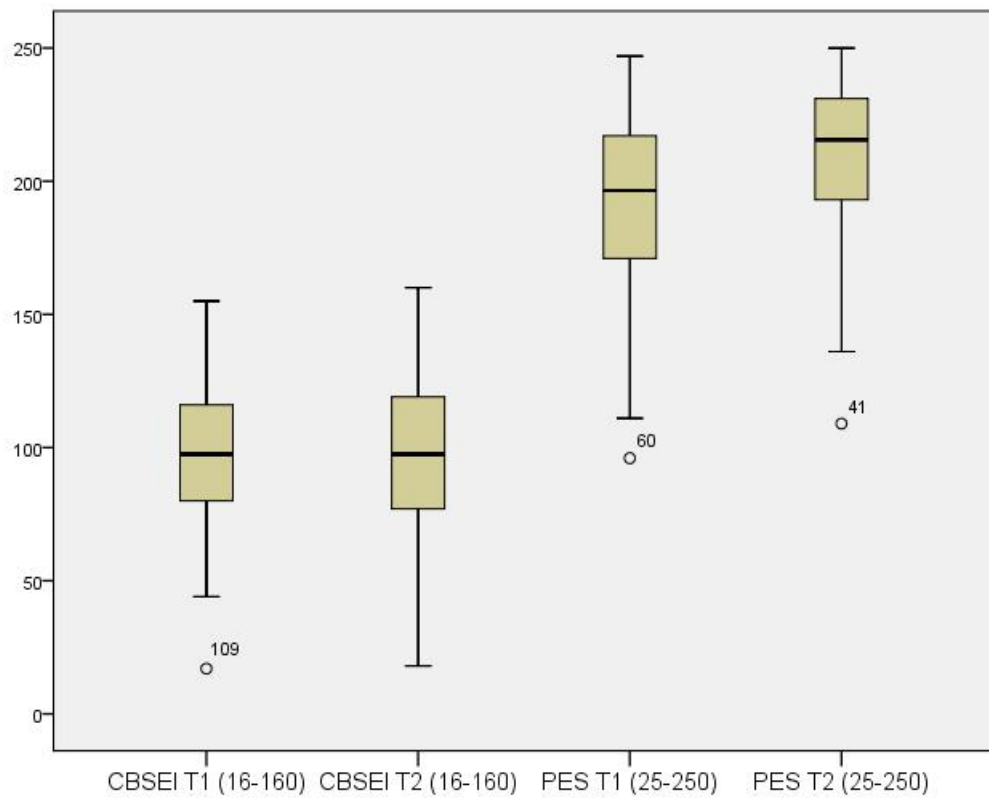
Tabulka 17.3: Přehled korelací všech vložených proměnných MLR s nezávislou proměnnou spokojenost s porodem



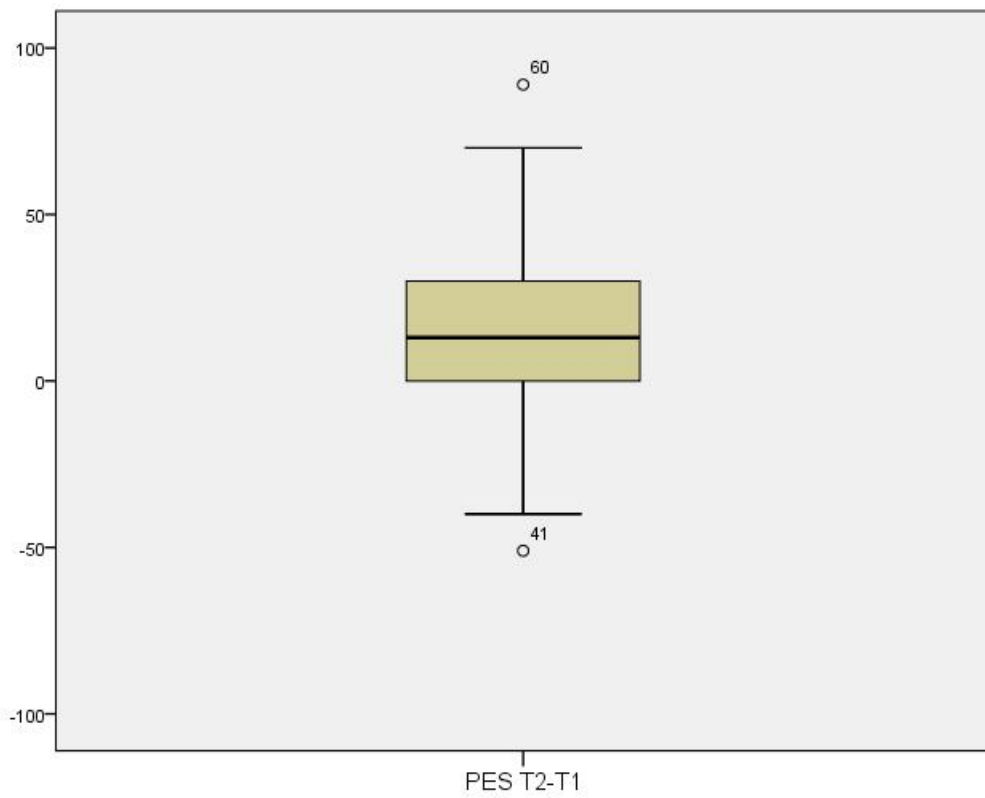
Obrázek 17.1: Distribuce proměnných - krabičkový graf (medián, dolní a horní kvartil, dolní a horní vnitřní hradba, odlehlé hodnoty)



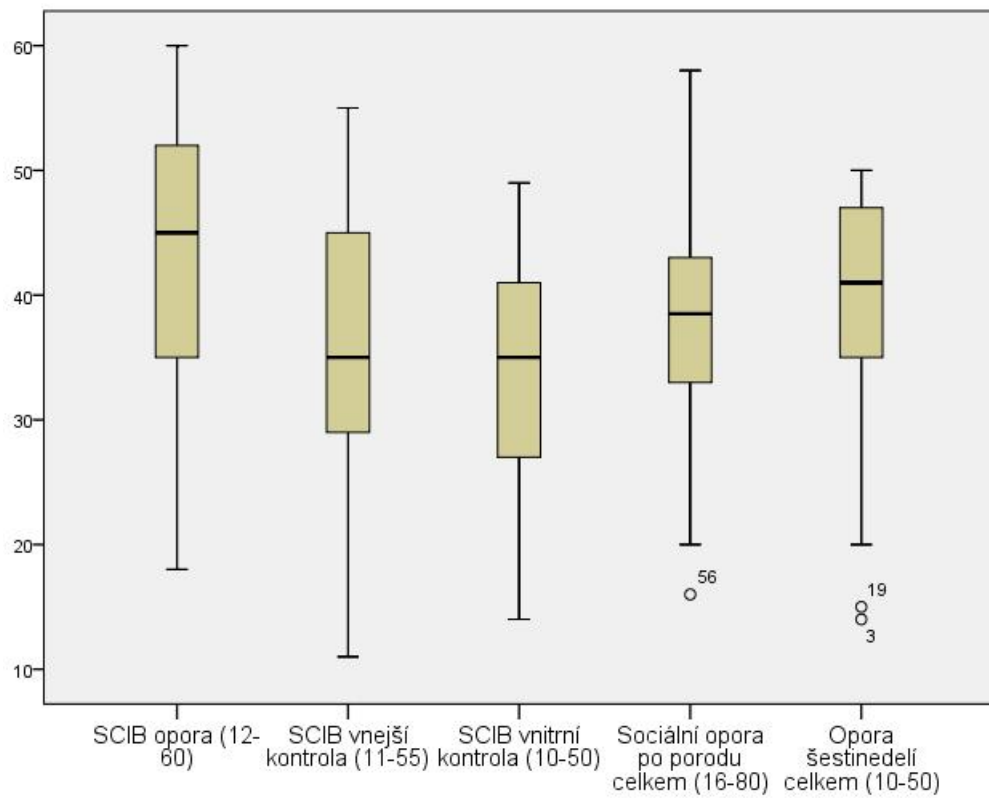
Obrázek 17.2: Distribuce proměnných - krabičkový graf (medián, dolní a horní kvartil, dolní a horní vnitřní hradba, odlehlé hodnoty)



