

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Snižování předporodního stresu pomocí muzikoterapie

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Procházková

Autorka práce: Petra Kacálková

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím literatury uvedené v seznamu a souhlasím s využitím poznatků obsažených v této práci za předpokladu řádné citace.

V Praze dne:.....

Podpis autorky.....

Poděkování

Za cenné rady, podnětné připomínky a pro mne velmi inspirující spolupráci upřímně děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Janě Procházkové.

Za čemé diskuze a mnoho zajímavých podnětů upřímně děkuji Mgr. et Mgr. Jitce Pejřimovské.

Za umožnění realizace šetření a podporu myšlenek mé práce patří velký dík také porodní asistence Ivaně Königsmarkové.

Děkuji také ředitelce A- centra MgA. Kataríně Zatovičové za podporu při získávání zkušeností z kontaktu s těhotnými ženami, a to především umožněním neomezeného počtu návštěv kurzů předporodní přípravy v A- centru.

Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Matěji Lipskému za poskytnutí časového prostoru pro realizaci šetření v rámci specializačního studia Edukační muzikoterapie.

V neposlední řadě děkuji také všem lektorkám A- centra, které mi umožnily účast na svých kurzech předporodní přípravy a pomohly mi s administrací dotazníků, dále všem těhotným ženám a nastávajícím otcům a také studentům Edukační muzikoterapie, kteří se zúčastnili šetření, za obětavou spolupráci, ochotu a trpělivost.

OBSAH

1. ÚVOD.....	6
2. TEORETICKÁ ČÁST	7
2.1. Psychologické aspekty těhotenství	7
2.1.1. Těhotenství a moderní rodina	7
2.1.2. Psychické změny v těhotenství.....	7
2.1.3. Vývoj vazby matka- otec- dítě	11
2.1.4. Komunikace matky a otce s nenarozeným dítětem	13
2.1.5. Psychologické aspekty porodu	16
2.2. Muzikoterapie v těhotenství	18
2.2.1. Vymezení muzikoterapie a jejích základních forem	18
2.2.2. Působení hudby a řeči na nenarozené dítě	21
2.2.3. Muzikoterapie v práci se skupinou těhotných žen a jejich partnerů v rámci psychoprophylaktické přípravy na porod.....	26
2.2.4. Hudba u porodu	33
2.3. Možnosti zapojení muzikoterapie do psychoprophylaktické přípravy rodičů na porod	34
2.3.1. Psychologická příprava na porod.....	34
2.3.2. Muzikoterapie v psychoprophylaktické přípravě na porod	35
3. PRAKTICKÁ ČÁST	37
3.1. Výzkumný cíl.....	37
3.2. Okruh šetření „A“	37
3.2.1. Předpoklady okruhu šetření „A“	38
3.2.2. Vzorek okruhu šetření „A“	38
3.2.3. Metody okruhu šetření „A“	39
3.2.4. Ověření předpokladů okruhu šetření „A“ a dílčí interpretace jednotlivých položek dotazníku č. 1	41
3.2.5. Závěr okruhu šetření „A“	49

3.3. Okruh šetření „B“	50
3.3.1. Předpoklady okruhu šetření „B“	50
3.3.2. Vzorek okruhu šetření „B“	51
3.3.3. Metody okruhu šetření „B“	51
3.3.4. Ověření předpokladů okruhu šetření „B“	52
3.3.5. Závěr okruhu šetření „B“	55
3.4. Okruh šetření „C“	55
3.4.1. Předpoklady okruhu šetření „C“	56
3.4.2. Vzorek okruhu šetření „C“	56
3.4.3. Metody okruhu šetření „C“	57
3.4.4. Ověření předpokladů okruhu šetření „C“	57
3.4.5. Závěr okruhu šetření „C“	63
3.5. Celková interpretace praktické části	64
3.6. Závěr praktické části (Doporučení pro praxi).....	67
4. ZÁVĚR	69
5. RESUMÉ	70
6. RESUME	71
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník č. 1a pro účastníky krátkých muzikoterapeutických setkání v A-centru	75
Příloha č. 2: Dotazník č. 1b pro účastníky krátkých muzikoterapeutických setkání v A-centru	76
Příloha č. 3: Popis části programu víkendového setkání kurzu edukační muzikoterapie, ve kterém byl proveden sběr dat pro účely okruhu výzkumu „B“	78
Příloha č. 4: Dotazník č. 2	79
Příloha č. 5: Sumarizace hodnocení skupiny „NH 2“	80
Příloha č. 6: Dotazník č. 3 pro zjištění hudebních preferencí těhotných žen	81
Příloha č. 7: Výsledky položek 1, 2, 3, 4 a 16 dotazníku č. 3.....	85
Příloha č. 8: CD “Hudební ukázky k dotazníku č. 2“	

1. ÚVOD

Mateřství je závazek na celý život, proto je důležité podpořit přirozený vývoj vztahu mezi dítětem a rodiči.

Jedním z možných způsobů ovlivňování kvality vztahu rodič- nenarozené dítě je zapojení rodičů do psychoprofylaktické přípravy na porod.

Cílem této práce bylo nalezení odpovědi na otázku, zda je muzikoterapie jedním z prostředků přispívajících k psychické připravenosti rodičů na porod a ranou fází přijetí dítěte. Sledovala jsem především, zda zapojení muzikoterapie do psychoprofylaktické přípravy rodičů na porod ovlivní hladinu stresu, úzkosti a tenze u těhotných žen a nastávajících otců.

Problematika působení hudby na těhotnou ženu a nenarozené dítě je podle mě stále živým tématem, neboť pro těhotnou ženu se zdá být přirozená snaha o komunikaci s dítětem a o jejich vzájemné vyladění. Tato oblast mi přijde velmi zajímavá, nejen z pohledu budoucí psycholožky a muzikoterapeutky, ale také budoucí matky. Proto jsem se v této práci pokusila proniknout do psychologie těhotné ženy a zjistit, jak hudba ovlivňuje psychický stav matky a dítěte a jakou roli může v tomto procesu sehrát partner těhotné ženy.

V teoretické části se zabývám psychologickými aspekty těhotenství a v rámci jedné kapitoly jsem stručně popsala také psychologické aspekty porodu, protože psychoprofylaxe dle Pečené (1990) směřuje ke zvládnutí porodu a přijetí dítěte. Dále popisuji percepci hudby matkou a nenarozeným dítětem a podávám výčet hudebních aktivit a muzikoterapeutických technik, které lze aplikovat v práci se skupinou těhotných žen a jejich partnerů.

Nejvhodnějším způsobem pro zjištění možností zapojení muzikoterapie v oblasti psychoprofylaktické přípravy na porod bylo uspořádání sezení nazvaných „hudební aktivity s prvky muzikoterapie“ přímo v A- centru, neboli Centru vědomé a aktivní přípravy na mateřství a rodičovství. Průběh těchto sezení, která posloužila jako cenný zdroj informací o percepci muzikoterapeutických technik a hudby obecně nastávajícími rodiči, popisuji v praktické části. Další informace pro praktickou část práce jsem získávala od těhotných žen účastnících se různých kurzů předporodní přípravy v A- centru.

Velice by mě potěšilo, kdyby se poznatky uvedené v mé práci staly zajímavým materiálem k přečtení pro nastávající matky, otce a jiné zájemce.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Psychologické aspekty těhotenství

2.1.1. Těhotenství a moderní rodina

„S našimi dětmi jsme vskutku na začátku už tehdy, když žijí zatím jen v naší naději, v našem očekávání, v citové připravenosti přijmout je za své.“ (Matějček, 1994, s. 20)

V současné době se často diskutuje problém nízké porodnosti, časové vytíženosti žen- matek či vysoké rozvodovosti. Rodina jako základní sociální společenství často neplní svou funkci a pro nenarozené děti jakoby není na tomto světě místo, buď je na jejich příchod moc brzy, nebo moc pozdě. Ačkoliv je naše společnost relativně dobře hmotně zajištěná, do popředí vystupuje potřeba seberealizace potenciálních rodičů.

Nicolson (2001) tvrdí, že mateřství je velký úkol, i když v sobě skrývá radost, a je to také obtížná a stresující práce. Zasahuje do vztahu ženy k mužům a ostatním ženám a mění zavedený systém v zaměstnání, doma i v sexuálním životě.

Nelze se tedy divit, že ženy odsouvají roli matky na neurčito, také díky nově nabyté autonomii rozhodovat o početi dítěte a zároveň možnosti profesního růstu.

Podle Émila Durkheima (in de Singly, 1999) oslabuje rodinný komunismus a na vzestupu je individualismus. Členové současné rodiny mají větší individualitu než v tradičních rodinách.

Přesto je ale mateřství stále středem identity žen. (Nicolson, 2001)

Ducha rodiny dnes tvoří vztahy mezi mužem a ženou a mezi rodiči a dětmi. (de Singly, 1999)

Matějček (1994) dodává, že rodičovská identita je jedním ze základních rozměrů člověka.

Dále uvádí, že společná starost o dítě, a zvláště angažovanost muže na péči o dítě od samého začátku, je velice vydatným, ne-li nejvydatnějším činitelem rodinné soudržnosti a stability, a tedy prevencí rodinných rozvatů a rozvodů. Rodina by měla pro dítě znamenat základní životní jistotu- ta je tím nejlepším vkladem, který mu může dát.

2.1.2. Psychické změny v těhotenství

„Znovu se vědeckou cestou dochází ke staré moudrosti, jež praví, že doba těhotenství by měla být pro ženu dobou duševní pohody, klidu, radostné naděje a přípravy.“ (Matějček, 1994, s. 18)

Mnozí autoři popisují převážně negativní aspekty psychických změn ženy a jejího partnera v době těhotenství ženy, z důvodu dlouhodobého čelení nárokům na stabilitu rodinného

systemu, doba trvání těhotenství je průměrně 38.-42. týdnů. Např. Čepický (1993) chápe těhotenství jako období psychofyziologické krize a nestability. Podobně nahlíží Vymětal (2007) na rodičovství, které chápe jako jednu z nejvíce zátěžových situací v životě.

V této souvislosti Čepický (1993) dále uvádí, že těhotenství je v důsledku těhotenských změn a odpovědnosti za život a vývoj plodu prožíváno jako **stresová situace**.

Stres definují Hartl, Hartlová jako nadměrnou zátěž neúnikového druhu vedoucí k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k poruše adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám.

Höschl, Šimek (1993, s. 41) uvádějí tuto definici stresu: „jedná se o stav organismu, jehož reakce na okolí jsou provázeny úzkostí, napětím, nebo obrannými mechanismy.“

Vzhledem k zaměření práce na ovlivňování hladiny stresu, úzkosti a tenze u těhotných žen s partnery během hudebních aktivit s prvky muzikoterapie, doplňuji ještě definice úzkosti a tenze.

Vymětal (2007, s. 22) pojímá úzkost jako: „nepříjemný citový stav, jehož bezprostřední příčinu, tedy určitou skutečnost, která ji vyvolává, si na rozdíl od strachu neuvědomujeme.“

Tenzi popisují Hartl, Hartlová jako: „nepříjemný pocit vnitřního napětí, tlaku, neklidu.“

Vzhledem k náročnosti, kterou autoři Nicolson (2001), Čepický (1993) a Vymětal (2007) přisuzují mateřské roli, lze souhlasit s tvrzením Šulové (2004), že žena by měla prožívat těhotenství jen v případě, že je pro mateřství připravena a dítě skutečně chce.

Psychika a „celkové vyladění“ matky má zásadní význam pro přijetí mateřské role, pro přijetí dítěte a jeho integrování do rodiny. (Šulová, 2004)

I u žen s plánovaným, případně vytouženým těhotenstvím však dochází k poměrně výrazným **psychickým změnám**. Ty jsou ovlivněny na jedné straně změnami somatickými, fyziologickými a endokrinními, na druhé straně faktory sociální a ekonomické povahy. (Čepický, 1999, Macků; Macků, 1998)

Čepický (1999) vymezuje faktory ovlivňující psychické změny těhotné ženy takto:

- a) Somatické pozadí psychických změn.

Somatické změny jsou přijímány vesměs negativně. Při pozitivním postoji k těhotenství udávají ženy alespoň na počátku gravidity hrdost na těhotenský vzhled a vyjadřují pocity ženskosti a pýchy. Ale i u těchto žen převládá ve třetím trimestru

nespokojenost, způsobená zvětšujícím se objemem břicha, díky kterému vznikají u žen obavy z váhového přírůstku a ze ztráty kontroly nad vlastním tělem. V tuto dobu se také mohou objevit poruchy spánku způsobené tělesným nepohodlím. Pokud byl postoj k těhotenství od začátku ambivalentní nebo negativní, je na tělesné změny od začátku negativní reakce a později i malé změny (strie, růst prsů) vedou k obavám z poškození těla a ztrátě atraktivnosti.

b) Endokrinní změny.

Hladiny mnohých hormonů (estrogeny, progesteron) dosahují hodnot o několik řádů vyšších než mimo těhotenství, některé hormony se mimo těhotenství vůbec nevyskytují. Mají vliv např. na výkyvy nálad.

c) Psychofyziologické změny.

Důležité je prodloužení reakční doby těhotné ženy na podněty. Změny vnímání bolesti se v těhotenství nezaznamenaly. Mění se ale chuť těhotné ženy.

d) Sociální pozadí psychických změn v těhotenství.

V těhotenství dochází ke změně partnerských a rodinných vztahů. S pokračujícím těhotenstvím pociťuje žena stále větší potřebu pozornosti ze strany partnera, rodiny a přátel, snadno vznikají pocity odmítnutí, poranění, strachu. Stoupá vliv širší rodiny a mění se vztah k matce. Z psychoanalytického pohledu je pro těhotenství charakteristická zvýšená zranitelnost Ega a regrese na nižší vývojová stádia.

V průběhu gravidity je těhotná žena stále více zaměřena na sebe a na plod, partner může mít pocit, že je zanedbáván, vliv může mít také změněná sexuální aktivita partnerky. Větším sebezaujetím a menší pozorností těhotné ženy vůči okolí se dá částečně vysvětlit porucha kognitivních funkcí u těhotných, tkz. benigní těhotenská encefalopatie. Konkrétně se vyznačuje poruchami paměti, koncentrace a dezorientací. Objevuje se u 50 % žen a během šestinedělí se stav většinou upravuje spontánně. Nebyly ale zjištěny rozdíly v inteligenci, extroverzi či rigiditě.

Psychické změny se projeví především změnami v emocionalitě. Udává se zvýšená přecitlivělost, podrážděnost, kolísání nálad, stísněnost, úzkost, jindy naopak zlepšení nálady, naděje, radost. (Čepický, 1999, Macků; Macků, 1998)

Čepický (1999) uvádí, že negativní emoce jsou v těhotenství daleko častější. Více jsou postiženy multipary a zvláště ženy s reprodukčním neúspěchem v předcházející graviditě.

Rozlišuje **dva charakteristické těhotenské afekty**:

I. Úzkost

Zvýšená míra úzkosti se vyhne jen málokteré ženě. Převládá spíše na konci těhotenství. U žen s vyšší úzkostí byl nalezen vyšší výskyt životních událostí význam socioekonomických faktorů, jako je horší ekonomické zajištění, nižší vzdělání a bydlení ve stejném bytě jako původní rodina. Bylo dokázáno, že cca 70 % těhotenských úzkostí souvisí s ekonomickými faktory. Hormonální změny se na vzniku těhotenské úzkosti zřejmě nepodílejí (spíše by se dalo očekávat, že povedou k jejímu poklesu).

Faktorová analýza těhotenské úzkosti rozlišila tři faktory (Standley in Čepický, 1999):

1. Obavy vztažené k těhotenství a porodu.
2. Obavy z úkolů a odpovědnosti, které přináší výchova dítěte.
3. Psychiatrické symptomy úzkosti- nespavost, obsese, obavy.

Kromě nezacílené úzkosti se v těhotenství pozoruje strach z porodu a obavy o dítě.

II. Deprese

V pozadí těhotenské deprese, která převládá spíše na počátku těhotenství, lze nalézt spíše biologické faktory, a to pravděpodobně vliv metabolismu tryptofanu. Hormonální změny mohou kromě svého přímého působení snižovat rezistenci na psychické trauma. Ženy s pozitivním postojem k těhotenství trpí depresí méně často a vzácnější je také u prvorodiček. Těhotenská deprese je častější při úmrtí rodičů nebo odloučení se od nich v dětství, při ekonomických problémech a u žen s nižším socioekonomickým statutem. Koreluje s nízkým váhovým přírůstkem, kouřením a užíváním alkoholu a kokainu.

Z výše uvedeného vyplývá, že **postoj matky** k těhotenství je důležitým faktorem, který ovlivňuje kromě míry její úzkostnosti a pravděpodobnosti výskytu těhotenské deprese také přijetí tělesných změn. Čepický (1999) dále doplňuje, že negativní postoj k mateřství významně koreluje s předčasným porodem a ovlivňuje podobu interakce s plodem.

Těhotenství naprosto imunní k emočním změnám doprovázené pouze pozitivním laděním matky je ovšem iluzí, ambivalentní pocity, deprese či úzkost se převážně na počátku a ke konci těhotenství vyskytují poměrně často.

Také **partner těhotné ženy** se musí připravit na novou roli rodiče. Prochází obdobím plným psychických změn. U nastávajících otců zainteresovaných na těhotenství ženy se může objevit psychosomatický fenomén známý jako „**couvade syndrom**“. Je zřetelnější u partnerů rozhodnutých pomáhat matce při porodu, u mužů s těsnou vazbou na matku a u manželů úzkostných žen. Znamená přítomnost somatických symptomů u partnerů těhotných žen, z nichž jako nejčastější jsou uváděny poruchy spánku a úzkostnost. (Kozarovský; Marková; Goldman, aj., 1991)

Čepický (1999) udává jako nejčastější příznaky couvade syndromu bolest zubů, váhový přírůstek, průjem, zácpa, nauzeu a pokles chuti k jídlu. Obvykle začínají během 3-4. měsíce těhotenství a jejich výskyt postupně klesá až do posledních dvou měsíců těhotenství, kdy jich opět přibývá. Nemají žádnou souvislost s případnými fyzickými problémy ženy.

2.1.3. Vývoj vazby matka- otec- dítě

Vedle moderního trendu tzv. aktivního mateřství se do popředí zájmu v oblasti perinatální psychologie dostává také fenomén „aktivního otcovství“. Zdůrazňuje se specifická role otce v rámci rodinného systému a také nenahraditelnost jeho vztahu k dítěti. „Aktivní otec“ by se měl podílet na finančním zabezpečení rodiny, měl by být oporou partnerce a sdílet její starosti a to nejen s mateřstvím, ale měl by se také aktivně zapojit do dění souvisejícího s očekávaným příchodem dítěte a citově se do něj angažovat.

Toto tvrzení je podloženo argumenty z odborné literatury, např. Šulová (2004) uvádí, že ačkoliv je matka spojena s existencí dítěte již od jeho početí a ve větší míře než otec je považována za základní zdroj podnětů a poznatků utvářejících osobnostní charakteristiku nenarozeného dítěte, i otec je významný nejen svým působením na matku a prostřednictvím jejího „pozitivního vyladění“ i na dítě, ale také svým specifickým vztahem k dítěti.

Dále např. Kozarovský, Marková, Goldman (1991) upozorňují, že místo dříve upřednostňované dyády matka- dítě se dnes zdůrazňuje také role otce v rodinném systému a hovoří se o triadickém komplexu **matka-otec-dítě**.

V dostupné literatuře se ale v souvislosti utváření vazeb mezi členy rodiny v perinatálním období vývoje dítěte stále většina pozornosti věnuje vývoji vztahu matky a dítěte.

Byly identifikovány tyto nejsilnější působící vlivy na utváření vazby **matka- dítě**: způsob výchovy těhotných žen v jejich dětství, stresující události bezprostředně před otěhotněním, systém rodinné sociální opory a chování a postoje partnera těhotných žen. (Sobotková, Štembera, 2003)

Na vývoj vazby matka- plod mohou dále působit některé rizikové faktory, např. úmrtí dítěte či neúspěšné těhotenství, mladá rodička se špatnými sociálními vztahy a starší prvorodička, která pociťuje konflikt mezi potřebami svými a dítěte a má větší obavy z dalšího vývoje těhotenství než žena mladší a je úzkostnější. (Čepický, 1993)

Mnozí autoři (Čepický, 1999, Gloger- Tippelt in Šulová, 2004, Krtičková, 1997) rozlišují **tři vývojové fáze vazby matka- plod:**

1. Úkolem **první fáze** je přijetí těhotenství a začíná diagnózou gravidity a končí s prvními pohyby plodu. Přijetí záleží na tom, zda bylo těhotenství plánováno či nikoli, na postoji partnera, vyskytující se obavy z potratu aj. I když žena přijímá těhotenství pozitivně, není vůči němu neobvyklý výskyt ambivalentních pocitů a většina žen si také plod nedokáže představit.

Gloger- Tippelt (in Šulová, 2004) rozděluje tuto fázi do dvou částí:

- a) Fáze nejistoty. Následuje po zjištění těhotenství a trvá zhruba do 12. týdne.
 - b) Fáze, ve které se tvoří obraz dítěte „v hlavě“ matky a narůstá její touha po dítěti. Trvá cca. do 15. týdne, kdy rodiče obdrží první jasný ultrazvukový obraz.
2. Úkolem **druhé fáze** je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince. Trvá od prvních pohybů dítěte k začátku životaschopnosti mimo tělo matky a představuje nejstabilnější část gravidity.

Gloger- Tippelt (in Šulová, 2004) pojmenovává tuto fázi jako konkretizační, kdy matka vnímá „dítě v břiše“ s jeho vlastním rytmem života i úmysly. Tato fáze souvisí s vnímáním pohybu dítěte kolem 20. týdne těhotenství.

3. **Třetí fáze** zahrnuje přibližně posledních šest týdnů těhotenství. Jejím úkolem je příprava na separaci plodu a k porodu. Blížící se porod vyvolává ambivalentní prožitky: žena si přeje, aby dítě zůstalo součástí jí samé, ale na druhé straně by chtěla dítě mít již v náručí. Stoupá pohotovost k úzkostným stavům a strachu. Obavy se týkají zvládnutí porodu, péče o dítě, mateřské role apod., vyskytuje se strach ze ztráty vědomí nebo smrti při porodu. Chování žen je v závěru této fáze charakterizováno „stavěním hnízda“.

Gloger- Tippeltová (in Šulová, 2004) nazývá tuto fázi jako anticipační či přípravnou. Projevuje se přibližně kolem 30. týdne těhotenství, kdy s blížícím se postupem k porodu začínají ženy anticipovat „dítě v náručí“.

Vazba vytvořená mezi matkou a dítětem v prenatálním období se rozvíjí po narození dítěte. Průběh těhotenství a chování plodu v mnoha směrech ovlivňují přijetí novorozence. (Vágnerová, 2000)

Ačkoliv např. Marková, Kozarovský, Goldman (1991) uvádějí, že chování rodičů- a tedy i otce- je předem naprogramovaná složitá forma péče o potomstvo, určená dlouhým fylogenetickým vývojem lidského druhu, např. Šulová (2004) zdůrazňuje, že by se nemělo zapomínat na psychologické aspekty rodičovského chování, např. na vliv postoje budoucích rodičů k nenarozenému dítěti na utváření vzájemné vazby.

2.1.4. Komunikace matky a otce s nenarozeným dítětem

Ačkoliv se ve starších odborných publikacích hovoří o dialogu matky a dítěte, který je dále rozšířen dialogem matky s otcem (Fedor- Freybergh; Vogel, 1988), v novějších odborných monografiích se již předpokládá **triadická interakce** mezi matkou, otcem a plodem. Na konci této kapitoly se proto věnují také možnostem komunikace otce s nenarozeným dítětem.

Podle Fedor- Freybergha a Vogel (1988) je dítě aktivním účastníkem **komunikačního systému matka-dítě**. Langmeier a Krejčířová (2006) dodávají, že plod ovládá, „kontroluje“ prostředí.

Podíl matky v komunikačním systému matka- plod je bohatší a diferencovanější. Dítě ale aktivně reaguje na různé podněty specifickým způsobem, a tím podává informaci o svých pocitech, resp. potřebách. (Vágnerová, 2000)

Komunikační možnosti plodu jsou ovlivňovány postupným dozráváním nervové soustavy a vývojem smyslových orgánů. Mozek a smyslové orgány se zpočátku vyvíjejí heterochronně a mozek není na počátku odkázán na stimulaci prostřednictvím smyslových orgánů.

K propojení dochází cca mezi 25.-27. týdnem prenatálního vývoje. To tvoří základ pro učení prostřednictvím smyslových orgánů, které slouží spíše k jemnému vyladění synapsí než k učení se specifickým obsahům. Franěk (2007) nazývá tento permanentní reorganizační proces „neuronální plasticitou“ (tvárností).

Prostřednictvím rozvoje smyslových orgánů se u dítěte zvětšuje spektrum podnětů, na něž je schopné reagovat, a diferencují se také jeho odpovědi na různé stimuly.

Vývoj smyslových orgánů popisují Marková, Kozarovský, Goldman (2004):

- Chuť má plod vyvinutou od 13. týdne gestace, kdy spotřebuje více amniocentické tekutiny obohacené o sacharidy než neochucené.