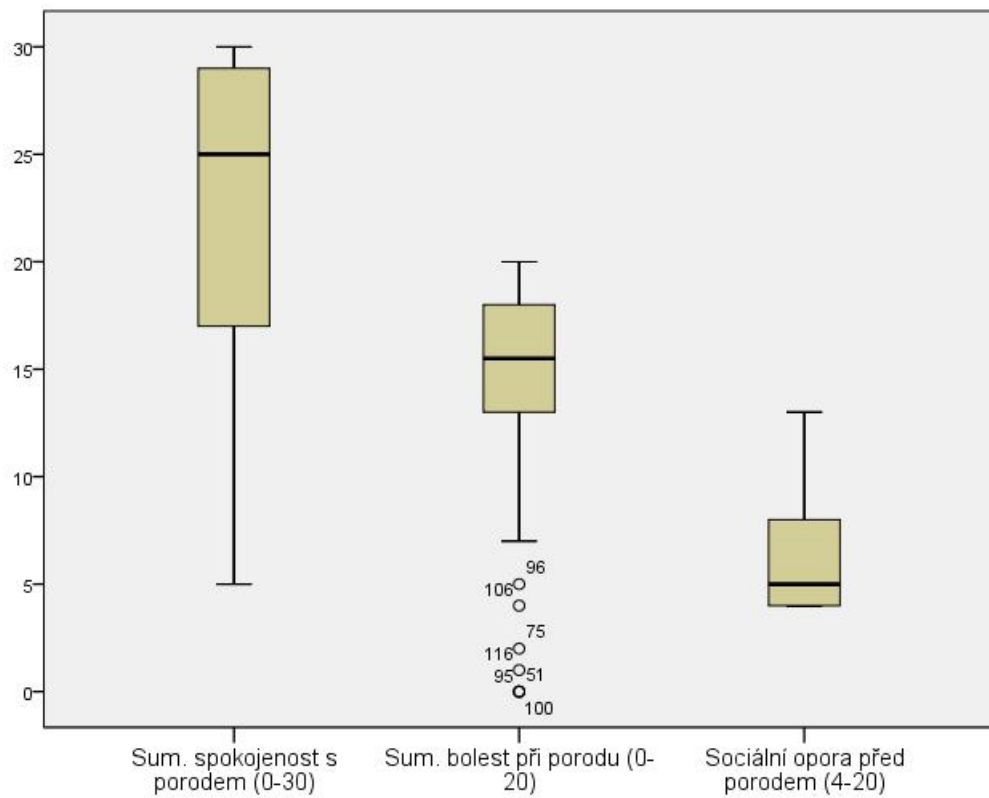
Obrázek 17.3: Distribuce proměnných - krabičkový graf (medián, dolní a horní kvartil, dolní a horní vnitřní hradba, odlehlé hodnoty)



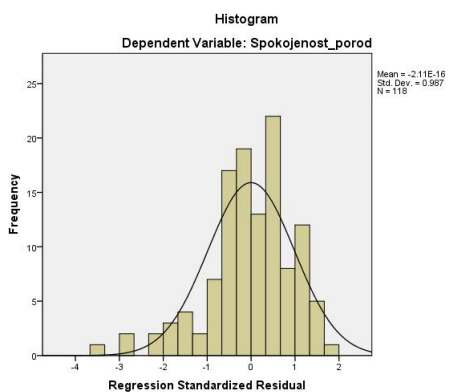
Obrázek 17.4: Distribuce proměnných - krabičkový graf (medián, dolní a horní kvartil, dolní a horní vnitřní hradba, odlehlé hodnoty)



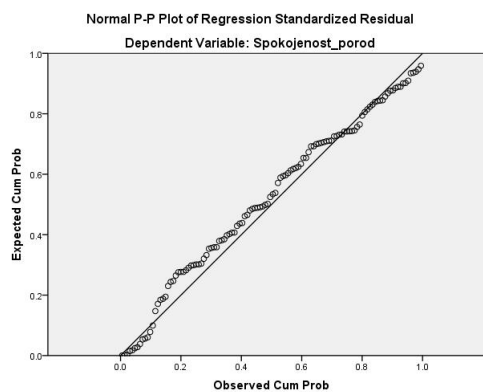
Obrázek 17.5: Distribuce proměnných - krabičkový graf (medián, dolní a horní kvartil, dolní a horní vnitřní hradba, odlehlé hodnoty)



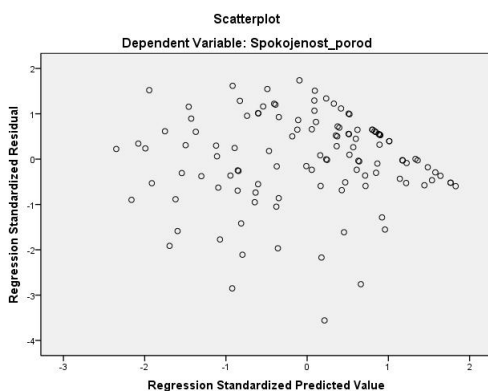
Obrázek 17.6: Distribuce proměnných - krabičkový graf (medián, dolní a horní kvartil, dolní a horní vnitřní hradba, odlehlé hodnoty)



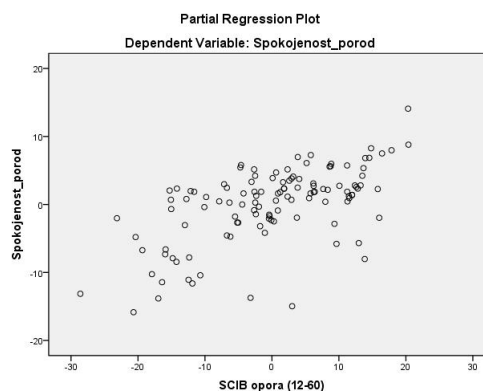
Graf 1 - Distribuce standardiz. reziduí



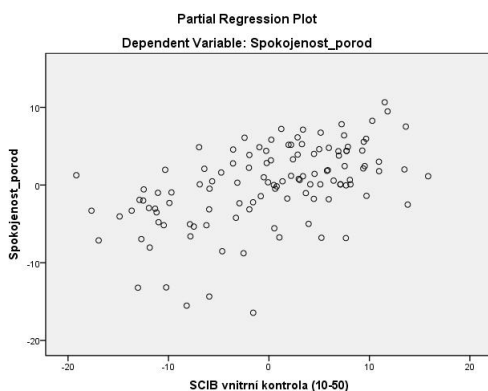
Graf 2 - Graf normální pravděpodobnosti



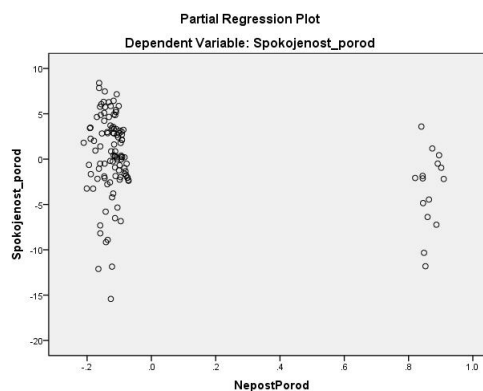
Graf 3 - Standardiz. predik. hodnoty vs. standardiz. rezidua