- Dotykové receptory se objevují v 1. trimestru a pokrývají celé tělo kromě zad a vrcholu hlavy. Sedmitýdenní plod má hledací reflex, když je drážděn v okolí úst, a úchopový reflex při dotyku rukou.

Šulová (2004) dále uvádí, že kolem 32. týdne reaguje celý povrch těla fetu na dotykové podněty. Fetus umí spolehlivě rozeznat tlak, bolest, lehký dotek a reagovat na ně.

- Oči plodu jsou citlivé na světlo před 30. týdnem a lze to prokázat zrychlenou pulsovou frekvencí při osvětlení matčina břicha prudkým světlem.
- Sluch plodu je dobře vyvinut v 5. měsíci gestace. Podle Vágnerové (2000) vnímá plod především tlukot matčina srdce. Spekuluje se, že většina žen drží své narozené dítě v levé ruce, aby mělo možnost slyšet (a připomenout si) zvuk tlukoucího srdce. (Salk in Šulová, 2004).

Za skutečně **první komunikaci** matka- dítě, i když na úrovni biochemické, lze považovat to, že organismus matky nevyvolá imunitní reakci proti zárodku, ačkoliv zárodek má ve svých buňkách genetickou informaci otce i matky, a tím získal též antigenové vlastnosti obou rodičů. Otcovi antigenní znaky jsou pro matku cizí a bylo by tedy obvyklé, kdyby imunitní reakci vyvolaly. Ve většině případů se tak neděje. (Kapeller in Šulová, 2004)

Běžně je ale za jakousi první komunikaci či interakci považováno sladování tělesných pohybů mezi matkou a dítětem, ke kterému dochází mezi 25.-28. týdnem těhotenství. (Šulová, 2004)

Forma **aktivního kontaktu** plodu s matkou vypadá zřejmě tak, že na spontánní pohyby dítěte matka emocionálně reaguje a její emoce opět ovlivňují dítě vytvářením vzorců zvláštních podnětových situací. Již před narozením se tedy vytváří smysluplný dialog mezi matkou a dítětem, který se po narození rychle rozvíjí ve smysluplnou neverbální komunikaci. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

T. Verny (in Vágnerová, 2000) rozlišuje **tři druhy komunikace** mezi matkou a plodem:

a) Fyziologický způsob komunikace.

Tento druh komunikace je zprostředkován krví procházející placentou. Pokud matka prožívá stres, může ovlivnit neurohumorální prostředí v těle plodu a způsobit jeho přetížení.

Po 6. gestačním měsíci je plod už schopen převádět pocity na emoce a je formován přímo citovým obsahem matčiných informací. (Verny in Šulová, 2004)

b) Smyslová komunikace.

Tento kanál, který T. Verny nazývá jako **behaviorální**, zahrnuje vše, co matka vědomě dělá pro navázání kontaktu s dítětem, a to např. pozorování jeho pohybů, jeho uklidňování či naopak stimulace doteky, hovorem, zpěvem. Podle Markové, Kozarovského a Goldmana (1991) představuje tento kanál dále matčin denní životní rytmus práce a odpočinku, stupeň aktivity, tělesná a duševní zátěž a všechny vlivy prostředí, které ji obklopuje, jako je např. světlo, zvuky, teplota apod.

Pohybová aktivita je v zásadě jediným způsobem, jímž plod může vyjádřit svou nelibost. Zvýšená intenzita a frekvence pohybů signalizuje nadměrnou stimulaci plodu nějakým aktuálně působícím podnětem.

c) Emoční a racionální postoj matky k plodu.

Jeho komunikační význam spočívá v tom, že matka na plod soustředí svou pozornost, uvažuje o něm, prožívá určitým způsobem jeho existenci. Koncentrace pozornosti by měla ovlivnit plod v děloze.

T. Verny nazývá tento způsob „**komunikací prostřednictvím sympatiku**“ a zařazuje do této kategorie především působení emočního vztahu k dítěti.

Negativní psychická vyladěnost matky je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro prenatální vývoj dítěte a pro zahájení rané interakce matka- dítě v období před narozením. (Šulová, 2004)

Úzkostná matka nevyužívá plně behaviorální a rezonanční kanál ke komunikaci a bylo prokázáno, že nedostatek této komunikace se může odrazit i na fyzickém stavu novorozence, který se pak rodí se zřetelnou růstovou retardací, které nelze přisoudit žádnou zjevnou příčinu. (Marková, Kozarovský, Goldman, 1991)

Komunikace otce s plodem prostřednictvím behaviorálního kanálu je prakticky stejná jako u matky. Otec ještě snadněji než matka může poslouchat srdeční ozvy plodu, uklidňovat nebo stimulovat dítě ke změně polohy dotyky, hlazením, jemnou masáží. Stejně jako matka hovoří k dítěti, zpívá mu, pouští mu hudbu nebo hraje na hudební nástroj. Nepřímé působení otce na plod vede přes jeho působení na matku, jejíž životní prostředí vytváří. (Marková, Kozarovský, Goldman, 1991)

Rodiče společně pozorují reakce dítěte a v závislosti na nich modifikují své chování. Komunikace je výrazně obousměrná a vede ke vzájemnému učení, respektování a toleranci. (Marková, Kozerovský, Goldman, 1991)

2.1.5. Psychologické aspekty porodu

Porod byl vždy chápán jako rodinná událost prvořadého významu. Samotný průběh porodu je ovlivněn mnoha faktory, ale ukazuje se, že pro rodičku je velmi důležitá možnost aktivního zásahu do porodního procesu.

Zatímco dříve byla rodička „objektem“ fyziologického procesu- porodu, který může být narušen, takže žena byla nazírána jako potenciální pacient, nyní je snahou dobře informovat ženu o porodu (např. v rámci kurzu předporodní přípravy), aby se pak mohla lépe podílet a spolurozhodovat při fyziologickém porodu jako zdravý **aktivní** jedinec. (Sobotková, Štembera, 2003)

Přijetí porodu jako přirozeného přírodního procesu, aktivita a zároveň úcta a oddanost rodičky zmenšují pravděpodobnost výskytu komplikací během porodu.

Funkce některých orgánů může být během porodu ovlivněna **psychickým stavem** rodící ženy. Může docházet k jejich funkčním poruchám během procesu porodu, např. může být narušena rovnováha mezi vypuzovacími a zadržovacími silami, tedy fyziologická činnost dělohy. (Jandourková, 1999)

Porod je relativně uvědomovaný a vůlí ovlivnitelný děj. Žena ho může ovlivnit především nácvikem uvolňování svalů pánevního dna, nácvikem správného dýchání a celkově znalostí probíhajícího děje z předchozích porodů nebo psychoprofylaktivních kurzů a stejně tak negativně svou stažeností, napětím či strachem z bolesti. (Jandourková, 1999, Čepický, 1999)

Je prokázáno, že žena, která přistupuje k porodu se **strachem a úzkostí**, má častěji porod komplikovaný dysfunkcí nebo hypoxií plodu a také její subjektivní prožívání i fyziologicky proběhlého porodu je negativní. (Marková; Kozerovský; Goldman, 1991, Sobotková; Štembera, 2003)

Read (in Čepický, 1999) si představoval, že úzkost způsobuje napětí a rigiditu děložního hrdla. Následkem je ischemie a bolest (syndrom „úzkost- napětí- bolest“).

Porodní bolest je méně relevantně prožívaná a rychle se na ni zapomíná, neboť se jedná o prožitek ohraničený, po kterém následuje nejméně silný prožitek z narození dítěte. Je možné, že v zapomínání hraje roli vysoká hladina oxytocinu během porodu. (Čepický, 1999)

Během porodu prožívá matka **dvě ztráty**, první se týká ztráty dítěte jako součásti jejího těla, druhá je ztrátou těhotenských fantazií, protože dítě se stává realitou. (Jandourková, 1999)

Zdůrazňuje se, že žena během porodu potřebuje **sympatizující péči**. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Tu může zajistit např. otec, jehož přítomnost u porodu se stala téměř samozřejmostí (Sobotková, Štembera, 2003)

Ukazuje se, že rozhodnutí o přítomnosti otce u porodu je výsledkem dlouhodobého vztahu rodičů, je společným rozhodnutím a zahrnuje i společnou přípravu na porod. Při sledování dlouhodobého efektu na vztah otce k dítěti je pak důležitější samotná příprava a rozhodnutí o přítomnosti u porodu než přítomnost samotná. (Marková; Kozarovský; Goldman, 1991)

Nemělo by se ale zapomenout na nebezpečí psychické deprese rodičů v případě, že toužili být při porodu spolu a z různých důvodů to nebylo možné. (Marková; Kozarovský; Goldman, 1991)

Také úzkostnější ženy, které v kurzu předporodní přípravy hledaly ocenění za to, že dělaly něco pro sebe i pro své novorozence mohou mít u porodu snahu podat co největší výkon a být za něj oceněny. V případě komplikací u porodu mohou pak zažívat pocity selhání. (Jandourková, 1999)

Pokud jde otec k porodu pouze proto, že si to manželka přeje, a on ani nechce, je to pro něj velmi stresující zážitek a celý porod v něm může vyvolat negativní pocity, které později ovlivní jeho vztah nejen k ženě, ale i k dítěti. Otec by tedy také měl projít přípravou a jeho volba by měla být akceptována. (Sobotková, Štembera, 2003)

Bezprostředně po porodu dochází k mnoha proměnám kvality vztahů matka- otec- dítě.

U různých autorů se projevuje názorová nejednotnost v otázce uznání existence tkz. mateřské senzitivní periody. Čepický (1999) tvrdí, že dostupné studie vyvrátily domněnku, že fyziologicky je vazba vytvářena při časném fyzickém kontaktu matky a dítěte. U člověka není podle Čepického (1999) přítomné žádné zvláštní období facilitující interakci matka- dítě. Kontakt právě vzniklé rodiny je žádoucí, ale není podmínkou dokonalých příštích vzájemných vazeb. (Marková, Kozarovský, Goldman, 1991)

Šulová (2004) však uvádí, že je jisté, že k synchronizaci matky a dítěte dochází bezprostředně po porodu.

Psychický vývoj dítěte plynule navazuje na psychický vklad z prenatálního období. Všechny hlavní znaky, které charakterizovaly psychický vývoj dítěte již v prenatálním období, se

uplatňují na vyšší úrovni bezprostředně po narození. Roste schopnost novorozence aktivně ovládat prostředí a zapojit se do sociální interakce. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

2.2. Muzikoterapie v těhotenství

2.2.1. Vymezení muzikoterapie a jejích základních forem

Psychoterapii obecně definuje Vymětal (2003, s. 11) jako: „zvláštní psychologickou péči poskytovanou potřebným lidem.“ Dodává, že: „psychoterapeuti se starají o záležitosti člověku nejvlastnější, tedy o život, jeho smysl a naplnění, o pravdu a vůbec o vztahy, do kterých člověk vstupuje. Napomáhají jedinci se vyrovnávat se svízeli života a nalézt sebe na základě pravdivějšího sebepoznání.“ (Vymětal, 2003, s. 13)

Muzikoterapii považuje Pejřimovská (v tisku) za specifickou svébytnou psychoterapeutickou strategii celostní systémové povahy. Má své vlastní paradigma, není tedy jen aplikací jiných psychoterapeutických směrů a eklektickým druhem terapie.

Mezi různými terapiemi spočívá **specifičnost muzikoterapie** v tom, že intervenuje i medializuje prostřednictvím zvuku. Hudba je chápána hlavně jako řeč, komunikace, prostředek sebevyjádření- a tím jako médium pro vztah. Plní roli zprostředkujícího vztahového objektu, umožňuje vytvoření a strukturaci vztahu. Hudba otevírá kanály vnímání a komunikace, kterými může dojít k sebeidentifikaci, sebekomunikaci a k integraci celé osoby v souladu s egem a „vlastním Já“ (Self). Komunikační kanály otevírá také jiným formám terapie, zvláště různým neverbálními psychoterapiím, arteterapii, ergoterapii apod. (Zeleviová, 2007)

Skrze hudební aktivity se klient více koncentruje na tělesné a emocionální prožívání, jež spolu vytvářejí jednotu. Senzorické vnímání a emocionální prožívání se dostávají do vědomí pomocí verbální reflexe. Tím se diferencuje a rozšiřuje sebevnímání. Nová smyslová zkušenost ho tedy může reorganizovat. (Zeleviová, 2007)

Definice muzikoterapie obsahují shodné i rozdílné prvky, záleží na individuálním zaměření autora, na orientaci konkrétního muzikoterapeutického směru a mnoha dalších faktorech.

Canadian Association for Music Therapy (CAMT) charakterizuje muzikoterapii jako: „Kvalifikované a odborné využití hudby a hudebních elementů akreditovaným muzikoterapeutem tak, aby se podpořilo, zachovalo a obnovilo mentální, fyzické, emocionální a spirituální zdraví. Hudba má neverbální, kreativní, strukturální a spirituální kvality. Ty se využívají v terapeutickém vztahu, aby se podpořil kontakt, interakce, sebevědomí, učení, sebevyjádření, exprese, komunikace a osobnostní vývoj. Podle své povahy se muzikoterapie

koncentruje na kreativní použití hudby, zaměřuje se na vnitřní rezervy klienta, často nevyužité, aby mu tak dopomohla využít jeho velký potenciál.“ (Zeleviová, 2007, s. 29)

Brazilští autoři (in Zeleviová, 2007, s. 30) definují muzikoterapii takto: „Muzikoterapie je takový způsob léčby, který používá hudbu jako zvláštní jazyk a jako médium zprostředkující terapeutický vztah tak, aby se skrze vnitřní zobrazení a následné vyjádření niterných impulzů otevřely komunikační kanály. Ty umožní klientům zobrazit jejich osobnost v atmosféře, která iniciuje, udržuje a obohacuje terapeutické procesy.“

Podle Procházkové (2008) zaujímají **neverbální techniky**, mezi které patří i muzikoterapie, vybrané místo mezi ostatními psychoterapiemi, protože slouží ke zvědomění i nevědomých obsahů, a tak mohou odbourávat intrapsychickou tenzi, stres a neurotickou symptomatiku. Muzikoterapie je vhodná pro abreakci afektů a emocí. Mezi tyto obsahy se velmi často řadí agresivní obsahy, obsahy hostility a negativismu. Abreakci se odplavují právě takové vnitřní obsahy, které by v životní realitě lidí způsobovaly potíže až psychopatologické symptomy.

Je možné evidovat **tři základní koncepty** muzikoterapie- pedagogicky, medicínsky a psychoterapeuticky orientovaný. Koncept muzikoterapie určuje bazální směřování terapeuta, k němuž se váže cíl i forma muzikoterapie. (Zeleviová, 2007)

Cíle muzikoterapie uvedené v různých definicích se navzájem prolínají a doplňují. Nejobecnějším cílem v muzikoterapeutické práci je posílení či znovunastolení zdraví klientů. (Zeleviová, 2007) Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2001) stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost choroby.

Stejně jako u jiných druhů psychoterapie se i u muzikoterapie rozlišují různé formy její aplikace. Základní **formy aplikace** rozděluje Zeleviová (2007) a Linka (1997) na:

- a) **individuální**, která předpokládá samostatnou práci klienta s terapeutem a terapie odpovídá individuální psychické dynamice jednotlivce. Klient si přináší na muzikoterapii svá životní témata, ta jsou zpracována pomocí zvukové projekce.
- b) **skupinovou**, která se odehrává mezi skupinou klientů a terapeutem (je vhodné zařadit maximálně dvanáct klientů). Kratochvíl (2005, s. 5) označuje skupinovou psychoterapii jako: „postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem.“

V každé psychoterapeutické skupině se pracuje s určitou mírou tenze členů skupiny. Obecně se dají projevy tenze v psychoterapeutických skupinách popsat takto: „Při

interakci členů skupiny vzniká přirozeně určité napětí. Je dáno mimo jiné tím, že při uspokojování osobních potřeb musí každý brát ohled na potřeby jiných. Členové skupiny jsou při soužití s ostatními konfrontováni s jejich odlišnými názory, postoji, požadavky a chováním. Je nutno adaptovat se na skupinu, podřídít se skupinovým normám. Skupinová tenze má vztah k vnitřnímu napětí jedinců ve skupině. Může mít charakter úzkosti a strachu, i hostility a agresivity.“ (Kratochvíl, 2005, s. 19)

- c) **hromadnou**, která se využívá během společenských vystoupení s vyšším počtem účastníků než třicet. Nelze již pracovat se skupinovou dynamikou, tak jako se skupinou čítající max. 12 členů.

Muzikoterapie se podle **způsobu práce s hudbou** dělí na aktivní a receptivní. (Zelevá, 2007, Linka, 1997, Mátejová, 1992)

a) Aktivní muzikoterapie.

Tento druh muzikoterapie úzce hraničí s jinými uměleckými terapiemi tím, že využívá i pohyb, tanec, dramatizaci, výtvarný projev, poetiku. Je zaměřen na kreativní práci se zvukem, který vyprodukuje klient, ať už vokálně nebo instrumentálně. (Zelevá, 2007)

b) Receptivní muzikoterapie.

Linka (1997) uvádí některá další synonymní pojmenování tohoto druhu muzikoterapie: „pasivní“ a „poslechová“.

Za základní složku receptivní muzikoterapie je považováno: „zaměřené a systematické působení hudby na psychiku klienta při zachování fyzického klidu.“ (Mátejová, 1992, s. 168)

Zelevá (2007) uvádí, že se receptivní muzikoterapie skládá ze strukturovaného poslechu a vnímání této hudby a rozšiřuje pojetí Mátejové (2007). Tvrdí, že při receptivní muzikoterapii lze pracovat také s jinými smysly než s pouhým sluchem. Do receptivní muzikoterapie zahrnuje také zvukovou představivost, vizualizaci a imaginaci, pohyb a tanec.

Pro receptivní muzikoterapii se využívá reprodukováná hudba a poslech zvuků, šumů nebo ticha. (Zelevá, 2007, Linka, 1997)

Jak při aktivní, tak při receptivní muzikoterapii je rozhodující vztah mezi terapeutem a klientem vytvořený vzájemnou komunikací prostřednictvím hudebních prostředků. (Zeileiová, 2007)

2.2.2. Působení hudby a řeči na nenarozené dítě

Kulka (2008) uvádí, že hudba i řeč využívají pravidelných periodických zvuků, tj. tónů. Tóny jsou zvukové podněty, jejichž kmitočet lze určit. Hudba i řeč, jakožto prostředky zvukové komunikace, jsou založeny na ustáleném souboru základních zvuků- tónů a hlásek, resp. fonémů.

Mnoho autorů se v současnosti zabývá tím, jaké zvuky dítě v děloze slyší, kdy je začíná rozlišovat, zda je schopné se učit a zapamatovat si akustické informace a jakého jsou tyto informace charakteru, jak stimulovat učení dítěte a jakým způsobem podporovat prenatální rozhovor rodičů s dítětem.

Studium akustických podmínek lidského plodu je důležitým vodítkem při vymezování možností komunikace plodu se světem, který ho obklopuje, a tedy i možností působení na plod pomocí hudby.

Mnoho autorů udává, že **sluchový systém plodu** je plně funkční v období kolem 5. měsíce. (Marková; Kozarovský; Goldman, 1991, Vágnerová, 2000, Lecanuet in Franěk, 2007) Od tohoto období může plod vnímat zvuky, které ho obklopují. Franěk (2007) tyto **zvuky** rozděluje do dvou kategorií:

a) vytvářené tělem matky.

Patří sem zvuky vytvářené zažívacím a kardiovaskulárním systémem matky, jejím hlasem (řeč, zpěv) a zvuky vyvolávanými pohyby matčina těla (včetně chůze). Protože plod je v bezprostředním spojení s tělem matky, které funguje zároveň jako rezonátor, výrazně lépe slyší zvuky vytvářené matčíným tělem než zvuky pocházející z vnějšku.

b) přicházející z vnějšku.

Tělo matky funguje jako určitý filtr (kůže, břišní a bederní svaly, kosti, děloha, plodová voda), který nepropouští některá frekvenční pásma a tím zeslabuje intenzitu podnětů přicházejících z vnějšku. Plod reaguje na vnější zvuky včetně řeči. Tyto reakce se projevují buď polekáním doprovázeným zrychlením srdečního tepu, nebo naopak uklidněním spojeným se zpomalením srdečního tepu. Langmeier a Krejčířová (2006) specifikují, že nárůstem pohybové aktivity se plod dokáže vehementně bránit

negativním podnětům, kterými jsou např. neobvyklé a nepříjemné zvuky z hlučného prostředí.

Studiem **akustických podmínek v děloze** v souvislosti s možností detekovat verbální akustické signály z prostředí se zabývali vědci z University Of Florida. Využili poznatku předcházejících výzkumů o srovnatelnosti přenosu zvuku v děloze ovce a těhotné ženy. Implantovali do dělohy ovčí matky a do vnitřního ucha ovčího plodu snímač a v blízkosti ovce přehráli 64 vět zachycených na audiozáznamu. Zvuk ze snímačů byl poté přehrán 30 dospělým výzkumným osobám, aby se zjistilo, nakolik budou schopné rozpoznat obsah vět přehraných z audiozáznamu. Ukázalo se, že rozuměly 70% vět zachycených snímačem v děloze a 30% vět zachycených snímačem ve vnitřním uchu ovce. Také díky výsledkům této studie je děloha označována za velmi hlučné místo, a to i v případě pobytu těhotné ženy v tiché místnosti. Tekutina, která je přítomná ve vnitřním uchu plodu, zapříčiňuje jeho „zastřené“ slyšení. Dominantní v děloze je ovšem matčin hlas. (Hoover, 2004)

Zvuky o různých frekvencích jsou pro plod rozdílně slyšitelné. Ken Gerhart (in Hoover, 2004) tvrdí, že dítě v děloze slyší spíše zvuky o nízké frekvenci než o frekvenci vysoké. Spíše vnímají samohlásky než souhlásky a jsou více citlivé na melodické části řeči než na „pitch“ (intenzitu, intonaci..). Gerhart (in Hoover, 2004, s. 1) tvrdí, že: „dítě v děloze neuslyší housle, ale bubny.“

Efekt působení hudby a řeči na dítě v prenatálním období je doložen výzkumy prokazujícími **schopnost učení plodu**.

Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že plod ke konci těhotenství zpracovává doléhající podněty a dokáže si je alespoň krátkodobě zapamatovat. Tuto skutečnost potvrzují kontrolovaná pozorování schopnosti **habituace** plodu. Tato schopnost je prokázána od 22. týdne těhotenství a s věkem zvolna narůstá. Dítě je schopné rozlišit slabiky lidské řeči např. „bibi“ od „baba“ ve 35. týdnu těhotenství, ale nerozliší je ve 27. týdnu.

Japonští badatelé Ando a Hattori (in Šulová, 2004, Franěk 2007, Pouthas; Jouen,2000, Marková; Kozeroický; Goldman,1991) prokázali, že plody zvyklé na hluk motorů startujících letadel postnatálně jsou na tyto zvuky méně citlivé a dokáží při expozici těmto zvukům klidně spát, zatímco děti, jejichž rodiče se přistěhovali k letišti až po porodu, se lekají, budí a pláčou.

Marková, Kozeroický a Goldman (1991) zmiňují kromě habituace také primitivní typ učení- **klasické podmiňování**. To je doloženo např. možností naučit plod od 29. týdne jeho života měnit polohu v děloze jako odpověď na vibrační podnět aplikovaný na břicho matky.

Schopnost plodu zapamatovat si zvukové informace za zevního prostředí prokázal např. Hepper (in Franěk, 2007). Vycházel z předpokladu, že pokud si plod skutečně zapamatuje opakovaně přehrávanou hudbu, začne se při jejím opětovném zaznění pohybovat. Ukázalo se, že plod ve věku 36.-37. týdnů (devátý měsíc) již reaguje na opakovaně prezentovanou hudbu, tudíž si ji i pamatuje. Ve věku 29.-30. týdne (sedmý měsíc) však tato reakce ještě nebyla pozorována. Hepper (in Franěk, 2007) tedy tvrdí, že schopnost plodu zapamatovat si slyšené akustické podněty se objevuje přinejmenším až po 30. týdnu věku plodu, přestože je jeho sluchový orgán plně funkční již v období 3.-4. měsíce před narozením.

Zapamatované zvuky z prenatalního období svého života může novorozenec rozpoznat a preferovat před těmi, se kterými se v děloze neseznámil. (Koukolík, 2008, Marková; Kozerovský; Goldman, 1991)

Franěk (2007) dále specifikuje, že se jedná o **preferenci**:

a) hlasu určitého mluvčího (matky).

Matčin hlas se dobře odlišuje od zvuků vznikajících in utero více než jakýkoliv jiný stejně silný hlas a je intenzivnější. Po narození se zkušenost plodu s hlasem matky projeví preferencí hlasu matky před hlasy jiných žen. Jak ukázaly výzkumy (DeCasper a Prescott, in Franěk, 2007), tato preference není dána intenzivním kontaktem matky s novorozencem v období po narození. Dvoudenní novorozenci nedávali přednost hlasu svého otce před jinými mužskými hlasy, přestože se svým otcem trávili až 10 hodin denně.

b) určitého prozodického úryvku, který matka během posledních týdnů těhotenství četla nebo zpívala.

DeCasper a Spence (in Pouthas, Jouen, 2000) dodávají, že mluvené sekvence vyslovované matkou během těhotenství dítě po narození rozpozná, ať je přeřikává kdokoli. Toto tvrzení dokládají výsledky svého výzkumu, během něhož rozdělili vzorek těhotných matek do dvou skupin a požádali obě skupiny, aby v posledních 6. týdnech těhotenství četly nahlas příběh. První skupina předčítala příběh obzvláště bohatý na „a“ a „o“, druhá skupina četla příběh obsahující hlásky převážně jiného typu. Během testu dávali novorozenci přednost příběhu čtenému jejich těhotnými matkami, dokonce i když byly oba texty čteny stejným hlasem neznámé ženy.

Výzkum Satta (in Pouthas, Jouen, 2000) ukazuje, že novorozenci dávají přednost ukolébavce, jejíž nahrávku zpívanou hlasem jejich vlastní matky před narozením

pravidelně poslouchali, před jinou, nikdy dříve neslyšenou, kterou jim po narození rovněž zpívala matka.

c) určitého hudebního úseku nebo celé skladby.

Reakcemi novorozence na hudbu známou z prenatálního období se zabýval např. Hepper (in Franěk, 2007). Jeho výzkum spočíval v tom, že matky během těhotenství sledovaly televizní show (celkem 360x), která byla uváděna charakteristickou hudební znělkou. Novorozenci na tuto znělkou v období 2.-4. dny po porodu reagovali pohybem a zpomalením tepu srdce na rozdíl od kontrolní skupiny dětí, jejichž matky tento pořad nesledovaly.

Feioo (in Franěk, 2007) vypožoroval, že děti, jejichž matky během tří měsíců před porodem denně poslouchaly fagotový part z Prokofjevovy skladby Pět' a vlk, se výrazně utišily a zaposlouchaly, když jim byla čtvrtý a pátý den po narození skladba přehrána.

Dlouhodobý výzkum hudební preference na základě zkušenosti z prenatálního období započala Lamontová (in Franěk, 2007). Testuje dlouhodobou paměť dítěte až rok po narození. Výsledky ukazují, že skladbu, kterou dítě slýchalo v posledních třech měsících před narozením, rok po narození rozpoznává a preferuje před jinými skladbami. Styl hudby, kterou znaly děti z prenatálního období, nebyl důležitý, děti si pamatovaly jak skladby z okruhu klasické hudby, tak hudbu populární. Poslech klasické hudby nevybudoval lepší hudební paměť. Důležité bylo pouze tempo skladby. Děti, které v prenatálním období slýchaly rychlejší hudbu, vykazovaly silnější preference než ty, které před narozením poslouchaly hudbu pomalou.

d) mateřského jazyka.

Mehler (in Pouthas, Jouen) předkládá, že děti matek mluvících francouzsky vykazují vyšší průměrné úrovně sání, pokud je puštěná nahrávka ve francouzštině, než v jiném jazyce (zde v ruštině). Jednalo se o nahrávky vět čtených stejnou bilingvní ženou. Tyto výsledky lze interpretovat buď jako rychlé učení po narození (3-4 dny), nebo jako výsledek dlouhodobého vystavení plodu francouzštině.

Nezodpovězenou otázkou stále zůstává problematika **stimulace dítěte** pomocí hudby a její účinnosti v prenatálním období života dítěte.

Nejznámějšími metodami jsou „**Firststart method**“ Lafuenteho, který pro těhotné ženy vytvořil speciální pás s malými reproduktory, do kterých si matky pouštěly nahrávky sólových houslí, a tzv. „prelearning“ či „**BabyPlus**“ Brenta Logana.

Výzkumy v této oblasti provedl Blum a Lafuente a kol. Výsledky souhrnně ukazují, že u novorozence došlo k většímu rozvoji jemných motorických aktivit, lingvistického vývoje a vizuálního sledování. Nedostatkem těchto výzkumů však je, že výsledky byly většinou založeny na pozorování matek, které mohly očekávat, že dlouhodobý program, kterému se v těhotenství podrobily, musí vést k pozitivním výsledkům.

Šulová (in Kramulová, 2006, s.28) k této problematice podotýká, že „veškeré pokusy o zrychlování vývoje dítěte vždy v určitém bodě začnou působit kontraproduktivně. Ostatně obohacovat stimuly či nechat dozrávat psychické struktury jsou témata letité diskuse na poli vývojové psychologie.“

V této souvislosti lze zmínit také diskutovaný **Mozartův efekt**. Zastánci této teorie tvrdí, že poslech Mozartovi hudby zvýší inteligenci. To ovšem nebylo prokázáno spolehlivým výzkumem. Dílčí výzkumné výsledky potvrzující platnost této teorie lze vysvětlit tzv. **efektem transferu**, což je přenos účinků hudby do oblastí jak kognitivních, tak třeba i do oblastí sociálního chování. Stimulace jedné korové oblasti, ke které dochází při poslechu hudby, vyvolá stimulaci další oblasti, která řídí jiné činnosti či zpracovává informace odlišného druhu. (Franěk, 2007)

Shoda ale existuje v tom, že prenatální podněty mají velký význam pro **rozvoj emočnosti** dítěte. Díky tepu srdce matky je dítě informováno o jejích emocionálních prožitcích.

Z prenatálního období má dítě zkušenost s pravidelnou pulsací, kterou představují chůze a tep matky při vyrovnaném emocionálním stavu matky. Zároveň má také zkušenost s nepravidelným tempem (zpomalování, zrychlování), jež doprovází vzrušení matky. Hudební rubato má stejnou podobu jako tep srdce při emocionálním vzrušení, je nepravidelné, hudební proud se místy zpomaluje, místy zrychluje. Zřejmě tato souvislost způsobuje, že změna tempa v hudbě v člověku výrazně evokuje vzrušený emoční stav. (Franěk, 2007) Studie De Caspera a Sigafoose (in Pouthas, Jouen, 2000) prokazují tzv. „Salkův efekt“, tedy že poslech tepu dospělého lidského srdce (75 úderů/min) má posilující hodnotu pro třídenního novorozence.

Empirické studie např. Righetti (in Langmeier, Krejčířová, 2006) ukazují, že změny emočního stavu matky (např. když matka sleduje relaxační nebo naopak aktivační podněty- diapozitivy s příjemným nebo naopak ohrožujícím či vzrušujícím obsahem) vedou už ve 30 týdnu

těhotenství u dítěte ke změnám tepu a spontánních pohybů. Dítě je tedy již prenatálně s matkou „**emočně vyladěno**“.

Podpoře a rozvíjení **prenatálního rozhovoru** matky s dítětem se v poslední době věnuje stále více autorů- většinou se snahou o prevenci vztahových poruch (např. týrání či zanedbávání dítěte). Ženy jsou za normálních okolností k dětem velmi citlivé a od samého počátku těhotenství vnímají dítě jako aktivního partnera. Přesto existuje řada rizikových či zátěžových situací, v nichž by měla být matkám poskytována účinná pomoc v ustavení pozitivní konverzace. Zkušenosti s touto „**prenatální edukací**“ ukazují, že rodiče se po narození dítěte cítí jistější při péči o ně a jsou také schopni a ochotni lépe přizpůsobit svůj životní styl potřebám malého dítěte a citlivěji sledovat jeho spontánní projevy. Např. kalifornský porodník R. van de Kaar doporučuje komunikaci matky s dosud nenarozeným dítětem usměrňovat: matka je instruována, jak lehkými doteky, pohlazením, poklepy či mírnou hudbou (bez agresivních tónů) může vyvolat reakce dítěte a učinit tyto podněty smysluplné. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

2.2.3. Muzikoterapie v práci se skupinou těhotných žen a jejich partnerů v rámci psychoprolaktické přípravy na porod

Z každého základního konceptu muzikoterapie (viz výše) jsou pro cílovou skupinu těhotných žen s partnery vhodné jen některé aspekty a praktické postupy. Všechny **tři koncepty** muzikoterapie se navzájem prolínají a navazují na sebe.

Pedagogicky orientovaná muzikoterapie se zaměřuje na procesy učení, sociální integrace a komunikace, cílovou skupinou jsou většinou lidé tělesně nebo mentálně postižení, děti a dospívající s poruchami vývoje, chování, učení a s poruchami řeči. (Zelevá, 2007)

Z tohoto konceptu muzikoterapie jsou pro cílovou skupinu těhotných žen a jejich partnerů vhodné techniky rozvíjející osobnost a její kreativitu a adjustaci, a dále profylaktivní a podpůrné postupy. Některé z metod pedagogicky orientované muzikoterapie je možné pojmut jako přípravnou intervenci před psychoterapií. Pro práci s cílovou skupinou těhotných žen s partnery je tedy pravděpodobně možné především na počátku terapie zařadit spíše pedagogicky orientované techniky, jejichž prostřednictvím lze zahájit práci se skupinovou dynamikou.

Medicínsky orientovaná muzikoterapie považuje za příčinu poruch kromě sociálních a psychických faktorů také biochemickou nerovnováhu v organismu. Hudba v rámci tohoto konceptu slouží jako audioanalgetikum nebo sedativum, nebo jiným způsobem pozitivně

ovlivňuje tělesný či psychosociální stav. Pracuje se především s reprodukovanou hudbou. Například klient s chronickými bolestmi poslouchá hudbu, aby snížil fyziologické reakce na stres, odvrátil pozornost od bolesti a zdánlivě urychlil prožívání vzhledem k času, který při poslechu hudby plyne jinak.

Konkrétně pro skupinu těhotných žen a jejich partnerů by bylo účelné naučit se kontrolovat svalový tonus pomocí biofeedbacku, kdy se hudba používá jako auditivní podnět. Hudba by se mohla využít také jako kulisa pro překrytí hluku např. na oddělení v nemocnici, a tím snížit strach, úzkost a psychické napětí. Ke snížení psychické tenze a tím i svalového napětí lze cíleně využít relaxační hudbu.

Psychoterapeuticky orientované muzikoterapie pracují hlavně v oblasti komunikace, kde se u klientů organicky narušily obranné mechanismy. Jejich cílem je modifikovat ty charakteristiky, které klientovi brání ve zdravém vztahu k sobě i okolí. Vycházejí z teoretických konceptů tří hlavních proudů v psychoterapii: kognitivně- behaviorálního, analyticko- dynamického a humanisticko- existenciálního. (Zeileiová, 2007)

V rámci tohoto konceptu se využívá převážně metoda aktivní muzikoterapie, a to konkrétně hudební improvizace, která se stává hlavní metodou moderní muzikoterapie. Pro cílovou skupinu těhotných žen s partnery může být tato metoda vhodná díky účinkům, které uvádí Zeileiová (2007): schopnost iniciovat kreativitu, která je potřebná v procesu změn v osobním životě, příležitost a šance k novému vnitřnímu zážitku, k novému vnímání sebe samého a k novému pochopení sebe ve vztazích k ostatním, podpora autonomie klienta.

Aby se dala muzikoterapie skutečně považovat za jednu z **forem psychoterapie**, musí se stanovit cílená indikace muzikoterapeutických postupů dle problematiky klienta (to předpokládá dobré znalosti z psychodiagnostiky), a současně se musí vzít v úvahu kontinuita a doba, během níž může klient absolvovat muzikoterapeutická setkání. (Zeileiová, 2007)

Zeileiová (2007) podává výčet některých možných **cílů** muzikoterapie:

- a) zvýšit pocit sebehodnoty
- b) zprostředkovat sebevyjádření
- c) podnítit emocionální vyjádření
- d) stimulovat sociálně- komunikační schopnost
- e) podpořit autonomní potřebu utvářet vztahy bez pocitu viny
- f) vytvořit prostor pro sociální akceptaci (odměna nebo odmítnutí)
- g) zlepšit motorickou a sociální koncentraci

- h) aktivovat kompenzační tendence u funkčních poruch
- i) iniciovat sebereflexi ve smyslu poznání a zpracování reality

Pro **cílovou skupinu těhotných žen s partnery**, kde by se přinejmenším u žen mohla vyskytnout zvýšená míra **úzkostnosti** (Čepický, 1999), lze využít specifického účinku muzikoterapie jakožto kreativní terapie podporovat otevřenost, flexibilitu a spontánnost. To je podloženo např. tvrzením Zeleiové (2007), která uvádí, že se tyto schopnosti stávají terapeutickým cílem zvláště u poruch v oblasti rigidního stereotypního chování, např. neurotické a somatoformní poruchy- úzkostné poruchy.

Každé sezení skupinové muzikoterapie by mělo mít svou strukturu. Např. Pejřimovská (v tisku) navrhuje postavit strukturu sezení tak, aby techniky sebevyjádření, kde je zastoupena např. introspekce a imaginace, byly zařazeny ve střední části sezení. Na začátku a na konci sezení by měly být použity techniky, které souvisejí s běžnou realitou života, tj. navozují běžný stav vědomí.

Šimanovský (1998) předkládá další možnou strukturu sezení skupinové muzikoterapie, která se mu osvědčila při práci s dětmi:

- a) kratší rozehřívací část (cca 10%)- pozdrav, náladoměr a dvě nebo tři dynamické hry
- b) uvolnění a koncentrace (cca 10%)
- c) hlavní činnost (cca 50- 60%)
- d) reflexe (cca 20-30%)- debata o cvičeních, dojmech a zážitcích.

Do programu **sezení** skupinové muzikoterapie **těhotných žen s partnery** mohou být vřazeny tyto techniky či hudební aktivity:

a) zpěv.

Na pozitivní vliv zpěvu na dýchání, srdeční činnost a zažívání poukazuje např. Mátejová (1980).

Různí autoři (Šulová, 2004, Pouthas; Jouen, 2000) se shodují na tom, že hlas matky uklidňuje plod i novorozence. Výrazně kladná odezva je na vlastní zpěv matky. (Marková, Kozerovský, Goldman, 1991)

Při skupinovém spontánním zpěvu jsou podle Kohlerové (in Mátejová, 1980) účinné ty faktory, které mobilizují emocionální síly člověka a prostřednictvím společného zážitku ve zpěvu ho přivádějí k sociálnímu kontaktu. Skupinový zpěv zaručuje anonymitu projevu, proto

se stává účinným prostředkem odreagování a harmonizace osobnosti. Grinerová (in Mátejová, 1980) dodává, že skupinový zpěv přirozeným způsobem orientuje jednotlivce na skupinu, umožňuje jeho začlenění a zaručuje pocit bezpečné a úspěšné seberealizace.

Ukolébavky, písně pro nejmenší děti, mají miminka podle Koukolika (2008) zřejmě raději než písně dospělých lidí. Přednost, kterou nejmenší děti dávají ukolébavkám, je patrně vrozená. Melodie ukolébavek je jednoduchá a opakuje se. Jestliže dospělí stejně jako děti skutečně zpívají ukolébavku malým dětem, zpívají ve vyšších tónech a pomaleji, než zpívají melodie, které ukolébavkami nejsou. Kromě toho má zpěv ukolébavek svou barvu i chvění. Příslušníci jiných kultur při poslechu ukolébavky ze zcela jiného kulturního okruhu obvykle dobře poznávají, že jde o ukolébavku, a to i tehdy, jsou-li setřena slova. Pokusy také dokázaly, že děti před běžnou řečí a běžným zpíváním dávají přednost laskavé a pomalejší „maminkovštině“, „hudební řeči“ nebo „dětštině“, která je charakterizována jako proud zvuků cílený na malé děti, užívaný maminkami v různé míře ve všech zkoumaných kulturách. Je tedy pravděpodobné, že existují konstantní hudební znaky, které charakterizují ukolébavky ve všech kulturách, podobně jako existují konstantní znaky, které charakterizují ve všech kulturách „maminkovštinu“.

Lidský hlas je „hudebním nástrojem“, který dokáže tvořit i hlásky řeči. Tyto hlásky třídíme na vokály (samohlásky) a konsonanty (souhlásky). Při vzniku samohlásky produkují hlasivky tón určité frekvence. Samohlásky- mluvené i zpívané- se svou podstatou blíží tónům. (Kulka, 2008)

Halsbeck (in Kantor, 2005) popisuje muzikoterapeutickou intervenci v neonatologii pomocí jednoduché uklidňující vokalizace na samohlásky „u“ a „ei“ vytvořené na základě respiračního rytmu dítěte. Efekt poslechu hudby měl na dítě výrazně aktivační tendenci.

b) nácvik dýchání k porodu.

Dýchání jako základní životní funkce hraje rozhodující úlohu nejen při udržování člověka při životě, ale také při vytváření hlasu a řeči. (Mátejová, 1980)

Na průběh dýchání je možné působit rytmem zvenčí. Hudební rytmus a rytmické pohyby podporují podle Berendesa (in Mátejová, 1980) rytmičnost dýchání, strhují dýchací rytmus do společného kmitání a vedou k celkové relaxaci.

c) techniky receptivní muzikoterapie.

Šulová (2004) uvádí, že při poslechu hudby dochází ke zklidnění plodu. Ten však reaguje odlišně na různé typy hudby: negativně na hlučnou, např. rockovou hudbu, pozitivně na hudbu barokní. (Marková, Kozarovský, Goldman, 1991)

Jednou z forem receptivní muzikoterapie je relaxace na hudbu. Může být buď volná, nebo řízená. Je možné ji použít i při ostatních relaxačních metodách, např. při autogenním tréninku I. H. Schulze, regulační muzikoterapii Ch. Schwabeho, progresivní relaxaci E. Jacobsona, pro umocnění jejich účinku. (Mátejová, 1992)

Vhodné skladby pro receptivní muzikoterapii se vybírají dle individuálních charakteristik a preferencí klientů. Linka (1997) zdůrazňuje nevtíravost a jemnost nástupů, celkový konejšivý ráz a tišší dynamiku relaxační hudby.

Cílem relaxačních metod je dle Kantora, Lipského a Weber a kol. (v tisku) snížit aktivaci sympatického nervového systému a aktivizovat parasympatický nervový systém, který blokuje pocity úzkosti a psychického napětí.

Při působení relaxační hudby může u recipienta dojít ke snížení frekvence srdečního tepu a krevního tlaku, ke snížení spotřeby O₂ a objemu vzduchu a harmonizaci respiračních rytmů, k utlumení základních metabolických procesů a navození stavu spánkové pohotovosti, ke snížení motorického neklidu, svalového tonu a uvolnění svalové tenze, ke snížení prahu bolestivosti, z čehož vyplývá zvýšená tolerance vůči bolesti, ke změně frekvence mozkových vln- zpomalení vlnění typu beta (14-30 Hz/s) do vlnění alfa (3-12 Hz/s), a ke snížení vylučování potu. (Kantor, Lipský, Weber a kol. v tisku)

Řízená imaginace je další často aplikovaná technika, kterou Zeleiová (2007) řadí mezi techniky individuální receptivní muzikoterapie. Využívá hudbu, aby vyvolala imaginace. Za „images“ se považují obrazy, představy, vzpomínky, tělesné pocity, myšlenky a emoce, které se dostanou na povrch díky hudbě. Každé sezení individuální formy má dle Zeleiové (2007) tři fáze. Nejprve na základě úvodního rozhovoru vybere terapeut adekvátní hudbu, která koresponduje s aktuálním stavem klienta. Poté následuje první fáze „uvedení“. Obsahuje tělesné uvolnění (př. Jacobsonovou progresivní relaxaci) a psychickou koncentraci na dech nebo nějaký obraz. Ve druhé fázi, neboli fázi „poslechu hudby“, klient naslouchá a představuje si, vypráví terapeutovi o všech vjemech na hudbu, ten je zaznamenává a pomocnými otevřenými otázkami vede klienta k zesílení zážitku. Ve třetí, „integrační fázi“, se zážitky vyvolané hudbou integrují do běžného života.

d) Hudební improvizace.

Podstatnou součástí muzikoterapie je improvizace (hlasová nebo nástrojová), která umožňuje sebezkušenost v interakci. (Zelevá, 2007)

V muzikoterapii se předpokládá analogie psychického a hudebního dění. Na základě podobnosti hudebního a psychického procesu může muzikoterapie působit léčivě. Klient se při improvizaci vyjadřuje možnostmi a způsoby, jimiž se vyjadřuje i v běžné komunikaci. (Zelevá, 2007)

Hra se zvukem a rytmem má v muzikoterapii velmi účinnou terapeutickou sílu. Nabízí hranice mezi pravidly a experimentováním. Každá hra je šancí, příležitostí k vyzkoušení vlastních možností a stejně tak v sobě nese i jisté riziko: jelikož není předem plně strukturována, může klienta přivést do nečekaných momentů a situací. Improvizovaná hudba vyjadřuje klientovi schopnosti strukturovat části do smysluplného celku, tak jako v běžném životě. Možnost naučit se při hře strukturovat jednotlivé zvuky do uspořádaného celku znamená naučit se vyvažovat životní nároky. (Zelevá, 2007)

Podněty pro volnou improvizaci v terapii mohou být dle Zelevé (2007) různého druhu:

- **zaměřené na koncentraci:** např. zaposlouchání se do zvuků okolí, vnímání vlastní vnitřní hudby (těla).
- **zaměřené na komunikaci:** např. různé lehce strukturované hry s jistými pravidly.
- **zaměřené na emocionální vyjádření:** např. hudební vyjádření nálady. Vychází z určité příležitosti, která je v aktuálním momentě „Tady a teď“.
- **podporující asociace:** např. hudební zpracování témat jako roční období, počasí apod.

Hudební improvizace nabízí klientovi možnost setkání se sebou samým, se svým tvůrčím potenciálem a zároveň se svými hranicemi. Otevírá zdroje a může tak přispět k integraci osobnosti. To, co improvizaci obohacuje o terapeutický potenciál, je schopnost hudby stát se emocionálním rezonátorem. Komunikační vzorce jsou zpřístupněny skrze jiný projev, než je běžné. (Zelevá, 2007)

„Hudba má tedy ve srovnání s jinými psychoterapeutickými médii schopnost zasáhnout klienta přímo v jeho prožívání.“ (Zelevá, 2007, s. 140)

Franěk (2007) se pozastavuje nad otázkou, zda jsou hudební emoce skutečně prožívány. Popisuje, že se hudební psychologové se rozdělili na dva tábory. **emocionalisty** a **kognitivisty**. **Emocionalisté** soudí, že emoce obsažené v hudbě vyvolávají u posluchače **zcela autentický** a plnohodnotný emocionální prožitek, zatímco **kognitivisté popírají**, že by emoce obsažené

v hudbě mohly vyvolávat u posluchače **přímý emocionální prožitek**. Někteří kognitivisté zcela zásadně odmítají představu, že by u posluchače bylo spojení mezi rozpoznanou emocií obsaženou v hudbě a jejím přímým prožitím. Říkají, že spojení hudebního prožitku a emocií je dáno tím, že máme zvyk popisovat hudbu pomocí emocionálních kategorií. Když v hudbě identifikujeme smutek, neznamená to, že smutek také prožíváme.

Franěk (2007) soudí, že obě skupiny mají svůj díl pravdy. Naše reakce na hudbu jsou **různě hluboké**. Za určité situace můžeme hudbu poslouchat a emoce v ní pouze identifikovat či z vnějšku pozorovat, aniž bychom je ve skutečnosti hluboce prožívali, avšak za jiné situace se mohou- třeba zcela bezděčně- objevit velmi silné a **autentické emoce**.

Slobodův výzkum (in Franěk, 2007) ukázal, že **hudba** nemění ani nevytváří emoce, ale spíše umožňuje **přístup k prožitku emocií**, které člověk na určitém stupni již prožívá, ale není si jich zcela vědom, nebo je nemůže sám rozvíjet.

V hudební improvizaci často spontánně dochází k abreakci. Některé „nedoprožité“ emoce se doprožívají, a to v sociálně nezraňujícím prostředí hudby. Hudba citlivě vyjadřuje prožitkovost, proto se využívá s úspěchem i v dialogové hře- partnerů, matky a dítěte, nebo i rodičů s dítětem, Zvyšuje se empatie a vzhled do sociálního spolubytí. Upevňuje se tak koheze rodiny, a to kreativním a flexibilním způsobem. (Pejřimovská, v tisku)

e) tanec.

Pohyb má pozitivní vliv na psychickou činnost a je také prostředkem projevu. V kombinaci s hudbou se provádí choreoterapie, tj. léčení tancem. Zde se do popředí dostává rytmus a souhra. Hudba usnadňuje pohyb a dává intenzivněji prožít sociální kontakt ve společné činnosti. (Kulka, 2008)

V kurzech předporodní přípravy Tamary Markové v A- centru byl do programu zařazen volný tanec a prvky břišního tance. Reakce těhotných žen na tyto aktivity byly velmi kladné.

Mátejová (1980) k této tematice dodává, že vypěstování schopnosti podřídit se psychicky i somaticky vlivu rytmu hudby a úplně s ním splynout umožňuje, aby účastníci tohoto cílevědomě navozeného procesu bezprostředně a plnohodnotně prožili pocit eurytmie a syntonie harmonicky se prolínajícího pohybu vlastního těla s rytmem hudby. Účastníci sezení se mají postupně naučit vnímat svou pohybovou aktivitu jako neoddělitelnou součást citlivého a výrazově mnohotvárného organismu hudby. Plynulost a niterné prožívání pohybu bez zábran, které jsou stimulované emocionálním působením rytmu hudby, vytvářejí podmínky pro celkové uvolnění, psychické přeladění a prohloubení dýchání.