Graf 4 - Studentiz. rezidua vs. opora zdravotníků



Graf 5 - Studentiz. rezidua vs. vnit. kontrola



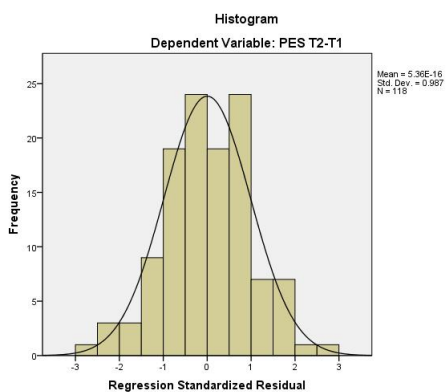
Graf 6 - Studentiz. rezidua vs. nepostup. porod

Tabulka 17.4: Grafy diagnostiky předpokladů MLR pro záv. proměnnou spokojenost s porodem

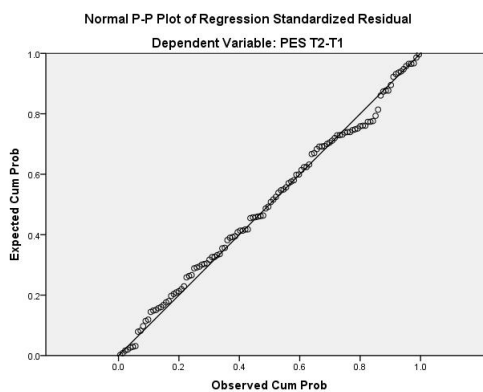
Proměnná	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. PES T2-T1	-.477	.195	.183	-.023	.027	.107	-.295	-.319	.094	-.049
2. PES T1	–	.254	.090	.252	.335	.138	-.104	-.129	-.316	-.024
3. SCIB opora		–	.650	.319	.639	.405	-.278	-.267	-.150	-.153
4. SCIB vněj. kont.			–	.337	.475	.304	-.140	-.235	-.035	-.169
5. SCIB vnit. kont.				–	.584	.130	-.097	-.079	-.022	-.121
6. Spokojenost s por.					–	.170	-.126	-.200	-.059	-.115
7. Opora odd. šestin.						–	-.204	-.207	-.102	-.078
8. Dítě snad. rozr.							–	.804	.078	.015
9. Dítě obtíž. uklid.								–	.111	.060
10. Soc. op. před por.									–	.474
11. Soc. op. po por.										–

Pozn.: Tučně zvýrazněné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu jsou statisticky významné ($p < .05$).

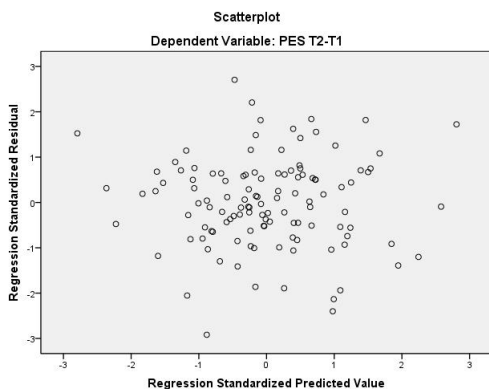
Tabulka 17.5: Přehled korelací všech vložených proměnných MLR s nezávislou proměnnou změna rodičovské self-efficacy



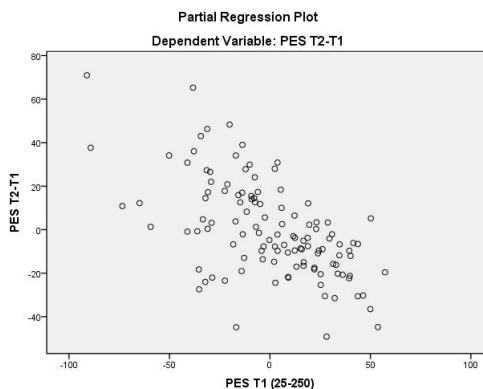
Graf 7 - Distribuce standardiz. reziduí



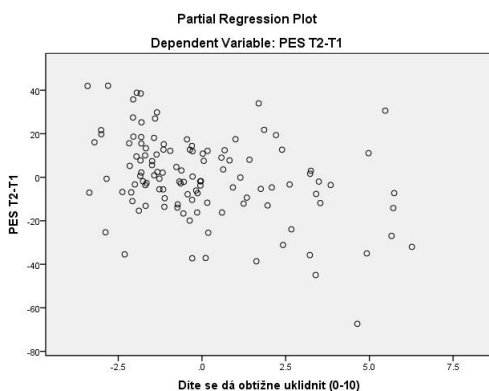
Graf 8 - Graf normální pravděpodobnosti



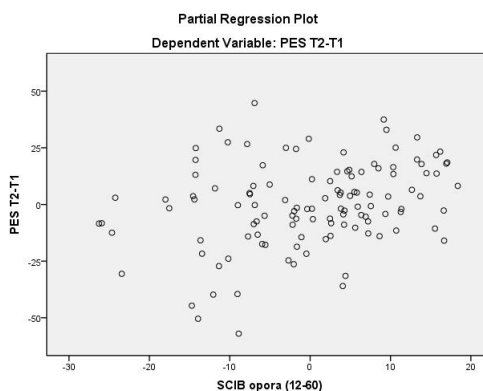
Graf 9 - Standardiz. predik. hodnoty vs. standardiz. rezidua



Graf 10 - Studentiz. rezidua vs. PES T1



Graf 11 - Studentiz. rezidua vs. neutišitelnost dítěte



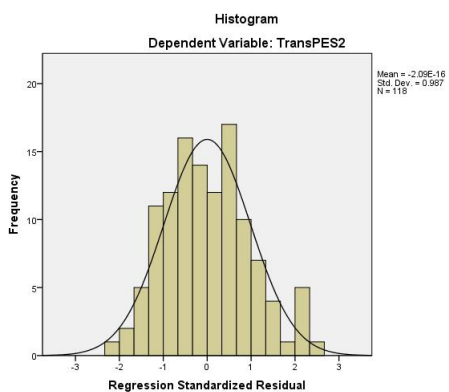
Graf 12 - Studentiz. rezidua vs. opora zdravotníků

Tabulka 17.6: Grafy diagnostiky předpokladů MLR pro záv. proměnnou změna rodičovské self-efficacy

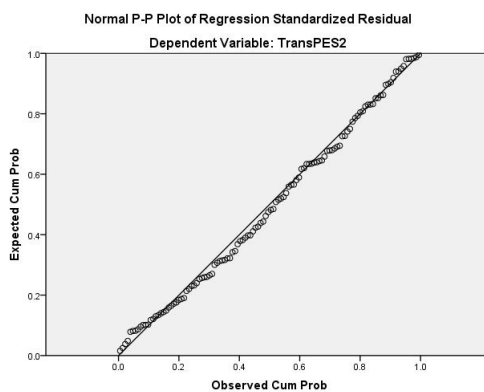
Proměnná	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. PES T2	.695	.435	.248	.255	.385	.238	-.355	-.402	-.266	-.066
2. PES T1	–	.254	.090	.252	.335	.138	-.104	-.129	-.316	-.024
3. SCIB opora		–	.650	.319	.639	.405	-.278	-.267	-.150	-.153
4. SCIB vněj. kont.			–	.337	.475	.304	-.140	-.235	-.035	-.169
5. SCIB vnit. kont.				–	.584	.130	-.097	-.079	-.022	-.121
6. Spokojenost s por.					–	.170	-.126	-.200	-.059	-.115
7. Opora odd. šestined.						–	-.204	-.207	-.102	-.078
8. Dítě se snadno rozruší							–	.804	.078	.015
9. Dítě se dá obtížně uklidnit								–	.111	.060
10. Soc. op. před por.									–	.474
11. Soc. op. po por.										–

Pozn.: Tučně zvýrazněné hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu jsou statisticky významné ($p < .05$).