2.2.4. Hudba u porodu

V této oblasti má hudba spíše doprovodnou než léčebnou roli. Při stanovení muzikoterapeutických cílů jde především o zmírnění psychické či fyzické bolesti, jedná se tedy o oblast paliativní muzikoterapie. (Zelevá, 2007)

V USA se pro muzikoterapii v oblasti porodu zavedl termín „Music Therapy Assisted Childbirth“.

Hudba u porodu se užívá pro:

- **snížení hladiny úzkosti, stresu a napětí matky během porodu.** (Wigram, 1999, Kantor, 2005)

- **snížení bolesti díky zaměření pozornosti na hudbu.** (Hanser; Larson; O'Connell, in DiCamillo, 2004)

- **prohloubení relaxace.** (Clark; McCorkle; Williams, in DiCamillo, 2004)

U 70 % účastnic výzkumu Hanzera (in Kantor, 2005) pomohla hudba výrazně prohloubit účinky relaxace a 100% jich zaznamenalo díky hudbě sníženou bolest během porodu.

- **strukturaci dýchání.** (Hanser; Larson; O'Connell, in DiCamillo, 2004) Vhodně vybraná hudba může posílit vzorce a rytmus dýchání během děložních kontrakcí. (Kantor, 2005)

- **stimulaci pozitivního vnímání porodu.** (Clark; McCorkle; Williams, in DiCamillo, 2004)

Hudba synchronizuje se svým tempem nejen dech, ale i další fyziologické funkce a tím dochází nejen k uvolnění svalů, ale i ke zmírnění napětí a utišení bolesti při porodu.

Burr (in Kantor, 2005) představuje **muzikoterapeutický program**, podle kterého začíná spolupráce budoucí matky s muzikoterapeutem v šestém měsíci těhotenství. Je tvořeno pěti samostatnými setkáními, z nichž jedno se koná až po porodu.

- Při prvním setkání zjišťuje terapeut hudební preference klientky.
- Při setkání se pracuje s CD obsahující hudbu, která bude puštěna při porodu, sestavenou na zakázku klientky. Terapeut nacvičuje s klientkou hudební imaginaci s relaxačními pokyny pro vstupní fáze porodu. Budoucí matka je ve stručnosti seznámena s procesem porodu.
- Při třetím setkání představí muzikoterapeut hudbu pro fázi vypuzení plodu.

- Ve čtvrtém setkání dojde k výběru písně pro novorozence, která je věnováním novému člověku a členu rodiny a může obsahovat poselství pro dítě od rodičů. Terapeut pomáhá klientce s formulováním porodního plánu.
- Po porodu realizuje muzikoterapeut ještě jedno setkání, během něhož vyučuje masážní techniky pro novorozence, jednoduché hry a ukolébavky.

Přídavné služby dle Burra (in Kantor, 2005) v rámci porodní muzikoterapeutické péče zahrnují hodiny pro sourozence malého dítěte s cílem pomoci přizpůsobit starší sourozence malému dítěti a trénink partnerů těhotných žen, během něhož se učí používat užitečné materiály pro partnerku a rozpoznávat její potřeby při porodu.

2.3. Možnosti zapojení muzikoterapie do psychoprofylaktické přípravy rodičů na porod

2.3.1. Psychologická příprava na porod

Moderní porodnictví a v jeho rámci také příprava rodičů k porodu se snaží o citlivé zacházení s emočními potřebami matky a otce a o pozitivní rozvoj vztahu rodič- dítě.

Zastánci nových způsobů vedení porodu šetrnému k matce i dítěti (Leboyer- něžný porod, Odent- porod ve vodě) se snaží omezit medikaci a chirurgické zákroky na nezbytnou míru a naopak podporují volnost ženy, aby si vybrala polohu, ve které bude rodit. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Všechny nové přístupy k vedení porodu ovšem předpokládají přípravu matky na porod v době těhotenství a navazují tak na průkopnické úsilí některých anglických, ruských a francouzských porodníků (Dick- Read, Nikolajev, Lamaze) o psychoprofylaxi založené na poučení, sugesci a cílených cvicích. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

O koncepci předporodní přípravy v České republice pojednávají Pečená, Čepický a Koťátková (1990). Podle nich je základním cílem porodnické psychoprofylaxe snížení úzkosti a strachu z porodu a nabytí reálného postoje k porodu na základě poznání a pochopení celé situace. Žena má podle nich vědět, co ji během porodu očekává a čím sama může přispět ke zdárnému výsledku těhotenství. Má být připravena na změny, které ji čekají během těhotenství a které nastanou po porodu.

Zdůrazňuje se také role otce v komplexu matka- otec- dítě. Význam otce v tomto komplexu začíná dle Kozeroovského, Markové, Goldmana, aj. (1991) od počátku jeho vztahu s budoucí matkou. Otevřenost ve vzájemném vztahu, hloubka citových vazeb, zodpovědnost a aktivní

spolupráce páru dává nejlepší předpoklady pro dobré rodičovství. S tím souvisí trend plně zapojit nastávajícího otce do celého komplexu předporodní, porodní a poporodní péče. Neoddiskutovatelným pozitivem je, že porody s účastí otce byly nápadně výrazným snížením potřeby medikace, zejména analgetické. (Kozarovský, Marková, Goldman, aj., 1991)

Porodnickou psychoprophylaxi se možnosti psychologické přípravy ženy k porodu nevyčerpávají. Čepický (1993) předkládá některé další vhodné metody, např. systematickou desenzibilizaci, která byla upravena pro těhotné se zvýšeným strachem z porodu, nebo např. relaxační techniky, hathajóga, hypnóza. Na své skutečné zhodnocení tyto metody však ještě čekají.

2.3.2. Muzikoterapie v psychoprophylaktické přípravě na porod

Vzhledem k tomu, že základním cílem psychoprophylaktické přípravy k porodu je snížení strachu a úzkosti matky z porodu (Pečená, Čepický, Koťátková, 1990), vzniká v této oblasti prostor pro uplatnění muzikoterapeutických technik, které mohou kromě jiného ovlivňovat hladinu úzkosti, stresu a tenze.

Muzikoterapie má v oblasti psychoprophylaktické přípravy na porod velké možnosti působení, také díky tomu, že se může aplikovat individuálně či skupinově jak na skupiny homogenní, tvořené těhotnými ženami, tak na smíšené skupiny sestávající z těhotných žen a jejich partnerů. Lze ji také aplikovat individuálně.

Do programu skupinových sezení se může zařadit např. břišní tanec či volný tanec- neměly by se při něm vykonávat prudké pohyby, zpěv ukolébavek či jiných jednoduchých melodických písní, relaxace na hudbu- volná či řízená, hudební improvizace na jednoduché hudební nástroje či zpívaná, technika pracující s partnerskou spoluhrou a také je nutné vyhradit čas pro sdílení prožitků. Dále se do programu sezení může zařadit nácvik dýchání k porodu, masáže či uvolňující cvičení.

Své místo má hudba také u porodu, kde snižuje napětí a tím i zmírňuje bolest a dále ve zpěvu a dětských hrách pro novorozence.

Souhrnně lze vyjmenovat tyto možnosti zapojení muzikoterapie v psychoprophylaktivní přípravě na porod:

- snižování úzkosti, stresu a tenze během těhotenství i porodu.
- otevírání specifických komunikačních kanálů v rámci triády matka- otec- dítě.

- podpora introspekce a tím i zakotvení hodnotového systému v bezpečném, sociálně nezraňujícím prostředí.
- podpora kreativity a spontaneity, a tím i zvýšení autonomie a schopnosti efektivně se vyrovnávat s náročnými životními situacemi.
- působení na rozvoj empatického a niterného spoluprožívání v dialogu a v rodině.
- zvýšení zájmu o vliv hudby v životě dítěte a rodiny.
- nácvik dovedností pomáhajících při porodu, nácvik poloh, pozic a způsobů dýchání, stimulaci akupresurních zón a relaxace k tlumení porodních bolestí.

Výzkumy ukazují, že ženy, které se během těhotenství účastnily muzikoterapeutických programů, vykazují mnohem pozitivnější vnímání celkové zkušenosti s těhotenstvím než ženy, které se muzikoterapeutických programů neúčastní. (Hanser; Larson; O'Connell, Clark; McCorkle; Williams, in Kantor, 2005)

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Výzkumný cíl

Výzkumný cíl byl formulován takto: Zjistit, zda muzikoterapie přispívá k odbourání stresu v těhotenství, a dále možnosti zapojení muzikoterapeutických technik do procesu psychoprofylaktické přípravy těhotných žen na porod.

Výzkum jsem pojala jako pilotážní studii s ohledem na jeho krátkodobé trvání a počet probandů.

Rozdělila jsem ji do tří základních okruhů (viz níže), které byly dále konkretizovány a šetřeny pomocí ověřování jednotlivých předpokladů. V každém okruhu byla data snímána pomocí jiných metod a na jiných vzorcích respondentů (popis metod a výběru vzorku je uveden vždy v příslušné části studie). Poté jsem provedla vyhodnocení všech získaných dat jak uvnitř tří šetřených okruhů, tak i v celkové interpretaci pilotážní studie.

Tři základní okruhy šetření byly stanoveny takto:

- A. Efekt působení muzikoterapeutických technik na skupinu těhotných žen s partnery. (5 předpokladů)
(Skupina účastníci se „hudebních aktivit s prvky muzikoterapie“ - dále vždy skupina „A“ se skládala z těhotných žen doprovázených partnery a těhotných žen docházejících na setkání samostatně - podrobná charakteristika skupiny viz kap. 3.3.2.)
- B. Nalézání specifických charakteristik ve spontánní hudební aktivitě skupiny „A“ nezávislými hodnotiteli. (2 předpoklady)
- C. Analýza dotazníkového šetření skupiny těhotných žen zaměřujícího se na zjištění hudebních preferencí v těhotenství a subjektivního hodnocení působení hudby nastávajícími matkami. (7 předpokladů)

3.2. Okruh šetření „A“

S ohledem na zaměření práce byla v rámci okruhu šetření „A“ sledována především míra stresu a tenze ve skupině „A“ a možnosti jejího ovlivňování muzikoterapeutickými technikami v rámci sezení nazvaných „hudební aktivity s prvky muzikoterapie“ (dále vždy „HAPM“)

Pomocí dotazníku vlastní konstrukce byla zjišťována také míra koncentrace zkoumaných osob na počátku jednotlivých sezení. Dále byla pozorována skupinová dynamika, především bylo hodnoceno zapojení jedinců do skupinového dění.

Do dotazníku zadávaného při sezeních „HAPM“ byly zahrnuty také položky zkoumající preferenci jednotlivých muzikoterapeutických technik a výskyt negativních zážitků během sezení, které poskytly cenné informace pro úpravu programu budoucích muzikoterapeutických sezení pro skupiny těhotných žen s partnery.

Šetření okruhu „A“ je možné hodnotit také jako pilotní zjištění, zda jsou muzikoterapeutické techniky pro těhotné ženy s partnery vhodné.

3.2.1. Předpoklady okruhu šetření „A“

Okruh šetření „A“, sledující efekt působení muzikoterapeutických technik na skupinu „A“, byl dále rozpracován do následujících předpokladů:

Předpoklad č. 1: Úroveň stresu ve skupině „A“ má klesající trend v každém z jednotlivých sezení „hudebních aktivit s prvky muzikoterapie“.

Předpoklad č. 2: Hladina stresu ve skupině těhotných žen s partnery vykazuje v rámci cyklu tří sezení „HAPM“ klesající trend.

Předpoklad č. 3: Zábrany a tenze se při spontánních hudebních aktivitách během tří sezení „HAPM“ objevují stále méně.

Předpoklad č. 4: Účastníci „HAPM“ mezi muzikoterapeutickými technikami významně preferují relaxační hudební techniky.

Předpoklad č. 5: U členů skupiny „A“ se objevuje tendence nevyhledávat aktivně nové společenské kontakty, což se projevuje i v interakci během společné hudební improvizace.

3.2.2. Vzorek okruhu šetření „A“

Výzkumný vzorek byl tvořen těhotnými ženami s partnery docházejícími na kurz předporodní přípravy vedený porodní asistentkou Königsmarkovou v A-centru. Některé těhotné ženy byly pravidelně doprovázeny svými partnery, jiné docházely na kurz samostatně (přesné počty viz níže).

Mým záměrem bylo sestavit skupinu z jedinců, kteří jsou vystaveni poměrně vysoké míře stresu vlivem životní situace kolem porodu. Ženy účastníci se kurzu předporodní přípravy byly většinou ve vysokém stupni těhotenství, před naším třetím sezením jedna matka již porodila a druhá byla před jeho začátkem odvezena do porodnice kvůli začínajícímu porodu.

„Hudební aktivity s prvky muzikoterapie“ navazovaly na cca dvouhodinové přednášky porodní asistentky Königsmarkové, které byly součástí kurzu předporodní přípravy, a mohli se jich dobrovolně zúčastnit všichni frekventanti kurzu. V cyklu šesti přednášek předporodního kurzu byla vyžadována pravidelná účast frekventantů kurzu, proto se také navazujících sezení „HAPM“ zúčastňovali opakovaně stejní zájemci.

Celkem tři sezení „HAPM“ proběhla ve dvoutýdenních intervalech, a to v úterý 8.4., 22.4. a 6.5. 2008 přibližně od 19.30 hod. Prvního sezení se zúčastnilo 12, druhého 7 a třetího 11 zkoumaných osob. První skupina se skládala ze sedmi těhotných žen a pěti partnerů, ve druhé skupině byly 4 nastávající matky a 3 partneři a třetí skupina byla tvořena sedmi těhotnými ženami a čtyřmi nastávajícími otci. Domnívám se, že nestejný počet frekventantů sezení „HAPM“ pravděpodobně mohl ovlivnit výsledky výzkumu.

3.2.3. Metody okruhu šetření „A“

K ověření předpokladů okruhu šetření „A“ byl použit dotazník č. 1 vlastní konstrukce, který byl dělen na část „a“ a „b“.

Jako metoda bylo užito i vlastní sezení „HAPM“, u kterého byla sledována především jeho dynamika.

Vzhledem k povaze šetření včleňuji použité metody do širších souvislostí.

Dotazník 1.a byl předkládán na počátku sezení „HAPM“. Zachycuje aktuální prožívání účastníků sezení, úroveň stresu, tenze a úroveň únavy, aktivace a schopnosti koncentrace jednotlivých členů skupiny. Na začátku prvního sezení byly do dotazníku zařazeny ještě dvě položky obecnějšího charakteru zjišťující trend k navazování nových sociálních kontaktů zaměřený ke vnější společnosti a vztah k hudbě. Oba trendy jsem zhodnotila jako stabilní (viz Čepický, 1999), proto jsem neměla potřebu otázku opakovat při dalších sezeních. (dotazník 1.a viz příloha č.1)

Dotazník 1. b byl předkládán bezprostředně po závěru „HAPM“ sezení. Položky dotazníku 1.b byly orientovány na posun v percepci stresu a tenze, který nastal vlivem dění v rámci tří sezení „HAPM“. Dále byla zjišťována preference předložených technik vyžadujících aktivní zpěv a hru, technik receptivně relaxačních či techniky zaměřené na vlastní prožitkovost, introspekci. (dotazník 1. b viz příloha č. 2)

Celkem tedy zkoumané osoby vylpnilly šest dotazníků (3x 1. a, 3x 1. b). Administrace dotazníků trvala vždy méně než 5 minut. Sezení trvala přibližně 30 minut, přičemž delší trvání nebylo vhodné z důvodu únavy zúčastněných po dvouhodinové přednášce.

Každé muzikoterapeutické sezení mělo svou strukturu a svou vlastní dynamiku, která byla sledována uvnitř každého sezení a zachycena v dotaznících 1. a, 1. b. Kromě toho ale i

všechna sezení, která se konala v rozmezí 6 týdnů, vykazovala dynamiku dlouhodobější. Ta je zachycena vzájemným srovnáním tří dotazníků „1. a“ a vzájemným srovnáním dotazníků „1. b“.

Během sezení měli členové skupiny těhotných matek a parterů možnost vlastního cíleného zážitku s hudbou, který jim umožnil introspekci a imaginaci a ovlivnil jejich aktuální psychický stav, náladu, úroveň tenze a stresu. O těchto skutečnostech členové skupiny introspektivně vypovídají v dotaznících 1. b.

V jednotlivých sezeních byly nabízeny tyto aktivity: zpěv, spoluhra známých písní, spontánní improvizace členů skupiny, hudební vyjadřování pocitů a sdílení pocitů ve skupině a receptivní relaxační techniky.

Dalším krokem bylo zpracování jen jedné části prvního sezení, a to části stěžejní. Konkrétně se jednalo o spontánní hru členů těhotných žen s partnery na instrukci: „Zahrajte své pocity teď a tady“. Tato spontánní hra skupiny byla později ve formě audiozáznamu předložena k posouzení nezávislým hodnotitelům, a to frekventantům výcviku Edukační muzikoterapie. Ti hodnotili především emoční náboj této hudební improvizace. Popis, analýzu a výsledky této části studie jsem pro jejich významnost vřadila do samostatného okruhu šetření „B“.

Klima skupiny, kde byly prováděny hudební aktivity a snímán dotazník č.1, se dá hodnotit jako vstřícné s mírně převažujícím introvertním reagováním členů skupiny. Vzhledem k tomu, že muzikoterapeutické sezení navazovalo na přednášku, aktivitu členů skupiny jsem na základě sledování skupinové dynamiky zhodnotila jako spontánní s pozitivním akceptováním předloženého muzikoterapeutického materiálu.

Vzhledem k časové náročnosti tohoto bloku nebyla již do programu sezení vřazena forma partnerské spolu hry dle Pejřimovské (v tisku), kterou bych jinak považovala za vhodnou. Každá skupina má svůj charakter podle toho, z jakých členů je složena. V každé skupině je odlišné klima a skupinová dynamika. Lze předpokládat, že skupina složená pouze z těhotných žen se hudebně projevuje jinak než skupina složená z mužů a těhotných žen.

Těhotné ženy se samy vyjadřovaly tak, že prožitek z muzikoterapeutického sezení za účasti partnerů má jiný charakter než ve skupině, kde jsou jen samotné ženy. Z toho vyplývá, že skupiny těhotných žen s partnery mohou mít jinou vnitřní dynamiku než skupiny homogenní tvořené pouze těhotnými ženami. To dokresluje, že ženy samotné jsou jiné než s muži- skupina se chovala v normě.

Je nutné podotknout, že některé z žen účastnicích se „HAPM“ měly zkušenost s muzikoterapií v homogenní skupině složené z těhotných žen. pod vedením jiného muzikoterapeuta.

3.2.4. Ověření předpokladů okruhu šetření „A“ a dílčí interpretace jednotlivých položek dotazníku č. 1

Pro prezentaci dat získaných analýzou dotazníku č. 1 formy „a“ i „b“ předloženého skupině „A“ před a po „HAPM“, jsem využila jak grafické metody, tak znázornění dat pomocí tabulek. Hendl (2004) tvrdí, že grafické metody jsou vhodnější pro zobrazení širších kvalitativních vlastností dat. Tabelační metody jsou podle tohoto autora vhodnější pro uvedení údajů v přesném tvaru, nebo když se očekává, že tyto údaje budou zapotřebí k dalším výpočtům.

Pro snadnější orientaci ve zjištěných datech, která se váží k ověření předpokladů okruhu šetření „A“, jsem použila oba způsoby jejich zobrazení.

Ověření předpokladu č. 1:

Předpoklad č. 1: Úroveň stresu ve skupině „A“ má klesající trend v každém z jednotlivých sezení „hudebních aktivit s prvky muzikoterapie“.

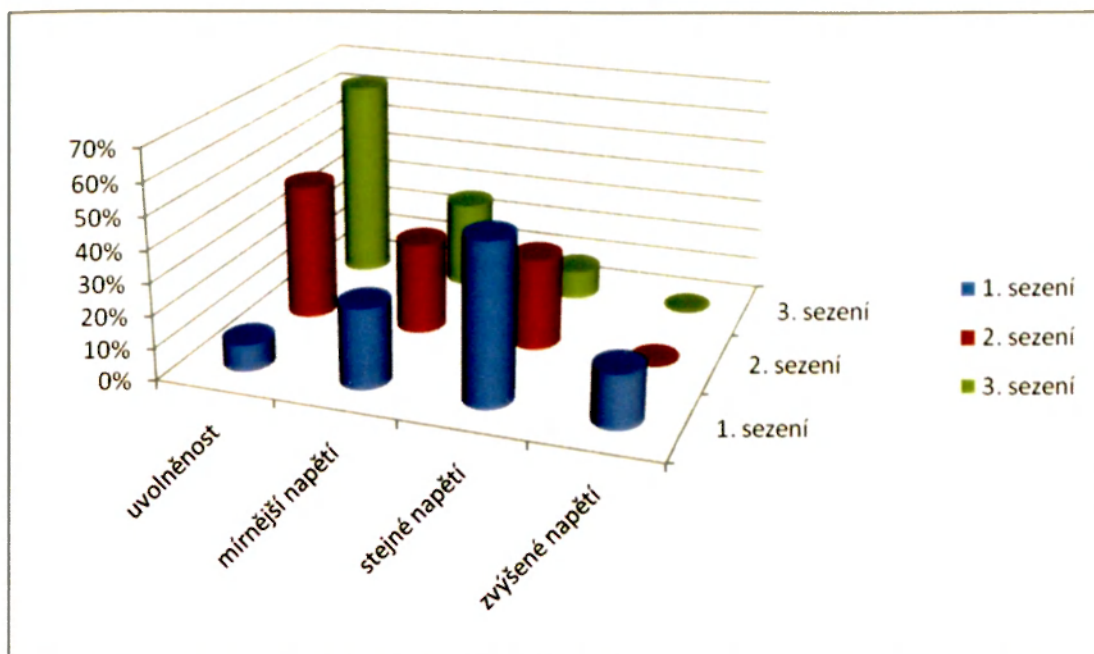
Pro ověření platnosti předpokladu č. 1 jsem použila data položky č. 1 dotazníku 1. b.

Položka č. 1 dotazníku 1. b: „Jaké jsou Vaše pocity po našem sezení? Která možnost nejvíce odpovídá Vašemu aktuálnímu naladění?“ (přesné znění možných variant odpovědí viz příloha č.2)

Tabulka č. 1 znázorňující výsledky položky č. 1 dotazníku 1. b

	1. sezení	2. sezení	3. sezení
„uvolněnost“	8%	43%	64%
„snížení stresu“	25%	29%	27%
„stejný stres“	50%	29%	9%
„zvýšení stresu“	17%	0%	0%

Graf č. 1 znázorňující výsledky položky č. 1 dotazníku 1. b



Tabulka č. 1 a graf č. 1 zobrazující hodnocení aktuálního prožívání zkoumaných osob bezprostředně po skončení jednotlivých sezení jasně ukazují trend zvyšujícího se počtu probandů preferujících variantu „a) uvolněnost“.

Počet probandů, kteří udávají přímo variantu „b) snížení stresu“ zůstává přibližně stejný ve všech sezeních.

Po každém sezení klesá počet probandů pociťujících „c) stejný stres jako na počátku sezení“. Trend poukazuje ke snížení napětí a stresu.

Varianta „d) zvýšený stres“ po „HAPM“ byla uváděna jen po prvním sezení, po druhém a třetím sezení se již tato odpověď nevyskytovala.

Kategorie „e) jiné“ byla respondenty vnímána spíše jako možnost upřesnit předcházejí výpovědi. Bylo je ale možné vřadit k variantám a) - d). (přesné znění odpovědí uvedených v kategorii „e) jiné“ viz příloha č. 2)

Dílčí interpretace položky č. 1 dotazníku 1. b

Úroveň stresu ve skupině má během jednotlivých sezení „HAPM“ mírný klesající trend. Tento závěr vyplývá ze zhodnocení všech odpovědí ve variantách a) - d) v dotazníku 1. b v položce č. 1, ačkoliv se zkoumané osoby přímo nevyjadřují pro „b) snížení stresu“. Mírný klesající trend úrovně stresu během jednotlivých sezení byl zaznamenán díky zvyšujícímu se počtu zkoumaných osob udávajících uvolněnost a klesajícímu počtu osob s pocitem stejné či zvýšené úrovně stresu ve srovnání s jeho úrovní na počátku sezení. Stále se objevuje přibližně stejně velká skupina osob, která na konci sezení pociťuje snížení stresu ve srovnání s počátkem sezení.

Předpoklad č. 1 považuji za ověřený.

Ověření předpokladu č. 2

Předpoklad č. 2: Hladina stresu vykazuje v rámci cyklu tří sezení „HAPM“ klesající trend.