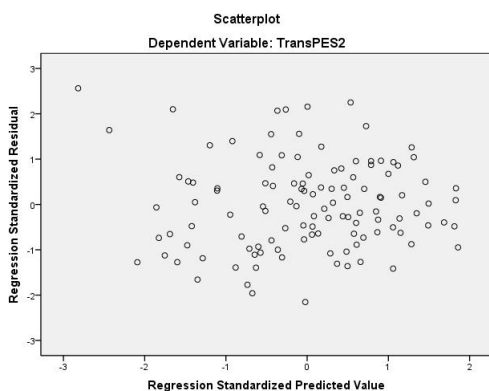
Tabulka 17.7: Přehled korelací všech vložených proměnných MLR s nezávislou proměnnou rodičovská self-efficacy po porodu



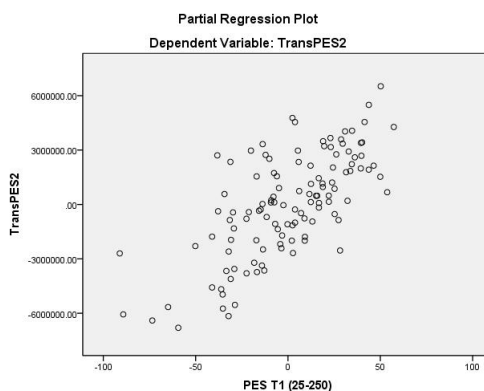
Graf 13 - Distribuce standardiz. reziduí



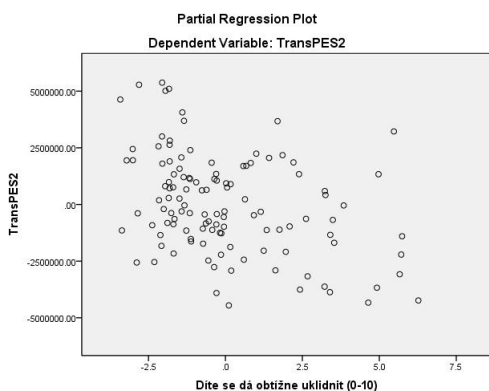
Graf 14 - Graf normální pravděpodobnosti



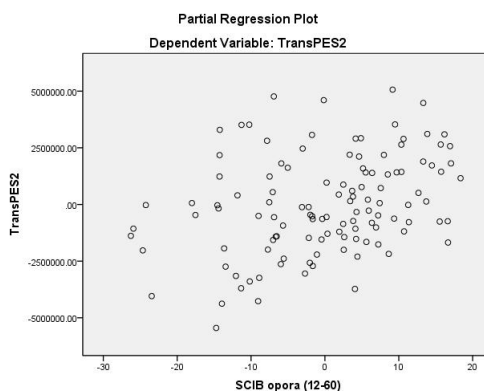
Graf 15 - Standardiz. predik. hodnoty vs. standardiz. rezidua



Graf 16 - Studentiz. rezidua vs. PES T1



Graf 17 - Studentiz. rezidua vs. neutišitelnost dítěte



Graf 18 - Studentiz. rezidua vs. opora zdravotníků

Tabulka 17.8: Grafy diagnostiky předpokladů MLR pro záv. proměnnou rodičovská self-efficacy po porodu

Literatura

- Abbey, A., Andrews, F., & Halman, L. (1994). Infertility and parenthood: Does becoming a parent increase well-being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(2), 398-403.
- Ahnert, L. (2008). Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung. In L. Ahnert (Ed.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung* (p. 63-81). Ernst Reinhardt.
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (p. 33-51). Routledge.
- Alehagen, S., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 85*(1), 56–62.
- Alexander, M., & Higgins, E. (1993). Emotional trade-offs of becoming a parent: How social roles influence self-discrepancy effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(6), 1259-1269.
- Anderson, N. (1968). Application of a linear-serial model to a personality-impression task using serial presentation. *Journal of Personality and Social Psychology, 10*(4), 354.
- Asch, S. (1946). Forming impressions of personality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 41*(3), 258.
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine, 11*(4), 389–398.
- Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders, 119*(1), 200–204.
- Ayers, S., & Pickering, A. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology & Health, 20*(1), 79–92.

- Backmund, V., Vierzigmann, G., Sierwald, W., & Schneewind, K. A. (1992). Entscheidung "Kind Ja oder Nein" und berufliche Orientierung: geschlechtstypische Differenzierungen. In L. Brüderl & B. Paetzold (Eds.), *Frauenleben zwischen Beruf und Familie: Psychosoziale Konsequenzen für Persönlichkeit und Gesundheit* (p. 139-154). Weinheim & München: Juventa.
- Bahl, R., Strachan, B., & Murphy, D. (2004). Outcome of subsequent pregnancy three years after previous operative delivery in the second stage of labour: cohort study. *British Medical Journal*, *328*(7435), 311.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman and Co.
- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., ... Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment & Human Development*, *12*(1-2), 3-141.
- Behringer, J., Reiner, I., & Spangler, G. (2012). Mütterliche Bindungsrepräsentation, Paarbindung und Elternverhalten. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter* (2. ed., p. 319-353). Hans Huber.
- Belsky, J., Lang, M., & Huston, T. (1986). Sex typing and division of labor as determinants of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(3), 517-522.
- Benn, R. K. (1986). Factors promoting secure attachment relationships between employed mothers and their sons. *Child Development*, *57*(5), 1224-1231. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=7250242&lang=cs&site=ehost-live>
- Bennington, L. K. (2010). *The Relationship Among Maternal Infant Bonding, Spirituality, and Maternal Perception of Childbirth Experience*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University Richmond, Virginia.
- Berentson-Shaw, J., Scott, K., & Jose, P. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(4), 357-373.
- Bernardon, S., Babb, K., Hakim-Larson, J., & Gragg, M. (2011). Loneliness, attachment, and the perception and use of social support in university students.

Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 43(1), 40-51.

- Bernier, A., Jarry-Boileau, V., Tarabulsky, G. M., & Miljkovitch, R. (2010). Initiating a Caregiving Relationship: Pregnancy and Childbirth Factors as Predictors of Maternal Sensitivity. *Infancy*, 15(2), 197–208.
- Bliss-Holtz, V. (1988). Primiparas' prenatal concern for learning infant care. *Nursing Research*, 37(1), 20-24.
- Born, J., Lange, T., Kern, W., McGregor, G. P., Bickel, U., & Fehm, H. L. (2002). Sniffing neuropeptides: a transnasal approach to the human brain. *Nature Neuroscience*, 5(6), 514. Retrieved from <http://www.kfg.uni-luebeck.de/Intern/data/Library/PDF/Born%20etal,%202002,%20Nat%20Neurosci,%20Sniffing%20neuropeptides.pdf>
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1980). *Das Glück und die Trauer: Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart: Klett.
- Bowlby, J. (1984). Caring for the young: Influences on development. In R. C. Cohen (Ed.), *Parenthood: A psychodynamic perspective* (p. 269-284). New York: Guildford Press New York.
- Braun, K., & Helmeke, C. (2008). Neurobiologie des Bindungsverhaltens: Befunde aus der tierexperimentellen Forschung. In L. Ahnert (Ed.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung* (p. 281-296). Ernst Reinhardt.
- Brüderl, L. (1988). Auseinandersetzung mit Problemen und Anforderungen im Prozess der Familienwerdung. In L. Brüderl (Ed.), *Belastende Lebenssituationen* (p. 76-95). Juventa.
- Brüderl, L. (1989). *Entwicklungspsychologische Analyse des Übergangs zur Erst- und Zweitelternschaft*. Dissertation, Philosophische Fakultät der Friedrich-Alexander Universität Erlangen/Nürnberg.
- Breen, D. (1976). *The birth of a first child: Toward an understanding of femininity*. Weinheim & Basel: Tavistock.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: elaborating a central construct in attachment theory. In

- P. R. Cassidy Jude; Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (2. ed., p. 102-127). The Guildford Press.
- Brisch, K., Munz, D., Bemmerer-Mayer, K., Terinde, R., Kreienberg, R., & Kächele, H. (2003). Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(2), 91–97.
- Brisch, K., Munz, D., Kächele, H., Terinde, R., & Kreienberg, R. (2005). Effects of previous pregnancy loss on level of maternal anxiety after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Loss and Trauma, 10*(2), 131–153.
- Börjesson, K., Ruppert, S., Wager, J., & Bågedahl-Strindlund, M. (2007). Personality disorder, psychiatric symptoms and experience of childbirth among childbearing women in Sweden. *Midwifery, 23*(3), 260–268.
- Bryanton, J., Gagnon, A., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: Results of a prospective cohort study. *Nursing Research, 57*(4), 252–259.
- Buckley, S. J. (2009). *Gentle birth, gentle mothering*. Berkeley, CA: Celestial Arts.
- Bussche, E., Crombez, G., Eccleston, C., & Sullivan, M. (2007). Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain, 11*(3), 275–282.
- Callister, L., Khalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2003). The pain of childbirth: perceptions of culturally diverse women. *Pain Management Nursing, 4*(4), 145–154.
- Campbell, A. (2007). Attachment, aggression and affiliation: the role of oxytocin in female social behavior. *Biological Psychology, 77*(1), 1–10.
- Cardoso, C., Linnen, A., Joobar, R., & Ellenbogen, M. (2012). Coping style moderates the effect of intranasal oxytocin on the mood response to interpersonal stress. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 20*(2), 84-91.
- Cassidy, J. (2008). The Nature of the Child's Ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (2. ed., p. 3-22). The Guildford Press.

- Cassidy, J., Ziv, Y., Mehta, T. G., & Feeney, B. C. (2003). Feedback seeking in children and adolescents: Associations with self-perceptions, attachment representations, and depression. *Child Development, 74*(2), 612 - 628.
- Château, P., Holmberg, H., Jakobsson, K., & Winberg, J. (1977). A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Developmental Medicine & Child Neurology, 19*(5), 575–584.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth, 7*(1), 26.
- Clulow, C. (1991). Partners becoming parents: A question of difference. *Infant Mental Health Journal, 12*(3), 256–266.
- Coleman, P., & Karraker, K. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal, 24*(2), 126–148.
- Colman, R. A., & Thompson, R. A. (2002). Attachment Security and the Problem-Solving Behaviors of Mothers and Children. *Merrill-Palmer Quarterly, 48*(4), 337 - 359.
- Creedy, D., Shochet, I., & Horsfall, J. (2001). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth, 27*(2), 104–111.
- Crouch, M., & Manderson, L. (1995). The social life of bonding theory. *Social Science & Medicine, 41*(6), 837–844.
- Crowel, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (2. ed., p. 599-634). New York: Guilford Press.
- Côté-Arsenault, D., Donato, K., & Earl, S. (2006). Watching & worrying: Early pregnancy after loss experiences. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 31*(6), 356-363.
- Cutrona, C., & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507–1518.

- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(1), 35–51.
- Dahlen, H., Barclay, L., & Homer, C. (2010). The novice birthing: Theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. *Midwifery*, *26*(1), 53–63.
- Darvill, R., Skirton, H., Farrand, P., et al. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, *26*(3), 357.
- Davies, L., & Rains, P. (1995). Single mothers by choice? *Families in Society*, *76*(9), 543-550.
- De Dreu, C., Greer, L., Handgraaf, M., Shalvi, S., Van Kleef, G., Baas, M., . . . Feith, S. (2010). The neuropeptide oxytocin regulates parochial altruism in intergroup conflict among humans. *Science*, *328*(5984), 1408–1411.
- De Dreu, C., Greer, L., Van Kleef, G., Shalvi, S., & Handgraaf, M. (2011). Oxytocin promotes human ethnocentrism. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(4), 1262–1266.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, *14*(4), 625.
- Dick-Read, G. (1933). *Natural childbirth*. Heinemann London.
- Dittrichová, J., Papoušek, M., & Paul, K. (2004). *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada.
- Ditzen, B., Nater, U., Schaer, M., La Marca, R., Bodenmann, G., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2012). Sex-specific effects of intranasal oxytocin on autonomic nervous system and emotional responses to couple conflict. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*.
- Doering, S. G., Entwisle, D. R., & Quinlan, D. (1980, March). Modeling the quality of women's birth experience. *Journal of Health & Social Behavior*, *21*(1), 12-21.
- Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C., & Herpertz, S. (2007). Oxytocin improves "mind-reading" in humans. *Biological Psychiatry*, *61*(6), 731–733.

- Domes, G., Lischke, A., Berger, C., Grossmann, A., Hauenstein, K., Heinrichs, M., & Herpertz, S. (2010). Effects of intranasal oxytocin on emotional face processing in women. *Psychoneuroendocrinology*, *35*(1), 83–93.
- Domes, G., Sibold, M., Schulze, L., Lischke, A., Herpertz, S., & Heinrichs, M. (2012). Intranasal oxytocin increases covert attention to positive social cues. *Psychological Medicine*, *1*(1), 1–7.
- Drummond, J., & Rickwood, D. (1997). Childbirth confidence: Validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing*, *26*(3), 613–622.
- Dulude, D., Wright, J., & Belanger, C. (2000). The effects of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *18*(1), 5–20.
- Řežábek, K. (1999). *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada.
- Edworthy, Z., Chasey, R., & Williams, H. (2008). The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *26*(2), 123–138.
- Ellenbogen, M., Linnen, A., Cardoso, C., & Joobar, R. (2012). Intranasal oxytocin impedes the ability to ignore task-irrelevant facial expressions of sadness in students with depressive symptoms. *Psychoneuroendocrinology*, *in press*.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rütke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M., ... Arck, P. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human reproduction*, *22*(3), 869–877.
- Else-Quest, N., Hyde, J., & Clark, R. (2003). Breastfeeding, bonding, and the mother-infant relationship. *Merrill-Palmer Quarterly*, *49*(4), 495–517.
- Engelhard, I., van den Hout, M., & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, *23*(2), 62–66.
- Erikson, E. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *26*(1), 63–72.

- Escott, D., Slade, P., Spiby, H., & Fraser, R. B. (2005). Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method of preparation for labour. *Midwifery*, *21*(3), 278–291.
- Escott, D., Slade, P., Spiby, H., et al. (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical psychology review*, *29*(7), 617.
- Escott, D., Spiby, H., Slade, P., Fraser, R., et al. (2004). The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery*, *20*(2), 144–156.
- Eurostat. (2011, January). *Population Statistics 2006*. Retrieved from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EH-06-001/EN/KS-EH-06-001-EN.PDF
- Fair, C., & Morrison, T. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, *28*(1), 39–44.
- Feinberg, M., Jones, D., Kan, M., & Goslin, M. (2010). Effects of family foundations on parents and children: 3.5 years after baseline. *Journal of Family Psychology*, *24*(5), 532–542.
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J., & Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, *21*(1), 23–35.
- Fiedler, K., & Bless, H. (2006). Sociální kognice. In M. Hewstone & W. Stroebe (Eds.), *Sociální psychologie* (p. 149–187). Praha: Portál.
- Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*, *63*(1), 64–75.
- Ford, E., & Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(2), 260–268.
- Ford, E., Ayers, S., & Wright, D. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, *18*(2), 245–252.