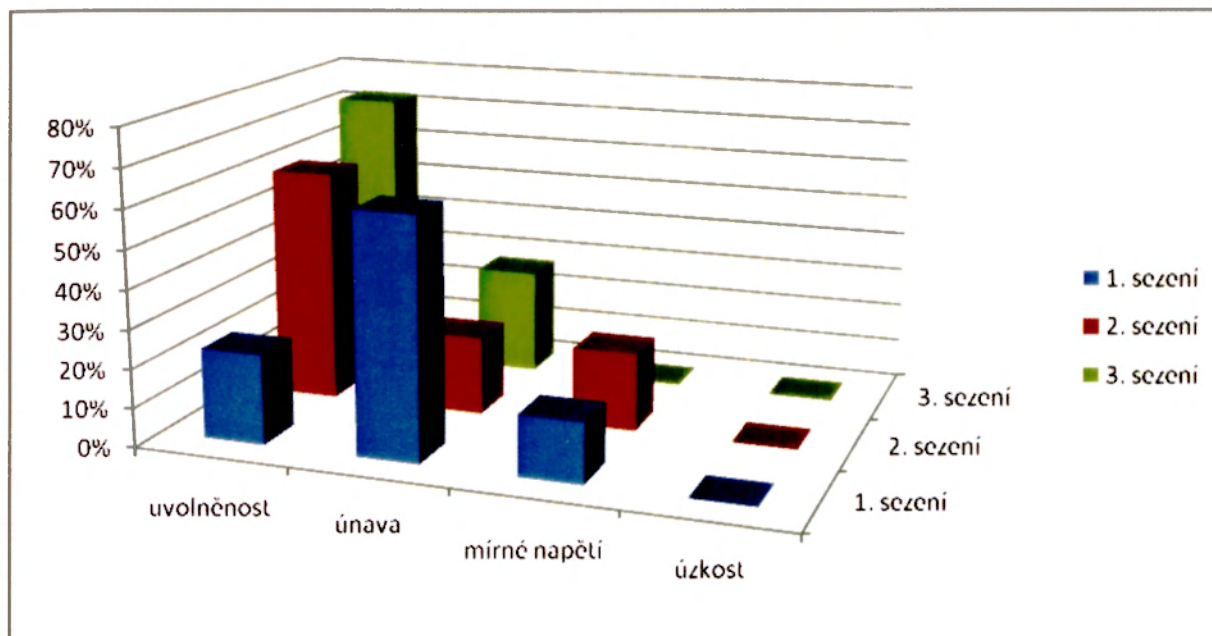
Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položek č. 1, 2 dotazníku 1. a.

Položka č. 1 dotazníku 1. a: „Jak se v tuto chvíli cítíte, jak jste naladěn(-a), která z níže uvedených možností nejlépe vystihuje Vaše aktuální prožívání?“ (přesné znění variant odpovědí viz příloha č. 1)

Tabulka č. 2 znázorňující výsledky položky č. 1 dotazníku 1. a

	1. sezení	2. sezení	3. sezení
„Uvolněnost“	23%	60%	73%
„Únava“	62%	20%	27%
„Lehký stres“	15%	20%	0%
„Úzkost“	0%	0%	0%

Graf č. 2 znázorňující výsledky položky č. 1 dotazníku 1. a



Z tabulky č. 2 a grafu č. 2 vyplývá, že na počátku sezení v části 1. a dotazníků průběžně roste počet dotazovaných osob, které udávají variantu „a) uvolněnost, klid, spokojenost“.

Velký rozdíl lze vypočítat v udávaných odpovědích vztahujících se k variantě „b) únava“.

Nejvýraznější pokles hladiny únavy se dal vypočítat mezi prvním a druhým sezením, na počátku třetího sezení byla tato hladina na přibližně stejné úrovni jako na počátku druhého sezení.

Varianta „c) lehký stres“ byla zastoupena poměrně málo, objevovala se přibližně ve stejném poměru na počátku prvního a druhého sezení, v úvodu třetího sezení se již tato možnost nevyskytla u žádného probanda.

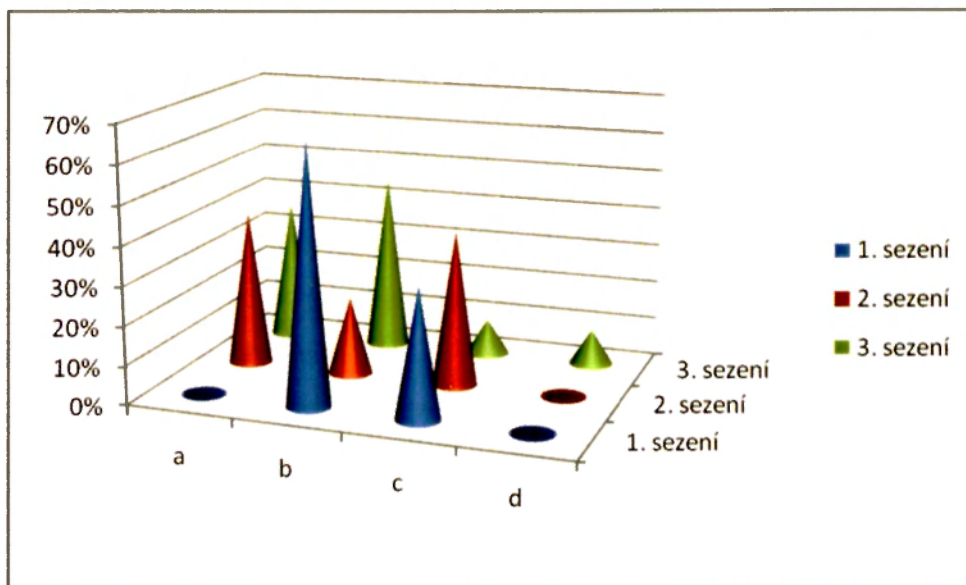
Varianta „d) úzkost“ ani „e) jiné“ nebyla uvedena v žádném ze tří dotazníků.

Položka č. 2 dotazníku 1. a: „Do jaké míry jste schopný(-á) koncentrovat se a zapojit se do skupinového dění? (úroveň aktivace)“ (přesné znění variant odpovědí viz příloha č. 1)

Tabulka č. 3 znázorňující výsledky položky č. 2 dotazníku 1. a

	1. sezení	2. sezení	3. sezení
A	0%	40%	36%
B	67%	20%	45%
C	33%	40%	9%
D	0%	0%	9%

Graf č. 3 znázorňující výsledky položky č. 2 dotazníku 1. a



Z tabulky č. 3 a grafu č. 3 vychází najevo skutečnost, že ve druhém a třetím sezení výrazně narostlo procento zkoumaných osob dle jejich vyjádření schopných „a) **maximální koncentrace**“ a v prvním a ve třetím sezení se navíc vyskytuje významná část členů skupiny, kteří volí variantu „b) **dokáží se soustředit na dané instrukce, jen musím lehce potlačovat únavu.**“ Také varianta „c) **jsem unavený(-á), ale dokáží se soustředit na dění ve skupině, i když s obtížemi**“ byla ve třetím sezení udávána výzkumnými osobami výrazně méně často než v prvním a druhém sezení. Varianta „d) **jsem unavený a nedokáží se koncentrovat**“ byla v průběhu tří sezení preferována pouze jednou osobou, což lze považovat za nevýznamné.

Dílčí interpretace položek č. 1 a č. 2 dotazníku 1.a

Na snížení hladiny stresu poukazuje rostoucí počet osob udávajících uvolněnost již na počátku a také na konci tří sezení. Dále byl zaznamenán výrazný trend ústupu únavy za současného vzestupu koncentrace pozornosti již na počátcích sezení. Klesá podíl zkoumaných osob, které po jednotlivých sezeních cítily stejné napětí jako na počátku. Po druhém a třetím sezení již také nikdo nepocítuje zvýšenou úroveň stresu než na počátku sezení.

Únava může poukazovat i na vliv obranných mechanismů. Snížení únavy pak lze považovat za trend naznačující snížení úzkosti či intrapsychického napětí. Fakt, že úzkost sama není reflektována, poukazuje ale nejspíše na přetrvávající přítomnost obranných mechanismů.

Frekvence tří sezení po 14 dnech je zřejmě nedostačující k sebeotevření členů skupiny.

Zdá se, že vlivem přibývajících zkušeností z muzikoterapeutických sezení klesal počet zkoumaných osob, které mohly pocítovat mírnou tenzi a interpretovaly ji jako únavu. Pokles únavy na počátku druhého a třetího sezení lze vysvětlit jako důsledek poklesu intrapsychické tenze.

Předpoklad č. 2 byl ověřen.

Ověření předpokladu č. 3

Předpoklad č. 3: Zábrany a tenze se při spontánních hudebních aktivitách během tří sezení „HAPM“ objevují stále méně.

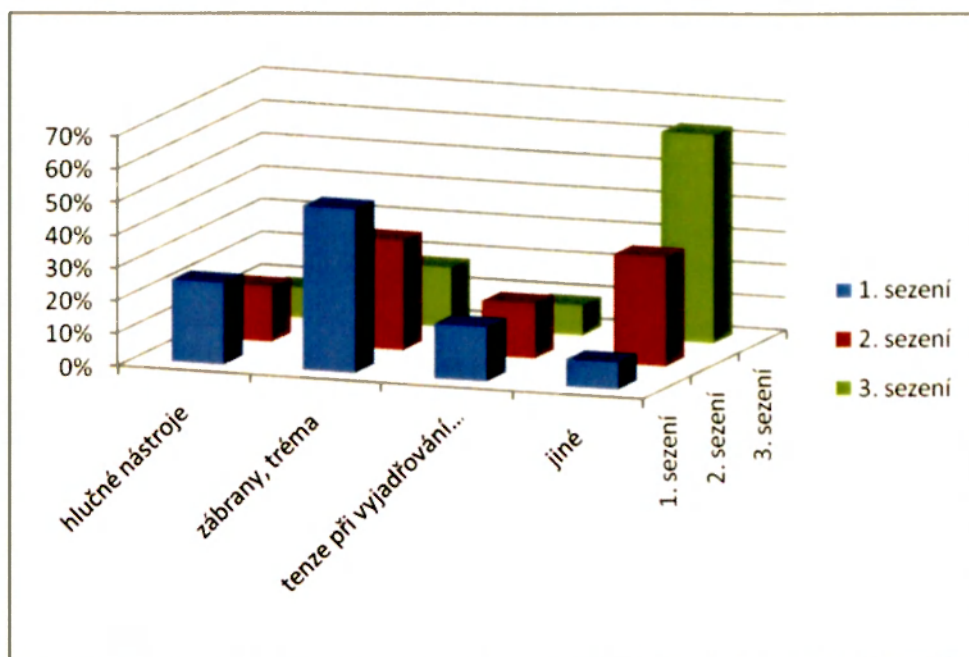
Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položky č. 2 a 4 dotazníku č. 1b.

Položka č. 4 dotazníku 1. b: „Máte nějaký negativní zážitek z dnešního sezení?“ (přesné znění variant odpovědí viz příloha č. 2)

Tabulka č. 4 znázorňující výsledky položky č. 4 dotazníku 1. b

	1. sezení	2. sezení	3. sezení
„hlučné nástroje“	25%	17%	9%
„zábrany, tréma“	50%	33%	18%
„tenze při vyjadřování pocitů“	17%	17%	9%
„jiné“	8%	33%	64%

Graf č. 4 znázorňující výsledky položky č. 4 dotazníku 1. b



Tabulka č. 4 a graf č. 4 znázorňují rozptýl zjištěných odpovědí na položku č. 4 dotazníku 1. b. Výrazně klesající trend byl zaznamenán v kategorii hlučné nástroje a v kategorii týkající se zábran a trémy. Tenze při vyjadřování vlastních pocitů mírně klesla jen v posledním sezení. Výrazně ale roste podíl zkoumaných osob, které neudávají žádný negativní zážitek ze sezení. V kategorii „e) jiné“ se vždy vyskytla odpověď „ne“ nebo „žádný“. Zkoumané osoby ani jednou nevybraly možnost „d) vybavení špatných vzpomínek v důsledku asociací s hudbou“, proto jsem ji do vyhodnocení výsledků nezahrnula.

Položka č. 2 dotazníku 1. b: „Jste spokojen(-a) se svým zapojením do skupinového dění?“ (přesné znění variant odpovědí viz příloha č. 2)

Z hodnocení výpovědí zkoumaných osob vyplývá, že během cyklu tří sezení mírně roste subjektivní spokojenost a mírně klesá nespokojenost se zapojením do skupinových aktivit.

Dílčí interpretace položky č. 2 a č. 4 dotazníku 1. b

Snížení intrapsychického napětí během sezení „HAPM“ sniká tendence doložit skutečnostími vyplývajícími z hodnocení a v položce č. 4 dotazníku 1. b. Ukázalo se, že v průběhu cyklu tří sezení významně klesá počet výzkumných osob referujících o „zábranách a trémě“ během muzikoterapeutických sezení.

Dále ve třetím sezení také klesá intrapsychická tenze při vyjadřování vlastních pocitů.

Výrazně ubylo negativních zážitků ze sezení. I výše uvedená zjištění dotazníku 1. a (viz ověření předpokladu č. 2) poukazují na snížení vnitřního napětí, např. snížením únavy a zvýšením koncentrace pozornosti na počátku muzikoterapeutických sezení.

Je nutné poznamenat, že jak tenze při vyjadřování pocitů během sezení, tak mírné napětí na počátku lekce kleslo až ve třetím sezení. Lze tedy konstatovat, že úroveň napětí je výrazně ovlivnitelná spíše dlouhodobějším působením.

V souvislosti s ověřováním předpokladu č. 3 lze interpretovat zjištění položky č. 2 dotazníku 1. b, kde zkoumané osoby subjektivně posuzovaly svou spokojenost se zapojením do skupinového dění. Trendy mírného nárůstu spokojenosti a mírného poklesu nespokojenosti se zapojením do skupinových aktivit se dají hodnotit spíše jako doprovodné. Lze tedy konstatovat, že pravděpodobně nevznikl žádný negativní zážitek způsobený natolik nepříjemným pocitem tenze či trémy, který by členům skupiny zabránil v adekvátním zapojení do skupinových aktivit a který by významně ovlivnil jejich subjektivní pocit spokojenosti se zapojením do skupinového dění.

Zmenšující se podíl zkoumaných osob udávajících zábrany a trému během sezení, zvyšující se počet jednotlivců referujících nulové negativní zážitky ze sezení, ale i trend ke snížení tenze při vyjadřování vlastních pocitů poukazují na snížení intrapsychického napětí, stresu a vlivu obranných mechanismů. Tato zjištění potvrzují předpoklad č. 3.

Předpoklad č. 3 hodnotím jako ověřený.

Ověření předpokladu č. 4

Předpoklad č. 4: Těhotné ženy mezi muzikoterapeutickými technikami významně preferují relaxační hudební techniky.

Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položky č. 3 dotazníku 1. b.

Položka č. 3 dotazníku 1. b: „Co pro Vás bylo z dnešního sezení nejpříjemnější?“ (přesné znění variant odpovědí viz příloha č. 2)

Tabulka č. 5 znázorňující výsledky položky č. 3 dotazníku 1. b

	1. sezení	2. sezení	3. sezení
„relaxace s hudbou“	22%	100%	91%

Z tabulky č. 5 vyplývá jasný trend k preferenci relaxačních technik před hrou na nástroje a skupinovým zpěvem.

V prvním sezení se také velmi líbila technika aktivní muzikoterapie, konkrétně úvodní technika „Velká Pardubická“. Ta je sice technikou abreakční, tedy vede k odbourávání intrapsychické tenze, ale nepřímo může vyvolat příjemný pocit uvolnění.

Dílčí interpretace položky č. 3 dotazníku 1. b

Předpoklad č. 4 byl ověřován převážně pomocí položky č. 3 dotazníku 1. b. Relaxace s hudbou byla pravděpodobně preferována z toho důvodu, že těhotné ženy byly ve vysokém

stupni těhotenství, tudíž byla významná potřeba uvolnění a odpočinku, eventuelně i ovlivnění pocitů svalového napětí, zvláště pak po vyčerpávajícím programu přednášky.

V souvislosti s tímto zjištěním je možné poukázat na zjištění z výzkumného okruhu „C“, kdy byl příznivý efekt relaxační hudby v těhotenství potvrzen další skupinou těhotných žen, které se účastnily dalších kurzů předporodní přípravy v A- centru. Těmto těhotným ženám byl předložen dotazník č. 3, kde v položce č. 12 udává 18 těhotných žen z 20, že jim relaxační hudba pomáhá ke zklidnění.

Předpoklad č. 4 je hodnocen jako ověřený.

Ověření předpokladu č. 5

Předpoklad č. 5: U těhotných žen s partnery se objevuje tendence nevyhledávat aktivně nové společenské kontakty, což se projevuje i v interakci během společné hudební improvizace.

U skupiny „A“ se objevuje tendence nevyhledávat aktivně nové společenské kontakty, což se projevuje i v interakci během společné hudební improvizace.

Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položky č. 3 a 4 dotazníku 1. a.

Položka č. 3 dotazníku 1. b: „Jak vysoký je Váš zájem sblížit se s ostatními lidmi ve skupině?“ (přesné znění variant odpovědí viz příloha č. 1)

Tabulka č. 6 znázorňující výsledky položky č. 3 dotazníku 1. a

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
a)	3	25%
b)	0	0%
c)	7	58%
d)	1	8%
e)	1	8%

Z tabulky č. 6 lze vyčíst, že pouze 3 zkoumané osoby preferovaly variantu „a) rád(-a) bych získal(-a) nové známé s podobnou rodinnou situací.“ Variantu „b) rád(a) bych se s někým seznámila, ale nemám čas udržovat pravidelné styky“ ne zvolila žádná ze zkoumaných osob. Nejvíce účastníků sezení udávalo variantu „c) nemám chuť s někým navazovat kontakt, ale když to samo přijde, nejsem v zásadě proti tomu.“ Jedna osoba také vybrala variantu „d) nechce se mi s nikým seznamovat, mám málo času.“ Přesné znění odpovědi uvedené v kategorii „e) jiné“ viz příloha.

Dílčí interpretace položky č. 3 dotazníku 1. a

Pro ověření předpokladu č. 5 byla do dotazníku 1. a zařazena položka č. 3, zkoumající nastavení skupiny k navazování sociálních kontaktů jak v rámci skupiny, tak ve vztahu k mimo rodinu stojící společnosti. Během navazujících sezení nebyla již tato charakteristika dále zkoumána, protože tento trend vůči vně rodiny stojící společnosti lze považovat za stabilní. Na základě vyhodnocení dané položky je možné usuzovat na spíše pasivní přístup k navazování vztahů se členy skupiny i ve společnosti. Toto zjištění by potvrdilo tvrzení Čepického (1999), že v průběhu gravidity je těhotná žena stále více zaměřena na sebe a na plod. Z našeho šetření vyplývá, že aktivní ve vyhledávání sociálních styků nemusí být ani partner manželky, pravděpodobně z důvodu naladění na psychický stav manželky. V našem sezení byli přítomni spíše podporující partneři, kteří s partnerkou intenzivně prožívají změny v těhotenství, u kterých je určitá pravděpodobnost vzniku tzv. couvade- syndromu. Některé skutečnosti odpovídající trendu spíše pasivního přístupu k navazování sociálních kontaktů a možné kooperaci byly zachyceny také analýzou audiozáznamu hudební improvizace této skupiny těhotných žen s partnery skupinou nezávislých hodnotitelů zaznamenávajících svá hodnocení v dotazníku č. 2.

V souvislosti s položkou č. 3 je možné uvést také data zjištěná pomocí další obecné položky dotazníku 1. a, a to položky č. 4. Ta byla zaměřena na orientační zjištění pocitů, které ve zkoumaných osobách vyvolává poslech hudby. Všichni členové skupiny volili varianty a) a b) popisující pocity vyvolané poslechem hudby jako příjemné, 8 osob se vyjádřilo, že jim vadí jen jistý druh hudby, avšak bohužel nespecifikovalo, o který druh se jedná. Na základě daných tvrzení se lze domnívat, že hudba byla vnímána převážně pozitivně a proto nebyl v hodnocení skupinové dynamiky uvažován vliv negativního naladění jedinců vůči hudebním aktivitám.

Předpoklad č. 5 považuji za ověřený.

3.2.5 Závěr okruhu šetření „A“

Z výsledků je patrné, že hudební aktivity a použité muzikoterapeutické techniky ovlivnily psychický stav účastníků „HAPM.“ Z dotazníkového šetření vyplývá, že mírně poklesla úroveň stresu během jednotlivých sezení. Z hodnocení trendu úrovně stresu v kontextu tří opakovaných sezení vyplývá, že úroveň stresu se v každém následujícím sezení snižovala, výrazně narostl počet probandů cítících se uvolněně jak na začátku, tak na konci sezení. Na konci druhého a na konci třetího sezení žádný účastník sezení nepociťoval zvýšenou úroveň stresu.

Velmi výrazně se také prokázaly některé další skutečnosti, např. snížení výskytu trémy, zábran a jiných negativních zážitků během sezení, růst koncentrace a pokles únavy na počátku sezení a preference relaxačních receptivních technik smíšenou skupinou.

Byla zachycena tendence členů skupiny nenavazovat aktivně nové sociální kontakty, která se projevila i v hudební improvizaci skupiny „A“. Tato improvizace byla dále hodnocena v rámci okruhu šetření „B“.

Z předeslaných skutečností vyplývá, že hudební aktivity a muzikoterapeutické techniky mohou působit na snížení stresu, úzkosti a tenze těhotných žen či párů tvořených těhotnými ženami a jejich partnery. Mohou navozovat příjemné pocity uvolnění a tím vytvořit prostor pro pozitivní emoční vyladění rodičů, ze kterého poté, jak podotýká i Šulová (2004), především emoční vyladění matky přímo působí na psychiku dítěte.

Výsledky mé práce mají omezenou platnost, bylo by třeba ověřit je ve více sledovaných skupinách v rámci dlouhodobějšího šetření a měl by být sledován také vliv různých muzikoterapeutů na skupinu. V práci by bylo vhodné nadále pokračovat, představuje to úkol pro kvalitativní výzkum longitudinální povahy.

3.3. Okruh šetření „B“

Druhý okruh pilotní studie byl zaměřen na nalezení specifických charakteristik ve spontánní hudební improvizaci skupiny těhotných žen s partnery nezávislými hodnotiteli. (viz kap. 3.2.)

Posluchači v předložené hudební ukázce spontánní hudební improvizace skupiny „A“ odhalovali charakteristické kvality hudebních obsahů. Tyto kvality byly dále vřazovány dle podobnosti do trsů a analyzovány v kontextu ověřování předpokladu č. 6 a 7.

Za účelem tohoto okruhu šetření byla zpracována analýza grafického a verbálního záznamu vytvořeného frekventanty dvouletého specializačního studia Edukační muzikoterapie po poslechu hudebních ukázek.

Okruh výzkumu „B“ je významný proto, že je zde metodologicky postaveno hodnocení spontánní hudební improvizace skupiny „A“ nejen na sebevyjádření členů skupiny „A“, ale i na posouzení jiných subjektů a to ve dvou krocích. Právě posun k objektivnímu posouzení je předností tohoto okruhu.

3.3.1. Předpoklady okruhu šetření „B“

V okruhu šetření „B“ byly stanoveny dva předpoklady:

Předpoklad č. 6: V hudebním spontánním projevu skupiny „A“ jsou vyjádřeny a zachyceny kvality, které budou rozpoznány v dvoustupňovém hodnocení nezávislými hodnotiteli jako trsy podobných charakteristik.

Předpoklad č. 7: Grafická a verbální analýza spontánního hudebního projevu skupiny „A“ podporuje zjištění v předpokladu č. 5 okruhu „A“, a to tendenci skupiny „A“ nevyhledávat aktivně nové sociální kontakty.

3.3.2 Vzorek okruhu šetření „B“

Základním vzorkem, který se vztahoval k šetření okruhu „B“ byl vzorek jedenácti frekventantů specializačního studia Edukační muzikoterapie (dále označen „EMT“) při Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Tato skupina zde vystupovala v pozici nezávislých hodnotitelů skupiny č. 1 (dále označena „NH 1“) a provedla hodnocení spontánní hudební improvizace skupiny „A“ prvního stupně.

Všichni frekventanti kurzu EMT měli vysokoškolské vzdělání, charakteristický byl také jejich rozhled v hudební oblasti a schopnost hry na nejméně jeden hudební nástroj.

Další skupinu hodnotitelů (dále označena „NH 2“) představovali 3 členové (viz 3.4.3). I tato druhá skupina hodnotitelů byla vysokoškolsky vzdělaná.

Šetření proběhlo během víkendové výuky specializačního studia Edukační muzikoterapie v Tloskově 17.-19.10. 2008.

3.3.3 Metody okruhu šetření „B“

Okruh „B“ byl šetřen pomocí dotazníku č. 2, který jsem vypracovala jako modifikaci dle Zeleiové (viz příloha č. 4), a jeho následné analýzy. Materiál k šetření představovaly hudební ukázky, především audiozáznam spontánní hudební improvizace „Teď a tady“ skupiny „A“. Audiozáznam hry skupiny „A“ byl v dotazníku č. 2 včleněn mezi další hudební ukázky tak, aby byl hodnotitel konfrontován s různými hudebními styly (program celého sezení viz příloha č. 3).

Hodnotitelé „NH 1“ v dotazníku č. 2 tedy zaznamenávali:

- a) v „Křivce zvuku hudby“ to, jak on vnímá hudbu jako takovou.
- b) v „Křivce emocí“ to, jak hudbu on sám emočně prožíval.
- c) slovně dojmy z poslechu ukázky.

Srovnání obsahů grafických a verbálních záznamů frekventantů kurzu Edukační muzikoterapie provedla skupina nezávislých hodnotitelů „NH 2“, která nalézala trsy shod v grafických i verbálních vyjádřeních první skupiny hodnotitelů.