- Fowles, E. (1998). Labor concerns of women two months after delivery. *Birth*, 25(4), 235–240.
- Froman, R., & Owen, S. (1989). Infant care self-efficacy. *Research and Theory for Nursing Practice*, 3(3), 199–211.
- Gao, L., Chan, S., Li, X., Chen, S., & Hao, Y. (2010). Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1208–1216.
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: a behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (2. ed., p. 833-856). The Guildford Press.
- Gibbins, J., & Thomson, A. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302–313.
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt*. Kohlhammer.
- Gloger-Tippelt, G., Gomille, B., & Grimmig, R. (1993). *Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht*. Leske und Budrich.
- Goodman, P., Mackey, M., & Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–219.
- Goodwin, R., Costa, P., & Adonu, J. (2004). Social support and its consequences: 'Positive' and 'deficiency' values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, 43(3), 465–474.
- Gottvall, K., & Waldenström, U. (2003). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(3), 254–260.
- Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C., & Medves, J. M. (2005). Episiotomy Rates Around the World: An Update. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 32(3), 219 - 223.
- Grant, H.-B. (1992). *Übergang zur Elternschaft und Generativität*. Dissertation, Philosophische Fakultät der Universität Düsseldorf.

- Green, B., Furrer, C., & McAllister, C. (2007). How do relationships support parenting? Effects of attachment style and social support on parenting behavior in an at-risk population. *American Journal of Community Psychology, 40*(1), 96–108.
- Green, J., & Baston, H. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *Birth, 30*(4), 235–247.
- Gregor, V., Šípek, A., Šípek, A. j., Horáček, J., Langhammer, P., Petržílková, L., & Calda, P. (2009). Prenatální diagnostika chromozomálních aberací Česká republika: 1994–2007. *Česká Gynekologie, 74*(1), 44–54.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hašková, H. (2001a). *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: SoÚ AV ČR.
- Hašková, H. (2001b). *Sociální aspekty porodu. Zpráva z výzkumu*. Praha: Aperio.
- Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A., & Forslin, L. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery, 11*(3), 130–137.
- Halpern, L., & Mclean, W. (1997). Hey mom, look at me! *Infant Behavior and Development, 20*(4), 515–529.
- Hammond, K. (2001). Infertility. *Nurse Practitioner, 26*(12), 2-12.
- Hamner, T., & Turner, P. (2001). *Parenting in contemporary society* (4. ed.). Needam Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Haslam, D., Pakenham, K., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal, 27*(3), 276–291.
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery, 23*(3), 235–247.
- Heim, C., Young, L., Newport, D., Mletzko, T., Miller, A., & Nemeroff, C. (2008). Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry, 14*(10), 954–958.

- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., Ehlert, U., et al. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, *54*(12), 1389–1398.
- Heinrichs, M., Meinlschmidt, G., Neumann, I., Wagner, S., Kirschbaum, C., Ehlert, U., & Hellhammer, D. (2001). Effects of suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactating women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *86*(10), 4798–4804.
- Heinrichs, M., von Dawans, B., Domes, G., et al. (2009). Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *30*(4), 548.
- Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *25*(3-4), 267–272.
- Hobfoll, S., Nadler, A., & Leiberman, J. (1986). Satisfaction with social support during crisis: Intimacy and self-esteem as critical determinants. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(2), 296.
- Hobson, J., Slade, P., Wrench, I., & Power, L. (2006). Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, *15*(1), 18–23.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *186*(5), 160–172.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada.
- Hrdy, S. B. (2000). *Mutter Natur*. Berlin Verlag.
- Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(4), 520–530.
- Ip, W., Chung, T., & Tang, C. (2008). The Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory: the development of a short form. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(3), 333–340.

- Ip, W., Tang, C., & Goggins, W. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of clinical nursing, 18*(15), 2125–2135.
- Jackson, A., & Huang, C. (2000). Parenting stress and behavior among single mothers of preschoolers: The mediating role of self-efficacy. *Journal of Social Service Research, 26*(4), 29–42.
- Jones, S. (2007). Exercising agency, becoming a single mother: Decision-making processes of unmarried women. *Marriage & Family Review, 42*(4), 35–61.
- Jøurgensen, C., Uddenberg, N., & Ursing, I. (1985). Ultrasound diagnosis of fetal malformation in the second trimester. The psychological reactions of the women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 4*(1), 31–40.
- Keating-Lefler, R., & Wilson, M. (2004). The experience of becoming a mother for single, unpartnered, Medicaid-eligible, first-time mothers. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(1), 23–29.
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., & Arolt, V. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies - a pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 26*(1), 9–14.
- Kersting, A., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., Klockenbusch, W., Lanczik, M., & Arolt, V. (2004). Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25*(2), 163–169.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Kjaergaard, H., Wijma, K., Dykes, A., & Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*(4), 340–350.
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (1993). *Mothering the mother: how a doula can help you have a shorter, easier, and healthier birth*. Addison-Wesley Reading, Mass.
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (1996). *Bonding: Building the foundations of secure attachment and independence*. Da Capo Press.

- Kodyšová, E., & Horáková Hoskovcová, S. (2012). Raná rodičovská self-efficacy a sociálně-psychologické aspekty porodního zážitku. In *Sborník vybraných příspěvků z PhD existence II: česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (p. 167-176). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kodyšová, E., & Mrowetz, M. (2010, leden). Psychologie porodu – chiméra, nebo realita? *Psychosom*, 8(1), 38-45.
- Kodysova, E. (2012). Social support and personal control in childbirth, education and parental self-efficacy. In *EHPs 2012 abstracts, Psychology & Health* (Vol. 27, p. 249).
- Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early Human Development*.
- Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., . . . Lehtonen, L. (2008). Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97(6), 724–730.
- Koryntová, D., Síbrtová, K., Kloučková, E., Čepický, P., Řežábek, K., & Živný, J. (2001). Úzkost a deprese před in vitro fertilizací - muži a ženy reagují různě podle příčiny neplodnosti. *Česká gynekologie*, 66(1), 47-51.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P., Fischbacher, U., & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435(7042), 673–676.
- Kovaříková, Z. (2006). *Porodní trauma*. Unpublished master's thesis, Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, Praha.
- Kroeger, M. (2004). *Impact of birthing practices on breastfeeding: Protecting the mother and baby continuum*. Jones & Bartlett Learning.
- Kroelinger, C., & Oths, K. (2000). Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27(2), 112–119.
- Krofta, L., Ľubušký, M., Nový, J., Skřivánek, A., Šantavý, J., & Vlašín, P. (2011). Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče. *Česká Gynekologie*, 76(6), 492.

- Kubzansky, L., Mendes, W., Appleton, A., Block, J., & Adler, G. (2012). A heartfelt response: Oxytocin effects on response to social stress in men and women. *Biological Psychology*, *90*(1), 1–9.
- Lane, A., Luminet, O., & Mikolajczak, M. (2013). Oxytocinergic modulation of emotional processes in social interactions. In C. Mohiyeddini, M. Eysenck, & S. Bauer (Eds.), *Psychology of Emotions*. New York: Nova.
- Larkin, P., Begley, C., & Devane, D. (2012). ‘Not enough people to look after you’: An exploration of women’s experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, *28*(1), 98–105.
- Lawrence, E., Nylén, K., & Cobb, R. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, *21*(2), 155.
- Lawson, K., & Walls-Ingram, S. (2010). Selective abortion for Down syndrome: The relation between the quality of intergroup contact, parenting expectations, and willingness to terminate. *Journal of Applied Social Psychology*, *40*(3), 554–578.
- Lay, J. K. C. (2009). *Schmerzkonzepte im Kontext von Geburt und Sterben. Eine qualitative Inhaltsanalyse*. Unpublished master’s thesis, Philologische, Philosophische und Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftliche Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg i. Br.
- Leeds, L., & Hargreaves, I. (2008). The psychological consequences of childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *26*(2), 108–122.
- Leerkes, E., & Crockenberg, S. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*, *3*(2), 227–247.
- Lehr, U. (1978). Das mittlere Erwachsenenalter - ein vernachlässigtes Gebiet der Entwicklungspsychologie. In R. Oerter (Ed.), *Entwicklung als lebenslanger Prozess* (p. 147-177). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Lemola, S., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of reproductive and infant psychology*, *25*(3), 190–202.