Instrukce jim byla zadána takto: „Prohlédněte si zachycené křivky a pokuste se přiřadit k sobě ty z nich, které se Vám na základě určitého kritéria zdají podobné. Všimněte si také významově podobných slovních sdělení frekventantů EMT a pokuste se je zařadit do vyšších kategorií.“

3.3.4 Ověření předpokladů okruhu šetření „B“

Ověření předpokladu č. 6

Předpoklad č. 6: V hudebním spontánním projevu skupiny „A“ jsou vyjádřeny a zachyceny kvality, které budou rozpoznány v dvoustupňovém hodnocení nezávislými hodnotiteli jako trsy podobných charakteristik.

Skupina nezávislých hodnotitelů „NH 2“ našla podobné kvality v grafickém záznamu skupiny nezávislých hodnotitelů „NH 1“ v dotazníku č. 2.

Nejčastěji byl skupinou „NH 2“ hodnocen jako podobný grafický záznam křivky emočního prožitku hudební improvizace „Ted' a tady“ skupiny „A“ a křivky emočního prožitku klavírní skladby Jima Brickmana, a to na hladině podobnosti 72 %.

Hodnotitelé „NH 2“ udávali na hladině 56% srovnatelný charakter křivky emočního prožitku tématu „chtěné dítě“ a křivky emočního prožitku hudební improvizace „Ted' a tady“ skupiny „A“, zaznamenaných v dotazníku č. 2 skupinou hodnotitelů „NH 1“. (viz příloha č. 5)

Na hladině podobnosti 39% byly dle skupiny „NH 2“ srovnatelné křivky emočního prožitku hudební improvizace „Ted' a tady“ skupiny „A“ a relaxační skladby Erica Berglunda.

Ve 100% byl skupinou hodnotitelů „NH 2“ shledán výrazný rozdíl mezi grafickou podobou křivky emočního prožitku a slovním hodnocením audiozáznamu hudební improvizace témat „chtěné“ a „nechtěné“ dítě, které zaznamenali hodnotitelé „NH 1“ v dotazníku č. 2.

Tato zjištění představují zajímavý podklad pro další zkoumání a diskuzi, jistě by bylo účelné hlouběji proniknout do této tematiky.

Zajímavá je např. nízká hladina podobnosti – pouze 11%- uváděná skupinou „NH 2“ při srovnání křivky emočního prožitku hudební improvizace „Ted' a tady“ skupiny „A“ a Mozartovy orchestrální skladby. Stálo by za další prozkoumání zjistit, co znamená odlišnost emočního působení skladby W. A. Mozarta a hudební improvizace skupiny „A“. Bylo by přínosné vysvětlit také popsanou významnou podobnost křivek emočního prožitku klavírní skladby Jima Brickmana a hudební improvizace „Ted' a tady“ skupiny „A“. Otázka je, zda tato klavírní skladba, která vyvolává v posluchačích podobný emoční prožitek jako hra skupiny „A“, odkazuje nějakým způsobem na prožitky vázané k těhotenství. Je také zvláštní, že emoční prožitek z poslechu hudební improvizace skupiny „A“ vykazuje daleko větší podobnost s emočním prožitkem z poslechu klavírní skladby Jima Brickmana, než s emočním prožitkem z poslechu relaxační hudby Erica Berglunda. Je možné se ptát, zda lze na základě těchto informací usuzovat o vhodnějším zařazení klavírní skladby do programu sezení

„HAPM“ z hlediska většího emočního vyladění skladby na prožitky rodičů v těhotenství. Také vysoce hodnocená podobnost křivky emočního prožitku tématu „chtěné dítě“ a křivky emočního prožitku hudební improvizace „Teď a tady“ skupiny „A“ může vypovídat o projevu pozitivních emocí v improvizaci skupiny „A“ souvisejících pravděpodobně s přijímajícím vztahem budoucích rodičů k jejich nenarozenému dítěti. Zaznamenaný protikladný emoční prožitek z poslechu audiozáznamu „chtěného“ a „nechtěného“ dítěte by mohl směřovat ke zjištěním v oblasti projevu vztahu rodičů v hudební improvizaci.

Trs společných charakteristik č. 1 v hudební improvizaci skupiny „A“ byl shledán v hudební kvalitě kompaktnosti s charakterem rychlejšího tempa.

Jako trs č. 2 byla označena verbální vyjádření přírodních motivů.

Dalšími velmi často uváděnými charakteristikami skupinou „NH 1“ byly: „monotónnost projevu“, „hutnost“, „uzavřenost“, „malá komunikativnost“, „bez snahy o společné naladění“, „celkově individualisticky zaměřené, ale bez výraznějších projevů“, „bezpečnost“ a „mnoho pohledů na věc- společné téma v jinakosti.“ Tyto charakteristiky vřadili hodnotitelé skupiny „NH 2“ do trsu č. 3.

Lze konstatovat, že během šetření okruhu „B“ dochází mezi členy skupiny „A“, „NH 1“ a „NH 2“ k řetězci předávání informací intermodálně. To koresponduje s konstatováním Zeleiové (2007), že skrze hudbu lze sdělovat a vnímat určité obsahy.

Charakteristiky, které interpretují jak prvá, tak druhá skupina hodnotitelů, podporují sebevyjádření členů skupiny „A“ v položce č. 3 dotazníku 1. a.

Zjištěné skutečnosti podporují předpoklad č. 6.

Předpoklad č. 6 hodnotím jako ověřený.

Ověření předpokladu č. 7

Předpoklad č. 7: Grafická a verbální analýza spontánního hudebního projevu skupiny „A“ podporuje zjištění v předpokladu č. 5 okruhu „A“, a to tendenci skupiny „A“ nevyhledávat aktivně nové sociální kontakty.

Z výčtu charakteristik získaných zpracováním části dotazníku č. 2, kde hodnotitelé skupiny „NH 1“ pojmenovávali dojmy ze slyšené hudby audiozáznamu hudební improvizace skupiny „A“ vyplývá, že v období několika týdnů před porodem pravděpodobně dochází k určitému uzavření se páru do sebe. To souvisí nejen s charakterem výpovědi dotazníku č. 1, ale i se zjištěními jiných autorů. Např. Čepický (1999) uvádí, že těhotná žena je více zaujata sama sebou a je méně pozorná vůči okolí.

Připomeňme, že se velmi často u skupiny hodnotitelů „NH 1“ objevují tato hodnocení: „bez snahy o společné naladění“, „celkově individualisticky zaměřené, ale bez výraznějších projevů“, „bezpečnost“ a „mnoho pohledů na věc- společné téma v jinakosti.“

Výsledky zjištění dotazníku č. 2 se zde shodují s výsledky šetření dotazníku č. 1.

Pozorovala jsem, že pár se při hudebních aktivitách soustředí spíše na sebe sama. Dále se oba partneři při hudebních aktivitách soustředí spíše na porozumění a vyjádření svých vlastních pocitů. Jejich hudební projevy jsou hodnotiteli vnímány jako navenek monotónní a spíše se neobjevuje tendence sladit svůj hudební projev s hudební improvizací ostatních členů skupiny. Na druhou stranu ale žádný z členů skupiny nenaruší společnou hudební improvizaci výrazně odlišným motivem, tudíž lze říci, že zde dochází k jakési akceptaci hlavního tématu skladby, ačkoliv dochází k jeho individuálnímu zpracování jednotlivými členy skupiny. Skupinu tedy na určité úrovni spojovalo téma jejich aktuální životní situace, tedy očekávání narození dítěte.

Hodnotitelé skupiny „NH 1“ často v hudební improvizaci těhotných žen s partnery uváděli také tyto další kvality: „mírná nervozita“, „rychlejší tempo“, „mírná rušivost“, „neklid“, „nejistota“. Vřazují tyto charakteristiky do trsu č. 4.

Lze soudit, že skupina těhotných žen s partnery volí rychlejší tempo proto, že:

1. Jejich vnitřní psychické tempo zrychluje vlivem rychlejšího pulzu plodu- vliv je fyziologický. Počet srdečních tepů plodu se dle Vacka (2006) pohybuje kolem 110 - 160 úderů za minutu.
2. Rychlejší tempo může poukazovat na neuvědomovanou přítomnost intrapsychické tenze.

Tyto otázky vznikající během šetření okruhu „B“ by mohly být námětem pro další navazující výzkum.

V hudební improvizaci těhotných žen s partnery se projeví určité charakteristiky poukazující na možnou přítomnost intrapsychické tenze ve skupině. Vnitřní napětí se mohlo projevit například v potřebě produkce bezpečné, ne přílišnou změnou narušované hudební linie bez výraznějších zvrátů. Pravděpodobně je zde vyjádřena nevědomá větší potřeba po jakési jistotě, kterou aktuálně těhotná žena s partnerem potřebuje zažívat více než v období, kdy žena a rodina nejsou vystaveny zátěži předporodního období.

Zajímavé také je, že hudební projev partnerů těhotných žen nevykazuje významné odlišnosti ve srovnání s hudebním projevem těhotných žen ve skupině. Lze usuzovat, že muži v kurzu předporodní přípravy byli ve vysoké míře naladění na psychický stav partnerek či na

náročnou životní situaci, kterou těhotenství představuje. Tento trend podporuje i závěr o couvade syndromu zjištěném v souvislosti s ověřováním okruhu č. 1. (viz kapitola 3.3.4.) Jak hodnocení první skupiny hodnotitelů, tak hodnocení druhé skupiny hodnotitelů poukazuje na charakteristiky, které se slučují na základě podobnosti do trsů 1.-3. Současně se obě skupiny hodnotitelů ve svých závěrech do značné míry shodují s výsledky dotazníku č. 1. Směřování k rodinné intimitě a odklon od aktivního vyhledávání nových společenských kontaktů, tedy souběh předpokladu č. 5 okruhu šetření „A“ a předpokladu č. 7 okruhu šetření „B“ lze považovat za potvrzený.

Předpoklad č. 7 považuji za ověřený.

3.3.5 Závěr okruhu šetření „B“

Pomocí dotazníku č. 2 byly potvrzeny předpoklady 6 a 7. Bylo ověřeno, že skupina frekventantů kurzu Edukační muzikoterapie graficky i verbálně zachytila specifické charakteristiky jednotlivých hudebních ukázek, které hodnotitelé druhé skupiny podle podobnosti vřazovali do trsů.

Byly zachyceny trsy č. 1 - 3, které shlukují podobné obsahy do vyšších kategorií. Ty podporují výsledky položky č. 3 dotazníku 1. a. Především se tedy dá usuzovat na tendenci těhotných žen s partnery nevyhledávat aktivně nové sociální kontakty mimo pár samotný. Můžeme tedy uvažovat o příklonu k intimitě rodinného prostředí, jak u těhotných žen samotných, tak u jejich partnerů.

3.4. Okruh šetření „C“

Třetí okruh šetření se orientuje se na problematiku hudebních preferencí a hudební percepce těhotných žen.

Zjišťovala jsem subjektivní hledisko těhotných žen na působení hudby v těhotenství. Zaměřila jsem se na především efekt poslechu relaxační hudby a efekt zpěvu matky na nenarozené dítě. Také jsem považovala za důležité zasadit hudební aktivity těhotné ženy do rodinného kontextu. Zajímalo mne její subjektivní názor na působení hudby na dítě a soustředila jsem se také na vliv zapojení partnera těhotné ženy do jejích hudebních aktivit, a dále také na úlohu širší rodiny při hledání její hudební inspirace.

Předpokládala jsem, že zjištěné skutečnosti pomohou k vytvoření přesnější představy o vnímání hudby těhotnou ženou a tím přispějí k objektivnímu zhodnocení možnosti muzikoterapie v těhotenství, především co se týče jejího působení na snižování předporodního stresu, úzkosti a tenze.

3.4.1. Předpoklady okruhu šetření „C“

V okruhu šetření „C“ bylo stanoveno následujících sedm předpokladů:

Předpoklad č. 8: Vlivem psychických změn v těhotenství dojde také ke změně hudebních preferencí těhotných žen.

Předpoklad č. 9: Těhotné ženy více zpívají a jejich zpěv je orientován i k plodu.

Předpoklad č. 10: Těhotné ženy více než před otěhotněním preferují relaxační hudbu jako protiváhu k náročné a zátěžové situaci těhotenství a očekávaného porodu.

Předpoklad č. 11: Těhotné ženy preferují hudbu, která jim přináší prožitek jistoty.

Předpoklad č. 12: Těhotným ženám jsou nejčastější inspirací ke zpěvu pro dítě ukolébavky a dětské písně, které znají z rodinného prostředí svého dětství.

Předpoklad č. 13: Nezpívající otec méně podporuje matku v hudebních aktivitách a méně často komunikuje s plodem.

Předpoklad č. 14: Těhotná žena vnímá výraznější reakce plodu na zpěv než na mluvenou řeč.

3.4.2. Vzorek okruhu šetření „C“

Výzkumný vzorek byl tvořen dvaceti ženami navštěvujícími kurzy předporodní přípravy v A-centru. Pro potřeby okruhu výzkumu „C“ nebylo nutné zařazovat do šetření jen ženy ve vysokém stupni těhotenství, proto se dotazované ženy nacházely v různém stádiu těhotenství. Věk a vzdělání těhotných žen jsem zjišťovala úvodními dvěma položkami v dotazníku č. 3. (viz příloha č. 6) Věk 17 žen z 20 se pohyboval v rozmezí 26- 35 lety. Žádná žena nepatřila do věkově rizikové skupiny pod 20 let a nad 40 let, což by mohlo mít vliv na prožívání těhotenství. Věk zbývajících tří žen se pohyboval v rozmezí 36-40 let. Čepický (1993) uvádí, že u žen mladších 20 let se lze často setkat s nevyřešenou otázkou motivace mateřství a u žen starších pak především s konflikty mezi potřebami vlastními a potřebami dítěte.

Z celkového vzorku 20 žen bylo 7 primipar. Všechny primipary se pohybovaly ve věkovém rozmezí 26-35 let a nebyl u nich zaznamenán žádný odlišný trend v obsahu jejich výpovědí v dotaznících ve srovnání s vícerodičkami.

Také vzdělanostní úroveň vybraného vzorku byla velmi vysoká, 15 žen mělo vysokoškolské vzdělání a zbylých 5 žen střední vzdělání s maturitou, tudíž i výsledky mého šetření byly ovlivněny všeobecným rozhledem těhotných žen, který se u jednotlivých položek projevoval především vysokou informovaností těhotných žen i v hudební oblasti. Byla zjištěna i jejich aktivní angažovanost v hudebních aktivitách, což vyplývá např. z odpovědí na položku č. 3. dotazníku č. 3, kde se ukázalo, že 14 těhotných žen z 20 se samo naučilo hrát nejméně na

jeden hudební nástroj. (viz příloha č. 7) V položce č. 4. dotazníku č. 3 ženy referovaly také kladný vztah k hudbě. (viz příloha č. 7)

3.4.3. Metody okruhu šetření „C“

Pro účely tohoto okruhu výzkumu jsem uplatnila dotazník č. 3 vlastní konstrukce (viz příloha č. 6), který jsem v průběhu února 2009 zadávala v A-centru těhotným ženám, které se buď přímo účastnily kurzů předporodní přípravy, nebo z nějakého důvodu čekaly na recepci.

Administrace dotazníku trvala od 10 do 15 minut, avšak i přes tuto časovou náročnost byl patrný zájem matek vyplnit dotazníky precizně, téměř žádné položky nezůstaly nevyplněny. Dotazník č. 3 obsahoval 16 položek, které byly zaměřeny převážně na zjištění hudebních preferencí těhotných žen, jejich vztahu k hudbě a možností využití relaxační hudbu v těhotenství.

3.4.4. Ověření předpokladů okruhu šetření „C“

Ověření předpokladu č. 8:

Předpoklad č. 8: Vlivem psychických změn v těhotenství dojde také ke změně hudebních preferencí těhotných žen.

Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položek č. 10, 11 a 15 dotazníku č. 3. (viz příloha č. 6)

Položka č. 10 dotazníku č. 3: „Změnil se Vám hudební vkus v době těhotenství?“

Položka č. 11 dotazníku č. 3: „Pokud došlo ke změně..“ (přesné znění otázky viz příloha č. 5)

Položka č. 15 dotazníku č. 3: „Myslíte si, že na vyvolání příjemných pocitů v těhotenství mají vliv konkrétní hudební nástroje? Jaké byste preferovala?“)

Tabulka č. 7 znázorňující výsledky položek č. 10 a 11 dotazníku č. 3

Změna hudebního vkusu v těhotenství	Četnost	Charakter změny
Ano	3	„Ano, zajímám se více o uklidňující hudbu“; „Ano, nemám ráda bubny“; „Ano, více poslouchám relaxační hudbu.“
Spíše ano	4	„Trochu, ne dysharmonická hudba (rap)“; „I písničky z pohádek pro děťátko“; „Volím klidnou a optimistickou hudbu“; „Trochu, je jiná nijak specificky.“
Spíše ne	4	„Ne, ale více poslouchám klasiku“; „Ani ne, dříve latinu, nyní americký jazz“; „Ne nijak výrazně,

Tabulka č. 8 znázorňující výsledky položky č. 15 dotazníku č. 3

Hudební nástroje	kytara (4x), housle (3x), klavír (3x), sansula (3x), zvonkohra (2x), bubny (2x), africké nástroje, tibetská mísa, varhany, violoncello, saxofon, xylofon, zvonečky, jogínská mísa, loutna
------------------	---

Dílčí interpretace položek č. 10, 11 a 15 dotazníku č. 3

Dle Hendla (2004) jsem hledala základní konfigurace a tendence v datech, případně odchylky od nich. Po jejich zvážení jsem vytvořila čtyři základní kategorie odpovědí na položku č. 10 dotazníku č. 3.

Z odpovědí těhotných žen na položky č. 10, 11 a 15 vyplývá, že hudební preference se v těhotenství obecně spíše nemění, lze vyzorovat pouze příklon těhotných žen k preferenci relaxační hudby.

Nepotvrdilo se, že by se matky významně vyhýbaly hudbě s výrazným obsazením bubnů, jen jedna matka se k položce č. 15 dotazníku č. 3 vyjádřila následovně: „nemám ráda bubny, dříve mi nevadily“. Na druhou stranu ale dvě matky doporučují bubny pro vyvolání příjemných pocitů v těhotenství.

Preference hudebních nástrojů uklidňujících v těhotenství je individuální, i když oproti ostatním nástrojům vyjadřují těhotné ženy nevýrazně silnější preference pro kytaru, housle, klavír a šanšulu.

Předpoklad č. 8 byl částečně potvrzen.

Ověření předpokladu č. 9:

Předpoklad č. 9: Těhotné ženy více zpívají a jejich zpěv je orientován i k plodu.

Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položek č. 5, 6 a 8 dotazníku č. 3. (viz příloha č. 6)

Položka č. 5 dotazníku č. 3: „Jaký je Váš vztah ke zpěvu?“

Položka č. 6 dotazníku č. 3: „Jestliže zpíváte, zkuste prosím odpovědět na následující podotázky..“ (viz příloha č. 6)

Položka č. 8 dotazníku č. 3: „Jaké pocity máte Vy (případně i tatínek) při zpěvu miminku?“

Tabulka č. 9 znázorňující výsledky položky č. 5 dotazníku č. 3

Vztah ke zpěvu	a	b	c	d	e
Četnost	10	7	1	0	2
Rel. četnost	50%	35%	5%	0%	10%

Dílčí interpretace položek č. 5, 6 a 8 dotazníku č. 3

I v této položce se stejně tak jako v položce č. 3 a 4 výrazně projevil kladný vztah těhotných žen k hudbě a hudebním aktivitám, neboť polovina matek v položce č. 5 dotazníku č. 3 preferovala variantu „a) ráda jsem si zpívala již v době před otěhotněním, nyní v tom pokračuji.“

V položce č. 5 dotazníku č. 3 bylo také zjištěno významné procento matek (35%), které začaly zpívat až v těhotenství pro dítě, ačkoliv před otěhotněním zpěv nevyhledávaly. To je zajímavé zjištění, které lze zasadit do souvislosti s odpověďmi matek v položce č. 8 dotazníku č. 3, kde 16 maminek z 20 udává libé pocity při zpěvu dítěti. Dvě matky se k otázce nevyjádřily, další matka uvedla odpověď: „jak kdy“ a poslední variantu odpovědi zněla takto: „trochu divné, jsem na začátku těhotenství.“ To znamená, že zpěv dítěti vyvolává u matky příjemné pocity, které by před otěhotněním při zpěvu nepociťovala. To souvisí s dalšími výpověďmi některých matek, které k této otázce dodávají, že jejich pocity jsou při zpěvu dítěti libé, protože mají radost, že s dítětem společně slyší zvuk, a radují se z možnosti vzájemné komunikace. Zpěv v těhotenství tedy otevírá prostor komunikace mezi matkou a dítětem.

Předpoklad č. 9 byl ověřen.

Ověření předpokladu č. 10:

Předpoklad č. 10: Těhotné ženy více než před otěhotněním preferují relaxační hudbu jako protiváhu k náročné a zátěžové situaci těhotenství a očekávaného porodu.

Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položek č. 10, 11 (viz výše), 12, 13 a 14 dotazníku č. 3.

Položka č. 14 dotazníku č. 3: „Jakou relaxační hudbu si použijete?“

Tabulka č. 10 znázorňující výsledky položky č. 14 dotazníku č. 3

Relaxační hudba	Deva Premal, Energizer, Chalera Dhyana, Norah Jones, Enya
-----------------	---

Položka č. 12 dotazníku č. 3: „Pomáhá Vám ke zklidnění relaxační hudba?“

Tabulka č. 11 znázorňující výsledky položky č. 12 dotazníku č. 3

Pomáhá Vám ke zklidnění relaxační hudba ?	Ano	ne
Četnost	18	2
Rel. četnost	90%	10%

Položka č. 13 dotazníku č. 3: „Posloucháte ji cíleně pro relaxaci:“

Tabulka č. 12 znázorňující výsledky položky č. 13 dotazníku č. 3

Posloucháte ji cíleně pro relaxaci?	V soukromí	V kurzu předporodní přípravy	V soukromí i v kurzu předporodní přípravy	Jiné
Četnost	4	5	9	2
Rel. četnost	20%	25%	45%	10%

Dílčí interpretace položek č. 10, 11, 12, 13 a 14 dotazníku č. 3

Z předložených výsledků zobrazených v tabulkách 7, 10, 11 a 12 považuji za významné vysoké procento (90%) žen uvádějících, že jim relaxační hudba pomáhá ke zklidnění.

V souvislosti se zjištěním příklonu těhotných žen k preferenci uklidňující hudby během těhotenství v položkách č. 10 a 11 dotazníku č. 3 (viz ověřování předpokladu č. 8) lze vyvozovat, že relaxace na hudbu je velmi vhodnou aktivitou pro zařazení do programu muzikoterapeutických sezení v rámci psychoprofylaktivní přípravy na porod. Toto tvrzení je nepřímo podpořeno také relativně vysokým počtem pěti těhotných žen poslouchajících relaxační hudbu pouze v kurzech předporodní přípravy. Je pravděpodobné, že tyto ženy začaly poslouchat relaxační hudbu ke zklidnění až během těhotenství.

Předpoklad č. 10 považují za ověřený.

Ověření předpokladu č. 11:

Předpoklad č. 11: Těhotné ženy preferují hudbu, která jim přináší prožitek jistoty.

Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položky č. 9 dotazníku č. 3.

Položka č. 9 dotazníku č. 3: „Která hudba (i konkrétní skladba) se Vám vybavuje, kterou byste si poslechla, když cítíte..“ (viz tabulka č. 13)

Tabulka č. 13 znázorňující výsledky položky č. 5 dotazníku č. 3.

Smutek	„Vltava“, „relaxační hudba“, „soundtrack Frida“, „Ave Maria“, „Zapadá měsíc za huménko“, „Dvořák – Largo“, „Plíhal“, „Psí vojáci“, „vážná hudba“ (2x), „hymna“, „Valčíček- Jan Nedvěd“, „Sinead O’Connor“, „Pink Floyd – Wish You Were Here“, „Evanescence“, „T. Waits & L. Cohen“
Obavy, úzkost	„Ave Maria“, „Navarová“, „Kubišová“, „soundtrack Pán prstenů“, „Plíhal“, „vážná hudba“ (2x), „opera“ (2x; 1x specifikováno- „Wagner“), „Nohavica“, „Pink Floyd“
Radost	„Vyrostly v zahrádce 3 růže“ (Ulrychovi), „taneční hudba plesová“, „zvony“, „rock“ (2x), „Vltava“, „skupina Vltava“, „Vivaldi – 4 roční období“, „Hegerová“, „popová hudba 60. let“, „dětská hudba“, „Phill Collins“, „Pink Floyd“, „ska“ (2x), „reggae“, „brazilská hudba“, „Nohavica“, „Mig 21“, „Čtyřtet“
Naději na dobrý konec	„Vivaldi – 4 roční období“, „Ravel“, „Rachmaninov“, „Čajkovskij“, „Let Čmeláka“, „křesťanská hudba“, „písničkáři“
Stres	„bubny“, „metal“, „vážná hudba“, „rap“, „rock“, „Nohavica“, „písničkáři“
Klid	„Dej bůh štěstí tomu domu“, „relaxační hudba“ (3x), „vážná hudba“, „jazz“, „Enya“ (2x), „etno“
K odpočinku	„Šiva Šima – Deva Premal“, „Sacret Spirit“, „relaxační hudba“ (3x), „vážná hudba“, „indická hudba“, „jogínská hudba“, „Enya“ (3x), „Tubular Bells“

Dílčí interpretace položky č. 9 dotazníku č. 3

Tabulka č. 13 dotazníku č. 3 zobrazuje výčet hudby či hudebních skladeb, které těhotné ženy preferují v situacích různého psychického rozpoložení. Lze vypožorovat, že ženy při vyjmenovávání skladeb nejčastěji neuváděly skladby, které poslouchají, když cítí úzkost či obavy, stres a naději na dobrý konec. Můžeme předpokládat, že raději volí psychické stavy vyznačující se stabilitou- radost, smutek, klid a ne stavy přechodné. Z toho vyplývá, že preferují homogenní hudební obsah, který je charakteristický setrváváním ve finální náladě. Odpovídající charakteristiky, konkrétně „monotónnost projevu, hutnost, uzavřenost, bezpečnost“, byly zachyceny a rozpoznány také dvěma skupinami hodnotitelů ve spontánní hudební improvizaci skupiny „A“ v rámci okruhu šetření „B“.

Předpoklad č. 11 hodnotím jako potvrzený.

Ověření předpokladu č. 12

Předpoklad č. 12: Těhotným ženám jsou nejčastější inspirací ke zpěvu pro dítě ukolébavky a dětské písně, které znají z rodinného prostředí svého dětství.

Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položky č. 6 a) a b) dotazníku č. 3.

Položka č. 6 a) dotazníku č. 3: „Kde jste našla inspiraci?“

Položka č. 6 b) dotazníku č. 3: „Kdo Vás naučil jaké písně (ukolébavky..)“

Dílčí interpretace položek č. 6 a) a č. 6 b) dotazníku č. 3

V položce č. 6 b) dotazníku č. 3 uvádí 14 z 20 matek, že se naučily dětské písně a ukolébavky ve své rodině. V 7 případech z 20 v ní také nachází inspiraci ke zpěvu, jak se ukazuje v položce č. 6 a). Druhým nejčastěji uváděným zdrojem inspirace ke zpěvu, přesně v pěti případech z dvaceti, byly lidové písně.

Zaznamenala jsem důležitost rodiny těhotné matky jako zdroje inspirace dětských písní a ukolébavek.

Předpoklad č. 12 byl ověřen.

Ověření předpokladu č. 13:

Předpoklad č. 13: Nezpívající otec méně podporuje matku v hudebních aktivitách a méně často komunikuje s plodem.

Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položky č. 6 f) - l) dotazníku č. 3.

Položky č. 6 f) - l) dotazníku č. 3 viz příloha č. 5

Dílčí interpretace položek č. 6 f) - l) dotazníku č. 3

Pro lepší přehlednost výsledků rozdělím 20 partnerů těhotných žen účastnících se dotazníkového šetření okruhu „C“ na dvě skupiny podle toho, zda dle vyhodnocení položky č. 6 f) zpívají dítěti- skupina 12 partnerů těhotných žen či nezpívají dítěti- skupina 8 partnerů těhotných žen.

Srovnáním těchto skupin se ukázaly zajímavé skutečnosti. V položce č. 6 l) zjišťující podporu hudebních aktivit těhotné ženy partnerem, odpovídaly těhotné ženy, jejichž partneři nezpívají dítěti, následovně: „1x ano, 1x spíše ano, 1x ano, ale bohužel se nezúčastňuje, 2x nebrání mi, 1x je mu to jedno, 1x nijak to nekomentuje a 1x ne.“

Partnerky 12 zpívajících otců je zhodnotily v osmi případech jako podporující, 4x nevedly žádnou odpověď.

Z těchto výsledků vyplývá, že zpívající partneři pravděpodobně častěji podporují těhotné ženy v hudebních aktivitách.

Co se týče povídání si s dítětem (položka č. 6 h), nezpívající partneři si povídají: „3x ano „1x občas“, „2x málo“ a „2x ne“.

Ze zbylých 12 partnerů, kteří dítěti zpívají, si jich 11 povídá a jeden partner jen „občas“.

Korelace mezi zpíváním partnera a jeho povídáním si s dítětem se zdá být velmi výrazná.

Ze srovnání výsledků položek č. 6 f) – l) vyplývá, že partneři těhotné ženy, kteří dítěti nezpívají, si s dítětem výrazně méně často povídají, a také obvykle méně podporují matku

v hudebních aktivitách- nezáleží přitom na hudebním vzdělání otce (dle vyhodnocení položky č. 6 j).

Předpoklad č. 13 byl potvrzen.

Ověření předpokladu č. 14:

Předpoklad č. 14: Těhotná žena vnímá výraznější reakce plodu na zpěv než na mluvenou řeč.

Pro ověření tohoto předpokladu byla použita data položky č. 6 i) a č. 7 a), b) dotazníku č. 3.

Položky č. 6 i) a č. 7 a), b) dotazníku č. 3 viz příloha č. 5

Dílčí interpretace položek dotazníku č. 6 i) a č. 7 a), b) dotazníku č. 3

Shodné reakce nenarozeného dítěte na zpěv a povídání matky či otce uvádí 19 z 20 těhotných žen. Reakce miminek na zpěv a povídání rodičů jsou individuální. Některé matky uvádějí uklidnění dítěte, jiné referují nárůst jeho pohybové aktivity.

V této souvislosti lze zmínit výsledky položky č. 6 i) kde matky hodnotily odlišnost řeči k nenarozenému dítěti. Tato položka nebyla dvakrát zodpovězena, nicméně ze zbývajících 18 těhotných žen pouze 4 považují řeč k nenarozenému dítěti za stejnou jako k dospělému člověku, dalších 14 matek popisuje její odlišné parametry. Jejich výpovědi charakterizují řeč k nenarozenému dítěti jako klidnější, více osobní a něžnější. Popisují také rozdíl v hlasitosti řeči- je tišší, a v zabarvení hlasu- používá hlubší tóny. Je možné, že hlubší, pomalejší řeč může na nenarozené dítě působit podobně jako dlouhé tóny o nízkých frekvencích, které plod dle Gerharta (in Hoover, 2004) lépe slyší než tóny o vysokých frekvencích.

Předpoklad č. 14 se neprokázal.

3.4.5. Závěr okruhu šetření „C“

Z vyhodnocení dotazníku č. 3. vyplývá, že hudební preference se během těhotenství spíše nemění, lze však vyzorovat příklon těhotných žen k poslechu relaxační hudby. Ta také většině z nich pomáhá ke zklidnění. Velmi pozitivně hodnotí těhotné ženy také své pocity při zpěvu nenarozenému dítěti, hovoří o něm jako o možnosti navázat kontakt s dítětem a velké procento žen, které před otěhotněním nezpívalo, začíná se zpěvem právě v tomto období. Úloha širší rodiny těhotné ženy se i v tomto šetření ukázala jako významná. Ze svého dětství čerpá těhotná žena inspiraci především pro zpěv dětských písní a ukolébavek, širší rodina také ovlivňuje její postoj ke zpěvu. Ten je ale určen i mnoha dalšími faktory, např. těhotné ženy často čerpaly inspiraci ke zpěvu z lidových písní, folku, country. Celkově byla skupina těhotných žen účastnicí se šetření „C“ velmi nadprůměrně hudebně vzdělaná a zainteresovaná, což lze podložit například vysokým výskytem těhotných žen. které se samy naučily hrát na hudební nástroj.

Zaznamenala jsem, že ochota otce zpívat dítěti souvisí s jeho nastavením pro komunikaci s dítětem- nezpívající otec si s ním i méně často povídá. Nezpívající otcové také celkově vykazovali tendenci méně podporovat matku v hudebních aktivitách.

Ukazuje se tedy, že v ideálním případě je vhodné v rámci muzikoterapie pracovat s celou triádou matka - otec - dítě pro zapojení všech členů rodiny do komunikace a společného prožívání těhotenství, které např. Čepický (1993) považuje za stresovou situaci. (viz kap. 2.1.2.) V rámci rodinného systému by se tak mohla zvýšit schopnost empatie a kooperace. Okruh šetření „C“ přináší další poznatky o možnostech působení na stres, úzkost a tenzi těhotných žen a jejich partnerů, především podporuje vhodnost zařazení relaxace a zpěvu do programu skupinové muzikoterapie v rámci psychoprophylaktické přípravy na porod a také přináší některé argumenty pro zapojení otce do této přípravy.

3.4. Celková interpretace praktické části

V praktické části, která byla zaměřena na zjištění možností působení muzikoterapeutických technik a hudebních aktivit převážně na úroveň hladiny stresu, úzkosti a tenze těhotných žen a jejich partnerů, bylo zjištěno mnoho zajímavých skutečností.

Na tomto místě mi však přijde nezbytně nutné sdělit, že ačkoliv se dále zaměřuji převážně na sledování předporodního stresu, tenze a úzkosti, většina těhotných žen, se kterými jsem se během šetření okruhu „A“ a „C“ setkala, zažívala sice určitou míru napětí a četné obavy a nepříjemné pocity, zároveň však byla schopná přijmout změny spojené s těhotenstvím jako přirozené a vytvořit si ke své nové roli pozitivní postoj.

Jak se předpokládalo, muzikoterapeutické techniky a hudební aktivity opravdu ovlivnily hladinu stresu, úzkosti a tenze těhotných žen a jejich partnerů v rámci cyklu sezení „HAPM“, jejichž vyhodnocením se podrobně zaobírám v okruhu šetření „A“. V krátkosti připomenu, že se prokázal mírný pokles úrovně stresu během jednotlivých sezení, pokles stresu v rámci celého cyklu tří sezení „HAPM“ zjištěný vzájemným srovnáním úrovně stresu v jednotlivých sezeních, dále se výrazně snížil výskyt zábran, trémy a tenze z vyjadřování vlastních pocitů, zlepšila se schopnost koncentrace a došlo k poklesu únavy na počátku sezení. Ten mohl poukazovat na snížení úzkosti či intrapsychického napětí. Úzkost sama ale nebyla skupinou reflektována, což poukazuje nejspíše na přetrvávající přítomnost obranných mechanismů. Další skutečnosti šetřené v rámci okruhů šetření „A“- „C“ měly přispět k lepšímu pochopení psychiky těhotných žen a jejich partnerů a jejich hudební percepce, a tímto také pomoci ke zpřesnění představy o možnostech působení muzikoterapie na jejich psychický stav.

Výsledky mého šetření jsou do jisté míry ovlivněny vysokou mírou vzdělanosti všech účastníků šetření. Jak v šetřených skupinách, tak ve skupinách hodnotitelů se nevyskytoval nikdo s nižším než středním vzděláním s maturitou. Dále je vhodné zmínit, že vybrané vzorky účastníků šetření byly velmi zainteresované v hudební oblasti, což se dalo předpokládat vzhledem k aktivitám, které nabízí instituce, kde jsem se s těmito lidmi setkala. Věk matek, otců, ani nezávislých hodnotitelů nebyl nikdy nižší než 25 let. Dalo by se předpokládat, že se jednalo o zralé osobnosti schopné zdravé sebereflexe, což by mohlo dodat výsledkům našeho šetření optimální důvěryhodnost.

Popsané charakteristiky účastníků šetření pomáhají porozumět některým výsledkům šetření. Např. co se týče položek zjišťujících vztah k hudbě, je předcházející osvětlení kontextu šetření zcela na místě. Jak ve skupině „A“, tak ve vzorku 20 žen okruhu šetření „C“ se dle výpovědí šetřených osob nevyskytoval nikdo s negativním vztahem k hudbě. U skupiny „C“ bylo toto zjištění umocněno dalšími položkami zaměřenými na hudební preference a hudební aktivity těhotných žen. Skutečnost, že z šetřených 20 žen se jich 14 naučilo samo hrát nejméně na jeden hudební nástroj, velmi vystihuje charakter skupiny. Vzhledem k věkovému rozmezí šetřených osob se lze setkat s odlišnými hudebními preferencemi než by mohly být zjištěny u mladších těhotných žen, to je však jen spekulace. V každém případě 20 žen z okruhu šetření „C“ upřednostňovalo poslech folku, country, lidových písní, jazzu a alikvótního zpěvu. Příklon k poslechu relaxační hudby v těhotenství je pravděpodobně závislý spíše na hudebním vkusu ženy než na jejím věku.

Co se týče vlivu těhotenství na psychiku ženy a zčásti také jejího partnera, dochází v těhotenství pravděpodobně k jakémusi přechodnému nepatologickému uzavření se do sebe. To se projevuje např. v rámci okruhu šetření „A“ a „B“ zjištěnou tendencí těhotných žen a jejich partnerů nenavazovat aktivně nové sociální kontakty. Tato tendence byla zaznamenána nejen subjektivním vyjádřením členů skupiny „A“ v položce č. 3 dotazníku 1. b, ale také objektivním hodnocením audiozáznamu hudební improvizace skupiny „A“ provedenému dvěma skupinami nezávislých hodnotitelů v rámci okruhu šetření „B“. S tímto souvisí také tendence skupiny těhotných žen z okruhu šetření „C“ preferovat psychické stavy vyznačující se stabilitou- radost, smutek, klid, a ne stavy přechodné, jako např. naděje na dobrý konec, úzkost, obavy. Je možné, že těhotné ženy a jejich partneri jsou přesyceni tématem očekávání, strachu a úzkosti a jako protiváhu hledají určitou jistotu v rodinné intimitě a také v hudbě vyznačující se homogenním obsahem.

Zajímavým psychologickým tématem je také otázka podpory těhotné ženy jejím partnerem. Čepický (1999) popisuje tzv. couvade syndrom, který představují některé lehčí somatické

potíže emočně naladěného nastávajícího otce na svou těhotnou partnerku. Myslím si, že ve skupině „A“ se také vyskytovali velmi emočně citliví muži, neboť se dokázaly přizpůsobit potřebám své partnerky. Tato skutečnost je objektivně posouzena dvoustupňovým hodnocením nezávislých hodnotitelů „NH 1“ a „NH 2“ v rámci šetření okruhu „B“.

Této tematiky se také dotýká ověřování předpokladu č. 13 okruhu šetření „C“. Zde bylo zjištěno, že partner těhotné ženy, který nezpívá svému nenarozenému dítěti, neprojevuje často zájem o komunikaci s dítětem ani jinou formou, např. povídáním. Muži, kteří svému dítěti zpívali, povídali si s ním téměř vždy. Dále také skupina nezpívajících otců ve srovnání se zpívajícími otci projevuje menší míru podpory těhotné ženy v hudebních aktivitách. Tato skutečnost je jedním argumentů pro zapojení otců do psychoprofylaktické přípravy na porod, neboť prožitek sounáležitosti s těhotnou partnerkou a odbourání zábran mohou v důsledku přispět k harmonizaci rodinného prostředí.

Tohoto tématu se také dotýká zjištění vyplývající ze srovnání položek č. 7 a) a 7 b) dotazníku č. 3 okruhu šetření „C“, které nepotvrzuje subjektivní vnímání rozdílných reakcí dítěte matkou, co se týče rozlišení hudebního a řečového podnětu dítětem. Otec tedy podle tohoto nemusí zpívat, stačí, když k němu bude promlouvat. Podle Gerharta (in Hoover, 2004) slyší dítě lépe vnější zvuky s nižší frekvencí než s frekvencí vysokou, vzniká zde tedy prostor pro uplatnění hlubokého mužského hlasu nastávajícího otce.

Úloha rodiny těhotné ženy má kromě podpůrné funkce také svůj přesah do hudebních aktivit nastávající matky. V položce č. 6 b) dotazníku č. 3 uvádí 14 z 20 matek, že se naučily dětské písně a ukolébavky ve své rodině. Také určitou roli hraje formování postoje těhotné ženy ke zpěvu v dětství. V 7 případech z 20 totiž nachází inspiraci ke zpěvu v rodině, jak se ukazuje v položce č. 6 a).

Do této chvíle jsem se zabývala převážně psychickým stavem těhotných žen s partnery, nyní se tyto poznatky pokusím propojit se zjištěními o hudební percepci těhotných žen a případně jejich partnerů. Na základě poznání zákonitostí psychiky těhotných žen a jejich partnerů a jejich hudební percepce je možné zasvěceněji dospět ke konkrétním návrhům muzikoterapeutických technik či hudebních aktivit vhodných pro těhotné ženy s jejich partnery.

Jak již bylo výše řečeno, hudební preference šetřené důkladně u těhotných žen v rámci okruhu šetření „C“ jsou individuální a jediným jednotčím prvkem je mírný příklon k relaxační hudbě. Také preference hudebních nástrojů vyvolávajících příjemné pocity v těhotenství je rozmanitá, mírně výraznější preference se objevuje pro kytaru, housle, klavír a šanšulu. Z těchto poznatků vyplývá, že lze jen těžko hledat nějaké univerzální hudební skladby „na

všechno“, vždy je třeba se přizpůsobit individuálním potřebám klientů a situačním podmínkám. Jestliže se v rámci ověřování předpokladu č. 10 okruhu šetření „C“ a při ověřování předpokladu č. 4 okruhu šetření „A“ prokáže preference relaxační hudby před jinými muzikoterapeutickými technikami, neznamená to, že není třeba zkoušet zařazovat do programu sezení jiné techniky, které mohou mít situačně větší efekt než relaxace. V každém případě ale 18 z 20 matek z okruhu šetření „C“ referuje uvolnění při relaxační hudbě, tudíž je vhodné zařazovat poslech relaxační hudby či přímo relaxační techniky s hudbou do programu sezení. Na okraj zde zmiňuji, že jak skupina „A“, tak skupina „NH 1“ se velmi kladně vyjadřovala ke krátké relaxační skladbě Erica Berglunda- Angels of Mercy.

Libé pocity při zpěvu udává skupina těhotných žen z okruhu šetření „C“. Významné procento matek- 35%- začalo zpívat dítěti poté, co otěhotnělo, do té doby zpěv nevyhledávalo. 16 z 20 matek udává libé pocity při zpěvu dítěti, protože jak vyplývá z odpovědí některých matek, mají radost, že s dítětem společně slyší zvuk, zpěv v těhotenství tedy otevírá prostor vzájemné komunikace mezi matkou a dítětem.

Jak při relaxaci, tak při zpěvu uvádějí matky příjemné pocity uvolnění, snižuje tedy hladinu stresu, úzkosti a napětí. Je tedy jistě vhodné tyto dvě aktivity zařadit do programu muzikoterapie v rámci psychoprophylaktické přípravy na porod, kde je hlavním cílem snížit u matky a otce úzkost a strach z porodu, těhotenství a budoucích životních změn souvisejících s příchodem dítěte.

Tímto zajisté nekončí spektrum vhodných muzikoterapeutických technik vhodných pro zařazení do programu sezení skupiny těhotných žen s partnery, další techniky popisují výše a v teoretické části, bylo by vhodné ale ještě precizněji zhodnotit jejich působení na skupinu těhotných žen a jejich partnerů, což může být námětem pro další výzkum.

3.5. Závěr praktické části

V praktické části byl splněn výzkumný cíl, tedy bylo zjištěno, že muzikoterapeutické techniky a hudební aktivity mohou přispívat k odbourání stresu, úzkosti a tenze v těhotenství a dále byly specifikovány některé možnosti zapojení muzikoterapeutických technik do procesu psychoprophylaktické přípravy těhotných žen na porod.

Bylo ověřeno, že dochází k mírnému poklesu stresu během jednotlivých sezení „hudebních aktivit s prvky muzikoterapie“ u těhotných žen s jejich partnery či těhotných žen samostatně se účastnících sezení.

Prokázal se také pokles stresu v rámci celého cyklu tří sezení „HAPM“ zjištěný vzájemným srovnáním úrovně stresu v jednotlivých sezeních, dále se výrazně snížil výskyt zábran, trémy

a tenze z vyjadřování vlastních pocitů, zlepšila se schopnost koncentrace a došlo k poklesu únavy na počátku sezení.

V dotaznících 1. a a 1. b ale nebyla skupinou reflektována úzkost, což může poukazovat na přetrvávající přítomnost obranných mechanismů. Lze předpokládat, že frekvence tří sezení po 14 dnech je zřejmě nedostačující k sebeotevření členů skupiny. Bylo by vhodné tedy v práci pokračovat a získat další zkušenosti s organizací a vedením skupinové muzikoterapie pro těhotné ženy s partnery v rámci psychoprophylaktické přípravy na porod, aby se míra intrapsychické tenze těhotných žen a jejich partnerů skutečně výrazněji ovlivnila.

V okruhu šetření „B“ byla potvrzena zachytitelnost hudebních obsahů v grafickém a verbálním záznamu skupiny „NH 1“ a jejich rozpoznatelnost skupinou „NH 2“. Tyto rozpoznané kvality jednotlivých hudebních ukázek hodnotitelé „NH 2“ dále vřazovaly do trsů na základě podobnosti, což umožnilo analýzu audiozáznamu hudební improvizace skupiny „A“, která potvrdila tendenci členů skupiny „A“ nevyhledávat aktivně nové sociální kontakty. Námětem pro další šetření by mohlo být téma příčiny rychlejšího tempa hudební improvizace skupiny „A“.

V okruhu šetření č. 3 byla pozorována skutečnost pozitivního působení relaxační hudby a zpěvu na tenzi matky. Bylo by přínosné dále studovat účinky hudby a zpěvu na těhotnou ženu, nenarozené dítě a otce. Také by bylo vhodné sledovat účinky dalších muzikoterapeutických technik a hudebních aktivit v oblasti muzikoterapie v psychoprophylaktické přípravě.

Z odpovědí uvedených v dotazníku č. 3 a z rozhovorů s těhotnými ženami vyplývá, že těhotné ženy si cení především těchto přínosů muzikoterapie (pod vedením Tamary Markové) v A-centru:

- a) zbavení se strachu zpívat falešně
- b) možnost zapojení partnera a tím mu umožnit projevit jeho podporu
- c) inspirace pro zpěv
- d) možnost jiné relaxace než doma

Tyto výpovědi mohou být vodítkem pro pochopení očekávání těhotných žen od muzikoterapie v psychoprophylaktivní přípravě a z toho vyplývající přípravy patřičného programu sezení.

Podle mého názoru by se mělo dále pokračovat v aplikaci muzikoterapeutických technik na cílovou skupinu těhotných žen s partnery, aby se získaly potřebné zkušenosti a vytvořila se metodika práce s touto skupinou.

4. Závěr

Vzhledem k pro mne velmi zajímavému zaměření práce stále cítím vděčnost za možnost psát bakalářskou práci na toto téma. Z důvodu mé velké zainteresovanosti v oblasti tématu této práce si odnáším mnohá poučení a nové teoretické poznatky a praktické postupy, které bych chtěla v blízké budoucnosti využít v praktické práci se skupinou těhotných žen a jejich partnerů v rámci psychoprofylaktické přípravy na porod.

Myslím si, že práce přinesla zajímavé poznatky o využití muzikoterapie ke snižování předporodního stresu a možnostech zapojení některých muzikoterapeutických technik či hudebních aktivit do psychoprofylaktické přípravy na porod.

V šetření v této oblasti by bylo vhodné dále pokračovat, vzhledem k malému zkoumanému vzorku v mé práci a nízkému počtu realizovaných sezení „hudebních aktivit s prvky muzikoterapie“.

5. Resumé

Cílem práce je nalezení odpovědi na otázku, zda je muzikoterapie jedním z prostředků přispívajících k psychické připravenosti rodičů na porod.

V teoretické části se zabývám psychologickými aspekty těhotenství a v rámci jedné kapitoly jsem stručně popsala také psychologické aspekty porodu. Dále předkládám vymezení muzikoterapie a přehled jejích hlavních forem. Popisuji také percepci hudby matkou a nenarozeným dítětem a podávám výčet některých hudebních aktivit a muzikoterapeutických technik, které lze aplikovat v práci se skupinou těhotných žen a jejich partnerů.

V praktické části na základě stanoveného výzkumného cíle v rámci tří základních okruhů šetření zjišťuji, zda muzikoterapeutické techniky a hudební aktivity přispívají k odbourání stresu v těhotenství a dále se zabývám možnostmi zapojení muzikoterapeutických technik do procesu psychoprophylaktické přípravy těhotných žen a jejich partnerů na porod.

V prvním okruhu šetření („A“) sleduji pomocí dotazníkového šetření hlavní trendy týkající se úrovně hladiny stresu, úzkosti a tenze v cyklu tří sezení nazvaných „hudební aktivity s prvky muzikoterapie“, kterých se účastnili těhotné ženy s partnery.“

Ve druhém okruhu šetření („B“) se soustředím na nalézání specifických charakteristik ve spontánní hudební aktivitě skupiny těhotných žen s partnery nezávislými hodnotiteli.

Ve třetím okruhu šetření („C“) se zaměřuji na zjištění hudebních preferencí v těhotenství.

V každém okruhu šetření jsou stanoveny předpoklady, které jsou dále ověřovány, celkem jich je 14.

Z výsledků šetření vyplývá, že techniky muzikoterapie a hudební aktivity skutečně přispívají ke snížení stresu a tenze ve skupině těhotných žen s partnery. Dále bylo zjištěno, že hudební preference těhotných žen se nemění, dochází jen k příklonu k preferenci relaxační hudby.