- Liebler, C. (2005). Components of change in social support exchange patterns surrounding the transition to parenthood. In *Conference Papers* (p. 1-37). American Sociological Association.
- Lischke, A., Gamer, M., Berger, C., Grossmann, A., Hauenstein, K., Heinrichs, M., . . . Domes, G. (2012). Oxytocin increases amygdala reactivity to threatening scenes in females. *Psychoneuroendocrinology*.
- Lobel, M., & DeLuca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Social science & medicine*, *64*(11), 2272–2284.
- Loh, C., & Vostanis, P. (2004). Perceived mother-infant relationship difficulties in postnatal depression. *Infant and Child Development*, *13*(2), 159–171.
- Lowe, N. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing and Health*, *16*(2), 141-149.
- Lowe, N. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *186*(5), S16–S24.
- López, J., Basulto, D., & Valázquez, M. (2008). Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: Experiencias de mujeres y hombres. *Psicología & Sociedade*, *20*(3), 434–443.
- Luminet, O., Grynberg, D., Ruzette, N., & Mikolajczak, M. (2011). Personality-dependent effects of oxytocin: Greater social benefits for high alexithymia scorers. *Biological Psychology*, *87*(3), 401–406.
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, *21*(4), 346–354.
- Lundgren, I., & Dahlberg, K. (1998). Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery*, *14*(2), 105–110.
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 81–90.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment. Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (p. 127-159). Routledge.

- Main, M. (2012). Aktuelle Studien zur Bindung. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter* (2. vyd. ed., p. 17-64). Hans Huber.
- Malá, M. (2010, prosinec). *Jediné, co jsme koupili, byl hrob, vzpomíná Šárka na těhotenství*. Retrieved from http://ona.idnes.cz/jedine-co-jsme-pro-dite-koupili-byl-hrob-vzpomina-sarka-na-tehotenstvi-1zp-/deti.aspx?c=A101112_172057_deti_jup
- Mannis, V. (1999). Single mothers by choice. *Family Relations*, 121–128.
- Masopustová, Z., & Bouša, O. (2009). Pocity matek z kojeneckého pláče. *E-psychologie*, 3(4), 1-13. Retrieved from <http://e-psycholog.eu/pdf/masopustovaetal.pdf>
- Matějček, Z., & Langmeier, J. (1986). *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- Maul, A. (2007). An evolutionary interpretation of the significance of physical pain experienced by human females: Defloration and childbirth pains. *Medical Hypotheses*, 69(2), 403–409.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 660–669.
- Melender, H., & Lauri, S. (2001). Security associated with pregnancy and childbirth-experiences of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(4), 229–239.
- Melender, H.-L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101–111.
- Mikolajczak, M., Gross, J., Lane, A., Corneille, O., de Timary, P., & Luminet, O. (2010). Oxytocin makes people trusting, not gullible. *Psychological Science*, 21(8), 1072–1074.
- Mäntymaa, M., Tamminen, T., Puura, K., Luoma, I., Koivisto, A., & Salmelin, R. (2006). Early mother–infant interaction: Associations with the close relationships and mental health of the mother. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 213–231.

- Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *49*(4), 387–396.
- Mrzilková Susová, I. (2005). *Zpráva o stávajícím stavu porodnické péče v České republice 2004*. Praha: Aperio.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *33*(3), 543–561.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child development*, *67*(5), 2512–2526.
- Namey, E., & Lyerly, A. (2010). The meaning of “control” for childbearing women in the US. *Social Science & Medicine*, *71*(4), 769–776.
- Nathans, L. L., Oswald, F. L., & Nimon, K. (2012). Interpreting Multiple Linear Regression: A Guidebook of Variable Importance. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, *17*(9), 2-20. Retrieved from <http://pareonline.net/pdf/v17n9.pdf>
- Nelson, L. (1997). *Interactions with the fetus during pregnancy: Relationships with adult attachment patterns, stress, and emotional experience*. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin–Milwaukee.
- Nelson, L., & Fazio, A. (1995). Emotional content of talk to the fetus and healthy coping behaviors during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, *16*(3), 179–191.
- Ngai, F.-W., Wai-Chi Chan, S., & Ip, W.-Y. (2010). Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. *Nursing research*, *59*(3), 185.
- Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, *12*(4), 491–509.
- Nomaguchi, K., & Milkie, M. (2003). Costs and rewards of children: The effects of becoming a parent on adults’ lives. *Journal of Marriage and Family*, *65*(2), 356–374.
- Nystedt, A., Högberg, U., & Lundman, B. (2008). Women’s experiences of becoming a mother after prolonged labour. *Journal of advanced nursing*, *63*(3), 250–258.

- Oakleyová, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál.
- Odent, M. (2000). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.
- Odent, M. (2001). *The scientification of love*. London: Free Association Books.
- Olbrich, L., E. & Brüderl. (1995). Früheres Erwachsenenalter: Partnerwahl, Partnerschaft, Elternschaft. In L. M. Rolf Oerter (Ed.), *Entwicklungspsychologie: ein Lehrbuch*. Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1–16.
- Papaligoura, Z., & Trevarthen, C. (2001). Mother–infant communication can be enhanced after conception by in-vitro fertilization. *Infant Mental Health Journal*, 22(6), 591–610.
- Papoušek, M., & Von Hofacker, N. (1998). Persistent crying in early infancy: A non-trivial condition of risk for the developing mother–infant relationship. *Child: Care, Health and Development*.
- Parratt, J. (1994). The experience of childbirth for survivors of incest. *Midwifery*, 10(1), 26–39.
- Pearce, H., & Ayers, S. (2005). The expected child versus the actual child: implications for the mother–baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 89–102.
- Příhoda, V. (1983). *Ontogeneze lidské psychiky III: Vývoj člověka od patnácti do třiceti let*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Pierce, G., Sarason, I., & Sarason, B. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028–1039.
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J., Webster, I., Mallory, R., & Coffin, B. (1992). The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 24(1), 41.
- Priddis, L., & Howieson, N. (2009). The vicissitudes of mother–infant relationships between birth and six years. *Early Child Development and Care*, 179(1), 43–53.

- Raikes, H., & Thompson, R. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, *26*(3), 177–190.
- Randell, B. (1993). Growth versus stability: Older primiparous women as a paradigmatic case for persistence. *Journal of Advanced Nursing*, *18*(4), 518–525.
- Raphael-Leff, J. (1993). *Pregnancy: The inside story*. Karnac Books.
- Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní ateliér AREA.
- Raver, C., & Leadbeater, B. (1999). Mothering under pressure: Environmental, child, and dyadic correlates of maternal self-efficacy among low-income women. *Journal of Family Psychology*, *13*(4), 523.
- Reading, A., Cox, D., Sledmere, C., & Campbell, S. (1984). Psychological changes over the course of pregnancy: A study of attitudes toward the fetus/neonate. *Health Psychology*, *3*(3), 211.
- Reece, S. (1992). The Parent Expectations Survey: A measure of perceived self-efficacy. *Clinical Nursing Research*, *1*(4), 336–346.
- Reid, M. (2007). The loss of a baby and the birth of the next infant: The mother's experience. *Journal of Child Psychotherapy*, *33*(2), 181–201.
- Rholes, W., Simpson, J., Campbell, L., & Grich, J. (2001). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*(3), 421.
- Riggio, H., & Desrochers, S. (2006). Maternal Employment Relations With Young Adults' Work and Family Expectations and Self-Efficacy. *American Behavioral Scientist*, *49*(10), 1328–1353.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Van Der Pal, K., Prins, M., Green, J., & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, *35*(2), 107–116.
- Ringler, M. (1985). *Psychologie der Geburt im Krankenhaus. Individuelle, kulturelle und soziale Aspekte der Geburtshilfe*. Weinheim & Basel: Beltz.

- Rodička a novorozenec 2010*. (2011, December). Praha. Retrieved from <http://www.uzis.cz/system/files/rodnov2010.pdf>
- Rona, R., Smeeton, N., Beech, R., Barnett, A., & Sharland, G. (1998). Anxiety and depression in mothers related to severe malformation of the heart of the child and foetus. *Acta Paediatrica*, *87*(2), 201–205.
- Ryding, E. L., Wirfelt, E., Wängborg, I.-B., Sjögren, B., & Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *86*(7), 814–820.
- ČSÚ. (2006). *Porodnost a plodnost 2001-2005*. Retrieved from <http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4008-06>
- Sadow, L. (1984). Parenthood: A psychodynamic perspective. In (p. 285-296). Guilford Press New York.
- Salonen, A. (2010). *Parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period*. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Medicine of the University of Tampere.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt Kurki, P., Järvenpää, A.-L., Isoaho, H., & Tarkka, M.-T. (2009, November). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(11), 2324–2336.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2005). The travesty of choosing after positive prenatal diagnosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *34*(3), 307–318.
- Sarason, B., Pierce, G., Bannerman, A., & Sarason, I. (1993). Investigating the antecedents of perceived social support: Parents' views of and behavior toward their children. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(5), 1071-1085.
- Sarason, B., Pierce, G., Shearin, E., Sarason, I., Waltz, J., & Poppe, L. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(2), 273-287.
- Sarason, B., Shearin, E., Pierce, G., & Sarason, I. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(4), 813-832.

- Sawyer, A., & Ayers, S. (2009). Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology & Health, 24*(4), 457 - 471.
- Schindl, M., Birner, P., Reingrabner, M., Joura, E. A., Husslein, P., & Langer, M. (2003). Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 82*(9), 834–840.
- Schwab, R., & Möller, I. (2001). Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. In E. Brähler & U. Unger (Eds.), (2nd ed., p. 54-70). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2004). Social support. *Health psychology, 15*8–82.
- Schytt, E., Green, J. M., Baston, H. A., & Waldenström, U. (2008). A comparison of Swedish and English primiparae's experiences of birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*(4), 277–294.
- Scott, K. D., Klaus, P. H., & Klaus, M. H. (1999). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of women's health & gender-based medicine, 8*(10), 1257–1264.
- Sieber, S., Germann, N., Barbir, A., & Ehlert, U. (2006). Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 85*(10), 1200–1207.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth, 18*(4), 203–210.
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part 11: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth, 19*(2), 64–81.
- Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Soet, J., Brack, G., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth, 30*(1), 36–46.
- Solomon, J. (1998). Bonding: Building the foundations of secure attachment and independence. *Infant Mental Health Journal, 19*(1), 89 - 91.

- Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the caregiving systems: toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, *17*(3), 3 - 17.
- Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S., Urrutia, J., et al. (1980). The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *New England Journal of Medicine*, *303*(11), 597–600.
- Spagnuolo Lobb, M. (1990). Childbirth as re-birth of the mother: A psychological model of training for childbirth by Gestalt therapy approach. *The Gestalt Journal*, *15*(1), 7–38.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, *7*(4), 349 - 367.
- Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Bürgin, D., ... Bitzer, J. (2006). Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(4), 211–224.
- Stein, A., Arteché, A., Lehtonen, A., Craske, M., Harvey, A., Counsell, N., & Murray, L. (2010). Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behavior and Development*, *33*(3), 273–278.
- Steiner, A. (2008). *Effects of oxytocin on emotion recognition and eye gaze*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Stifter, C., & Bono, M. (1998). The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother-infant attachment. *Child: Care, Health and Development*, *24*(5), 339–351.
- Stockman, A., & Altmaier, E. (2001). Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *8*(3), 161–166.
- Tabor, A., Madsen, M., Obel, E., Philip, J., Bang, J., & Gaard-Pedersen, B. (1986). Randomised controlled trial of genetic amniocentesis in 4606 low-risk women. *The Lancet*, *327*(8493), 1287–1293.

- Takagi, T., Tanizawa, O., Otsuki, Y., Sugita, N., Haruta, M., & Yamaji, K. (1985). Oxytocin in the cerebrospinal fluid and plasma of pregnant and non-pregnant subjects. *Hormone and Metabolic Research*, 17(6), 308–310.
- Takács, L., & Kodyšová, E. (2011). Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie*, 76(3), 199-204.
- Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., & Bartošová, M. (2011). Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro praxi*, 46(3-4), 9-23.
- Takeda, S., Kuwabara, Y., & Mizuno, M. (1985). Effects of pregnancy and labor on oxytocin levels in human plasma and cerebrospinal fluid. *Endocrinologia Japonica*, 32(6), 875-880.
- Tarkka, M.-T., Paunonen, M., Laippala, P., et al. (2000). Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(3), 184.
- Taubman-Ben-Ari, O., Findler, L., & Sharon, N. (2011). Personal growth in mothers: examination of the suitability of the posttraumatic growth inventory as a measurement tool. *Women & Health*, 51(6), 604 - 622.
- Teti, D., & Gelfand, D. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62(5), 918–929.
- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: familiar questions, new answers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (2. ed., p. 348-365). The Guildford Press.
- Trevarthen, C. (2011). What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*, 20(1), 119–135.
- Šulová, L. (2005). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- Van Berkel, D., Candido, A., & Pijffers, W. (2007). Becoming a mother by non-anonymous egg donation: secrecy and the relationship between egg recipient, egg donor and egg donation child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 97–104.

- van den Akker, O. (2012). *Reproductive Health Psychology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- van Teijlingen, E. (2005). A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online*, *10*(2). Retrieved from <http://www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html>
- van Teijlingen, E., Hundley, V., Rennie, A., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best.". *Birth*, *30*(2), 75-82.
- Vedhara, K., Metcalfe, C., Brant, H., Crown, A., Northstone, K., Dawe, K., ... Smith, G. (2012). Maternal mood and neuroendocrine programming: effects of time of exposure and sex. *Journal of neuroendocrinology*, *24*(7), 999–1011.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- von Soest, T., & Wichstrøm, L. (2008). The impact of becoming a mother on eating problems. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(3), 215–223.
- Wadhwa, P., et al. (2005). Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology*, *30*(8), 724–743.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of psychosomatic research*, *47*(5), 471–482.
- Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, *31*(2), 102-107.
- Wasser, S. (1994). Psychosocial stress and infertility. *Human Nature*, *5*(3), 293–306.
- Waters, H. S., & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development*, *8*(3), 185–197.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: conceptual and empirical aspects of security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (2. ed., p. 78-101). The Guildford Press.

- Weinstock, M. (2008). The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *32*(6), 1073–1086.
- Wenner, N. R. (1966). Dependency patterns in pregnancy. In J. H. Masserman (Ed.), *Sexuality of women*. Weinheim & Basel: Grune & Stratton.
- West, G. K. (2002). *Dobrodružství psychického vývoje*. Praha: Portál.
- White, T., Matthey, S., Boyd, K., & Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *24*(02), 107–120.
- Wilkinson, R., & Mulcahy, R. (2010). Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *28*(3), 252–265.
- Williams, T. M., Joy, L. A., Travis, L., Gotowiec, A., Blum-Steele, M., Aiken, L. S., ... Davidson, S. M. (1987). Transition to motherhood: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, *8*(3), 251–265.
- Winnicott, D. (1987). *Babies and their mothers*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Wolff, M., & Ijzendoorn, M. (2006). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, *68*(4), 571–591.
- Woo, H., & Kelly Raley, R. (2005). A small extension to “costs and rewards of children: The effects of becoming a parent on adults’ lives”. *Journal of Marriage and Family*, *67*(1), 216–221.
- Wright, M., McCrea, H., Stringer, M., & Murphy-Black, T. (2000). Personal control in pain relief during labour. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(5), 1168–1177.
- Zak, P., Kurzban, R., & Matzner, W. (2005). Oxytocin is associated with human trustworthiness. *Hormones and Behavior*, *48*(5), 522–527.
- Zasloff, E., Schytt, E., & Waldenström, U. (2007). First time mothers’ pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *86*(11), 1328–1336.