Dále byl zjištěn uklidňující vliv zpěvu a relaxace na těhotné ženy.

6. Resume

The goal of this paper is to find whether music therapy is one of the means to be used to increase parental readiness for childbirth.

The theoretic section is discussing the psychological aspects of pregnancy. One of the chapters is briefly describing the psychological aspects of childbirth. Further on, a demarcation of music therapy and its main forms is introduced. Perception of music by mother and the unborn child is described giving an enumeration of various music activities and music therapy techniques to be performed in a group of expectant mothers and their partners.

The practical section is a presentation of my research concerning impact of music therapy techniques and music activities on stress level during pregnancy. Usage of such music therapy techniques during psycho-prophylactic preparation of expectant mothers and their partners for the childbirth is discussed.

The first research topic (“A“) is focused on the stress, anxiety and tension levels. This is done through a series of questionnaires collected during the cycle of three sessions called “music activities with elements of music therapy” attended by pregnant women with partners.

The second research topic (“B“) focuses on discovery of characteristic elements in the spontaneous music activity of a group of pregnant women with partners by a group of independent evaluators.

The third research topic’s goal is to find out music preferences of women during pregnancy.

Each research topic introduces distinct premises (14 in total) that are subsequently being verified.

Conclusion of my research is that music therapy and music activities do play a part in lowering stress levels and tension in a group of pregnant women with partners. Furthermore it has been found that music preferences of women during pregnancy do not change substantially, only a shift towards relaxation music has been observed as well as the calming effect of singing and relaxation on pregnant women.

8. Seznam použité literatury

Monografie

- ČEPIČKÝ, P. Psychosomatické poruchy v gynekologii a porodnictví. In *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993, s. 246-267. ISBN 80-7169-031-7.
- FEDOR-FREYBERGH, P. G.; VOGEL, M. L. V. *Prenatal and perinatal psychology and medicine*. New Jersey: The Parthenon Publishing Group, 1988. ISBN 0-940813-24-6.
- FRANĚK, M. *Hudební psychologie*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0965-2.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-820-1.
- HÖSCHL, C., ŠIMEK, J. Koncepce psychického stresu. In *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993, s. 42-47. ISBN 80-7169-031-7.
- KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. *Základy muzikoterapie*. [v tisku].
- KOUKOLÍK, F. *Před úsvitem, po ránu*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-149-0.
- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. doplň. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8.
- KULKA, J. *Psychologie umění*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2329-7.
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- LINKA, A. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.
- MACKŮ, F.; MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-589-0.
- MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-83-6.
- MÁTEJOVÁ, Z.; MAŠURA, S. *Muzikoterapia při zajakavosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1980. ISBN
- MÁTEJOVÁ, Z.; MAŠURA, S. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-08-00315-4.
- NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-938.
- PEJŘIMOVSKÁ, J. *Úvahy o muzikoterapii*. [v tisku].

POUTHAS, V., JOUEN, F. *Psychologie novorozence*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-960-8.

SINGLY, F. *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-249-1.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-264-5.

ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0877-4.

VACEK, Z. *Embyologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1267-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0253-3.

WIGRAM, T.; BACKER, J. *Clinical applications of Music Therapy in Psychiatry*. Londýn: Jessica Kingsley Publishers, 1999. ISBN 1-85302-733-2.

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237.

Články

ČEPICKÝ, P. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 1999, č. 3, s. 215-241.

MARKOVÁ, H.; KOZEROVSKÝ, V.; GOLDMAN, P. Význam a úloha otce v perinatálním období. *Praktický lékař*. 1991, roč. 71, č. 10, s. 377-381.

KOZEROVSKÝ, V.; MARKOVÁ, H.; GOLDMAN, P., aj. Význam a úloha otce v průběhu těhotenství a po porodu. *Praktický lékař*. 1991, roč. 71, č. 10, s. 371-376.

KRAMULOVÁ, D. Prenatálním učením ke genialitě? *Psychologie Dnes*. 2006, č. 3, s. 28-29.

PEČENÁ, M; ČEPICKÝ, P.; KOŤÁTKOVÁ, I., aj. Koncepce přípravy těhotných žen k porodu. *Česká gynekologie*. 1990, roč. 55, č. 10, s. 769-773.

SOBOTKOVÁ, D.; ŠTEMBERA, Z. Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: I. těhotenství. *Česká gynekologie*. 2003, roč. 64, č. 4, s. 249-253.

Diplomové práce

KRTIČKOVÁ, Kateřina. *Mapování psychického stavu a sledování obsahu a kvality prožívání těhotných žen v jednotlivých trimestrech*. Praha, 1997. 146 s., s příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra psychologie.

JANDOURKOVÁ, Danuše. *Predikce chování žen při porodu*. Praha, 1999. 98 s., s příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra psychologie.

Elektronické zdroje

KANTOR, J. *Hudba v porodnictví a neonatologii* [online]. 2005. Dostupný z WWW: <<http://www.muzikoterapie.cz/?p=obsah/clankv/hudba-v-porodnictvi-a-neonatologii>> [7.5.2008]

DiCAMILLO, M. *American Music Therapy Association Regions* [online]. American Music Therapy Association, 2004. Dostupný z WWW: <<http://www.musictherapy.org/moment.html>> [14. 2. 2009]

WHO – Regional Office for Europe. *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health* [online]. Copenhagen, 2001. Dostupný z WWW: <<http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf>> [28. 3. 2009]

Jiné zdroje

PEJŘIMOVSKÁ, J. *Indikace a kontraindikace v muzikoterapeutické praxi*. Přednáška, Tloskov, EMT, 2006.

PROCHÁZKOVÁ, J. *Využití muzikoterapie v psychoterapeutické praxi*. Konference „Music Therapy – Experience with Music“ Praha, UK, Pedf, 2008.

Příloha č. 1: Dotazník 1. a pro účastníky krátkých muzikoterapeutických setkání v A- centru

1. Jak se v tuto chvíli cítíte, jak jste naladě(-a), které z níže uvedených možností nejlépe vystihují vaše aktuální prožívání?

- a) uvolněnost, klid, spokojenost
- b) únava
- c) lehký stres
- d) úzkost
- e) jiné pocity, př. jinak nakombinované, popište je prosím.

.....
.....

2. Do jaké míry jste schopný(-á) koncentrovat se a zapojit se do skupinového dění? (úroveň aktivace)

- a) jsem schopen(-na) maximální koncentrace,
- b) dokáži se soustředit na dané instrukce, jen musím lehce potlačovat únavu
- c) jsem unavený(-á), ale dokáži se soustředit na dění ve skupině, i když s obtížemi
- d) jsem unavený(-á) a nedokáži se koncentrovat
- e) jiné

.....
.....

3. Jak vysoký je Váš zájem sblížit se s ostatními lidmi ve skupině? (možnost nových přátelských vztahů, vzájemné pomoci)

- a) rád(-a) bych získal(-a) nové známé s podobnou rodinnou situací.
- b) rád(a) bych se s někým seznámila, ale nemám čas udržovat pravidelné styky
- c) nemám chuť s někým navazovat kontakt, ale když to samo přijde, nejsem v zásadě proti tomu
- d) nechce se mi s nikým seznamovat, mám málo času
- e) jiné (př. máte dost svých přátel)

4. Jaké pocity ve Vás vyvolává poslech hudby?

- a) příjemné, rád(-a) poslouchám hudbu téměř všech žánrů
- b) příjemné, jen jistý druh hudby mi vyloženě vadí
- c) často nepříjemné, poslouchám jen několik vybraných interpretů
- d) téměř vždy nepříjemné
- e) jiné

.....

Pokud je pro Vás nepříjemné poslouchat konkrétní hudbu z určitého důvodu (př. špatná vzpomínka vázaná na hudbu), napište mi prosím, o jakou hudbu se jedná, abych s ní během sezení nepracovala.

.....

Příloha č. 2: Dotazník 1. b pro účastníky krátkých muzikoterapeutických setkání v A- centru

1. Jaké jsou Vaše pocity po našem sezení? Která možnost nejvíce odpovídá Vašemu aktuálnímu naladění?

- a) uvolnění, klid, spokojenost
- b) snížení stresu
- c) pocit stejného stresu jako na počátku sezení
- d) zvýšení stresu
- e) jiné

.....
.....

2. Jste spokojen(-a) se svým zapojením do skupinového dění?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) jiné

.....
.....

3. Co pro Vás bylo z dnešního sezení nejpříjemnější?

- a) úvodní technika
- b) hra na nástroje, vyjadřování pocitů
- c) relaxace s hudbou
- d) skupinový zpěv
- e) jiné

.....
.....

4. Máte nějaký negativní zážitek z dnešního sezení?

- a) hlučné znění některých nástrojů
- b) zábrany, tréma
- c) tenze při vyjadřování vlastních pocitů
- d) vybavení špatných vzpomínek v důsledku asociací s hudbou
- e) jiné

.....
.....

Pozn. k dotazníkům 1. a. 1. b:

V dotazníku 1. a byla u položky č. 3 u varianty „**e) jiné**“ uvedena tato odpověď: rád to ponechávám náhodě. Tuto odpověď jsem nevradila do žádné z kategorií a) - d), ponechala jsem ji samostatně pod kategorií „**e) jiné**“.

V dotazníku 1. b v položce č. 1 se ve variantě „**e) jiné**“ vyskytovaly odpovědi, které bylo možné vřadit do kategorií a) - d). Konkrétně odpověď: „mírný stres z časové tísně“ byla zařazena pod kategorií c) a odpověď „mírné zvýšení stresu- spěchám na schůzku“ byla přiřazena k variantě d).

Příloha č. 3: Popis části programu víkendového setkání kurzu EMT, ve které byl proveden sběr dat pro účely okruhu šetření „B“.

Program pátečního večerního bloku:

1. Skupina dostala pokyn vyjádřit své aktuální pocity hudební improvizací nazvanou „Teď a tady“.
2. Po doznění hudební improvizace zachycovali účastníci sezení své pocity verbálně i graficky do záznamových archů.
3. Poté byly skupině přehrány tři hudební ukázky rozdílného hudebního obsahu. (W.A.Mozart, Koncert pro lesní roh č. 4.- skladba pro orchestr; Black Sabbath, Paranoid- rocková skladba; Jim Brickman, Rocket to the Moon- klavírní skladba) Po expozici každé ukázce frekventanti opět vytvořili záznam do dotazníku č. 2.
4. Pro aktivizaci frekventantů kurzu byla do programu začleněna technika aktivní muzikoterapie: „Molekuly“. (Vodňanská in Pejřimovská, 2006)
5. Na konec programu byla zařazena krátká relaxace na skladbu Angels of Mercy od Erica Berglunda (širší nástrojové obsazení). I po této relaxaci frekventanti zaznamenali dojmy do dotazníku č. 2.

Program realizovaný v sobotním bloku:

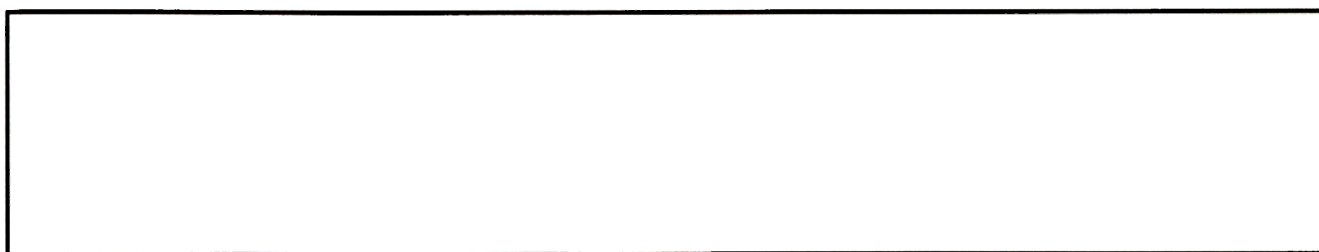
1. Poslech audiozáznamu hudební improvizace „nechtěné dítě“.
(Záznam do dotazníku č. 2)
2. Poslech audiozáznamu hudební improvizace „chtěné dítě“.
(Záznam do dotazníku č. 2)
3. Poslech audiozáznamu hudební improvizace skupiny „A“.
(Záznam do dotazníku č. 2)

Příloha č. 4: Dotazník č. 2.

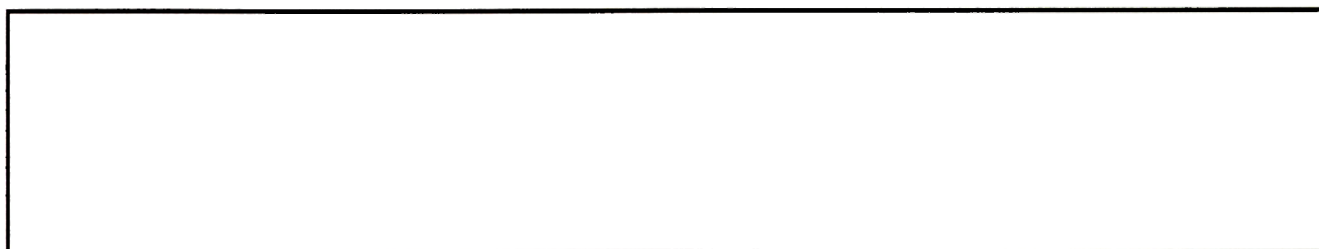
Tento dotazník byl zadán hodnotitelům skupiny „NH 1“. Byl tvořen osmi listy stejného vzezření jako první list, který zde předkládám na ukázkou.

Ukázka č. 1: Analýza audiozáznamu hudební improvizace „Teď a tady“.

- a) Zaznamenejte prosím „křivku zvuku hudby“, tz. jak vnímáte hudbu jako takovou.



- b) Naznačte prosím „křivku emocí“ , které při hudbě prožíváte.



- c) Popište prosím své dojmy z poslechu audiozáznamu.

Příloha č. 5: Sumarizace hodnocení skupiny „NH 2“

Hodnotitelé „NH 2“ vyhodnocovali grafický záznam skupiny „NH 1“ v dotazníku č. 2 na hladině podobnosti 100 až -100 %. Do sumarizace výsledků byla zahrnuta nejvýznamnější zjištění vyplývající z hodnocení skupiny „NH 2“, která nejúžeji souvisí s tématem těhotenství.

100%- velká podobnost

0%- rozdílnost

-100%- protiklad

Tabulka č. 14 znázorňující sumarizaci hodnocení skupiny „NH 2“

Grafické záznamy skup. „NH 1“	Hladina podobnosti dle „NH 2“
Skupina "A"- "Teď a tady"/ Jim Brickman- Rocket to the Moon (klavírní skladba)	72%
Skupina "A"- "Teď a tady"/ "Chtěné dítě" (hudební improvizace EMT skupiny)	56%
Skupina "A"- "Teď a tady"/ Eric Berglund- Angels of Mercy (relaxační hudba)	39%
Skupina "A"- "Teď a tady"/ W. A. Mozart- Koncert pro lesní roh, No. 4, K 495	11%
"Chtěné dítě" / Jim Brickman- Rocket to the moon (klavírní skladba)	50%
"Chtěné dítě" / "Nechtěné dítě" (hudební improvizace EMT skupiny), protiklad	100%

Příloha č. 6: Dotazník č. 3 pro zjištění hudebních preferencí těhotných žen

Předem moc děkuji za vyplnění!!!!

Údaje zjištěné tímto anonymním dotazníkem budou zahrnuty do bakalářské práce: „Snižování předporodního stresu pomocí muzikoterapie“.

1. Věk: a) 20-25 b) 26-30 c) 31-35 d) 36-40 e) 41- 45

2. Vzdělání: a) základní

b) střední bez maturity

c) střední s maturitou

d) vysokoškolské

3. Hudební vzdělání:

a) hudební výchova na základní škole

b) ZUŠ: na jaký nástroj(e) jste hrála, jak dlouho, jaký to mělo vliv na vývoj Vašeho vztahu k hudbě?

.....

c) Naučila jste se sama hrát na nějaký hudební nástroj?

.....

d) Je pro Vás hudba koníčkem? Např. návštěvy koncertů- jakých?

.....

e) Je Váš vztah k hudbě ovlivněn určitým prostředím – národní folklor, country..

.....

4. Můžete popsat Váš vztah k hudbě?

a) Ráda poslouchám hudbu téměř všech žánrů

b) Hudbu vnímám spíše jako kulisu, cíleně nevyhledávám poslech specifických hudebních žánrů

c) Hudba mě spíše rozrušuje, vyvolává ve mně nepříjemné pocity- jaké?

.....

d) Jiné

.....

5. Jaký je Váš vztah ke zpěvu?

- a) Ráda jsem si zpívala již v době před otěhotněním, nyní v tom pokračuji
- b) Před těhotenstvím jsem zpěv nevyhledávala, ale nyní zpívám sobě i miminku
- c) Myslím si, že zpěv je pro mne i miminko uklidňující, ale stydím se zpívat, radši poslouchám reprodukovanou hudbu
- d) Zpěv podle mne nemá žádný pozitivní efekt, proto nezpívám
- e) Jiné

.....

6. Jestliže zpíváte, zkuste prosím odpovědět na následující podotázky:

- a) Kde jste našla inspiraci?
.....
- b) Kdo Vás naučil jaké písně (ukolébavky..)
.....
- c) Jak často zpíváte?
.....
- d) Máte vymezený nějaký pravidelný čas?
.....
- e) Zpíváte jen pro dítě, nebo si také zpíváte sama pro sebe? Čím se tyto situace od sebe liší?
.....
- f) Zpívá s Vámi i partner? Zpíváte společně miminku, nebo někdy i „jen tak“. Jak často?
.....
- g) Povídáte si někdy s miminkem?
.....
- h) Povídá si i tatínek?
.....
- i) Jak se odlišuje řeč k miminku oproti rozhovoru s dospělým?
.....
- j) Jaké má tatínek hudební vzdělání?
.....
- k) Jaký je jeho postoj k hudbě?
.....
- l) Podporuje Vás v hudebních aktivitách?
.....

7. Jak reaguje miminko na:

- a) Váš zpěv (případně tatínkův)
.....
- b) Vaše či tatínkovo povídání
.....
- c) reprodukovanou či koncertní hudbu (rozlišuje žánry?..)
.....
- d) různé zvuky a hluk z okolí
.....

8. Jaké pocity máte Vy (případně i tatínek) při zpěvu miminku?

.....

9. Která hudba (i konkrétní skladba) se Vám vybavuje, kterou byste si poslechla, když cítíte:

a) smutek

b) obavy, úzkost

c) radost

d) naději na dobrý konec

e) stres

f) klid

g) když byste chtěla odpočívat nebo relaxovat

10. Změnil se Vám hudební vkus v době těhotenství?

11. Pokud došlo ke změně:

a) vzpomenete si, které skladby se Vám líbily dříve? Zkuste danou hudbu (nebo i několik skladeb, hudebních žánrů) prosím popsat následujícím způsobem:

1) grafické znázornění hudby- část A.

Obdélník č. 1: hudební charakteristiky- př. tempo, melodie

Obdélník č. 2: emoce zachycené v hudbě

2) slovní popis charakteru hudby

.....
.....

3) příklad

.....

b) můžete se pokusit popsat hudbu, která Vás více oslovila během těhotenství, nebo kterou jste nově objevili?

1) grafické znázornění hudby- část B.

Obdélník č. 3: hudební charakteristiky

Obdélník č. 4: emoce zachycené v hudbě

2) slovní popis charakteru hudby

.....
.....

3) příklad

.....

12. Pomáhá Vám ke zklidnění relaxační hudba? a) ano b) ne c) jiné

13. Posloucháte ji cíleně pro relaxaci

- a) v soukromí
 - b) v kurzech předporodní přípravy
 - c) jinde
-

14. Jakou relaxační hudbu si používáte?

.....

15. Myslíte si, že na vyvolání příjemných pocitů v těhotenství mají vliv konkrétní hudební nástroje? Jaké byste preferovala?

.....

16. Mohla byste popsat Vaše zkušenosti s předchozími porody? Co Vám pomohlo snížit bolest?

- a) uklidňující rozhovor
- b) předčítání
- c) puštěná hudba- jaká, v jaké fázi porodu?
.....
- d) masáže
- e) aromaterapie, popř. homeopatika- jaká?
.....
- f) pomoc při dýchacích cvicích- pomáhá hudba při prohloubení dýchání?
.....
- g) Sprcha
- h) Cvičení na balóněch
- i) Tišící prostředky: epidurál...
- j) Jiné

Jakých kurzů předporodní přípravy se účastníte? Jaké byste doporučila ostatním nastávajícím maminkám?

Moc děkuji za vyplnění, přeji hezký den!

Příloha č. 7: Výsledky položek 1, 2, 3, 4 a 16 dotazníku č. 3 (nevázících se přímo k ověřováním předpokladů č. 8 -14.)

Položka č. 1 dotazníku č. 3: „Věk“

Tabulka č. 15 znázorňující výsledky položky č. 1 dotazníku č. 3

Věk	20 – 25	26 – 30	31 – 35	36 – 40	41 – 45
Četnost	0	6	11	3	0
Rel. četnost	0%	30%	55%	15%	0%

Položka č. 2 dotazníku č. 3: „Vzdělání“

Tabulka č. 16 znázorňující výsledky položky č. 2 dotazníku č. 3

Vzdělání	Základní	Střední bez maturity	Střední s maturitou	Vysokoškolské
Četnost	0	0	5	15
Rel. četnost	0%	0%	25%	75%

Položka č. 3 dotazníku č. 3: „Hudební vzdělání“ (přesné znění podotázek a) - e) viz příloha č. 5)

Na základě odpovědí těhotných žen na položku č. 3 dotazníku č. 3 lze konstatovat jejich celkově nadprůměrné hudební vzdělání, pouze 3 ženy z 20 nehrály na žádný hudební nástroj. S návštěvou ZUŠ mělo zkušenost 12 žen. Zajímavé je, že 14 žen se samo naučilo hrát na hudební nástroj, z toho 6 žen dokonce na dva hudební nástroje. Nejčastěji těhotné ženy navštěvují folkové koncerty a ovlivněny jsou dle vlastních výpovědí nejčastěji hudbou z vlastního dětství, uváděly vliv folku, country, trampských písní aj. Pouze pět žen se vyslovilo, že jejich vztah není ovlivněn žádným prostředím.

Položka č. 4 dotazníku č. 3: „Můžete popsat Váš vztah k hudbě?“ (přesné znění variant odpovědí viz příloha č. 5)

Tabulka č. 17 znázorňující výsledky položky č. 4 dotazníku č. 3

Vztah k hudbě	a	b	c	d
Četnost	10	1	0	9
Rel. četnost	50%	5%	0%	45%

Z odpovědí těhotných žen na tuto otázku vyplývá, že měly velmi kladný vztah k hudbě, což se dá ostatně předpokládat na základě výsledků položky č. 3 dotazníku č. 3, kde 14 těhotných žen uvedlo, že se samy naučily hrát na hudební nástroj. V položce č. 4 těhotné ženy 10x uvedly variantu „a) ráda poslouchám hudbu téměř všech žánrů.“ Další tři ženy uvedly tuto variantu v kombinaci s variantou „d) jiné“, kde specifikovaly svůj hudební vkus. Jedna žena preferovala variantu „b) Hudbu vnímám spíše jako kulisu, cíleně nevyhledávám poslech specifických hudebních žánrů.“ Zbylé ženy uvedly variantu „d) jiné“. Souhrnně lze říci, že rády poslouchají jen určitou hudbu či je jejich výběr hudby ovlivněn situačně.

Položka č. 16 dotazníku č. 3: „Mohla byste popsat zkušenosti s předchozími porody? Co Vám pomohlo snížit bolest?“ (přesné znění variant odpovědí viz příloha č. 5)

Tabulka č. 18 znázorňující výsledky položky č. 16 dotazníku č. 3.

Uklidňující rozhovor	2
Puštěná hudba	4
Masáže	4
Aromaterapie	2
Pomoc při dýchacích cvicích	2
Sprcha	9
Cvičení na balóněch	7
Tišící prostředky	2
Jiné	5

Tabulka č. 18 zobrazuje nejvíce preferované prostředky pro zmírnění bolesti při porodu.

Každá těhotná žena mohla zvolit i několik variant odpovědí na položku č. 16 dotazníku č. 3,

neboť jsem předpokládala, že se individuální potřeby matek v průběhu porodu mění, což bylo těhotnými ženami v dotazníku také uváděno. Nejčastěji byla zastoupena varianta „g) sprcha“, přičemž u varianty „j) jiné“ byla dvakrát uvedena vana. Druhou nejčastěji udávanou variantou bylo „h) cvičení na balóněch“.

Co se týče preferencí poslechu hudby, čtyři matky se vyjádřily, že jim puštěná hudba pomohla snížit bolest při porodu, což není nevýznamné. Dvě matky dále upřesnily své výpovědi týkající se charakteru hudby. Jedné pomohlo po celou dobu porodu puštěné Rádio 1, druhé chvílemi pomáhala relaxační hudba, africká hudba a tanec na ní a posléze absolutní ticho.

V kategorii „j) jiné“ se dále objevila tato sdělení specifikující formy pomoci pro zmírnění bolesti při porodu: „čokoláda, kterou normálně nejím; klid a možnost aktivity, kterou jsem si vybrala; bučení.“