

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

SEBEHODNOCENÍ ŽEN V TĚHOTENSTVÍ

SELF-ESTEEM OF WOMAN IN PREGNANCY



Bakalářská diplomová práce

Autor: Ivana Šopíková

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Olomouc

2017

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „*Sebehodnocení žen v těhotenství*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Ráda bych poděkovala PhDr. Janu Šmahajovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, jeho trpělivost, dobré připomínky, nápady a ochotu. Děkuji také centru prenatální diagnostiky v Olomouci, které mi umožnilo zprostředkovat výzkum. Také děkuji všem respondentkám, za jejich ochotu a čas, který mi věnovaly. Děkuji své rodině, že mě neustále podporovala.

Obsah:

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1. Sebepojetí a sebehodnocení.....	6
1.1 Sebepojetí.....	6
1.1.1 Znaky sebepojetí	6
1.1.2 Vývoj a funkce sebepojetí.....	7
1.1.3 Aspekty sebepojetí.....	8
1.2 Sebehodnocení	10
1.2.1 Zdroje a aspekty sebehodnocení	11
1.2.2 Globální sebehodnocení.....	12
1.2.3 Tělesné sebepojetí.....	13
1.2.4 Sebevědomí aneb jak si cítit lépe.....	13
2. Těhotenství	15
2.1 Vymezení těhotenství.....	15
2.2 Fyziologické změny v těhotenství.....	16
2.21 Reprodukční systém	16
2.22 Respirační a kardiovaskulární systém	16
2.23 Gastrointestinální a močový systém	17
2.24 Kožní systém	17
2.25 Pohybový systém a vývoj tělesné hmotnosti.....	18
2.26 Hormonální systém.....	19
2.3 Studie a těhotenské nevolnosti	20
2.4 Psychické změny v těhotenství podle trimestrů	22
2.5 Partner a těhotenství.....	23
2.6 Výzkumy body image a těhotenství.....	24
VÝZKUMNÁ ČÁST	26
3. Výzkumný problém, cíle a otázky.....	26
4. Popis metodologie výzkumu	27
4.1 Výzkumný soubor	28
4.11 Kritéria výzkumného souboru	28
4.12 Výběr výzkumného souboru.....	30
4.13 Charakteristika výzkumného souboru	31

4.2	Metody získávání kvalitativních dat	32
4.3	Metody zpracování a analýzy dat.....	33
4.4	Etické aspekty výzkumu	34
5.	Výsledky.....	35
5.1	Sebehodnocení žen v 15.tt a 32.tt.....	36
5.11	Tělesné sebepojetí	37
5.12	Globální sebehodnocení	41
5.13	Faktory ovlivňující sebehodnocení žen v těhotenství	43
6.	Diskuze.....	47
7.	Závěr.....	52
	Souhrn.....	53
	Seznam použité literatury	56
	Seznam tabulek a grafů	
	Seznam příloh	
	Příloha č. 1: Podklad pro zadání bakalářské práce	
	Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce	
	Příloha č. 3: Ukázka transkripce rozhovoru v 32.tt	
	Příloha č. 4: Brožurka, jak se cítit sebevědomě v těhotenství	

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá tématem, které je pro řadu žen velmi aktuální a přínosné. Je věnována problematice sebehodnocení a prožívání těhotenství ve specifickém období. Toto téma nás oslovilo, protože je to neuvěřitelná kaskáda změn, které ženy během těhotenství provází. Tento velký zvrat v životě prvorodičky je pro ni krok do neznáma. Většina žen má strach, aby nepřibrala dvacet kilo, neměla po těhotenství povadlé břicho, strie atd. Žena chce být pro partnera stále atraktivní, aby jí po narození dítěte neopustil. Bude trpět jednou z největších bolestí v jejím životě, ale i přesto to pro budoucí miminko s láskou udělá. Je pro nás naplňující zkoumat jednotlivé případy a sdílet je s ostatními. A právě proto se budeme problematikou sebehodnocení v těhotenství zabývat.

Zajímá nás především, jak se žena hodnotí v tomto období. Když většina žen je se sebou nespokojena, vidí na sobě chyby a přemýšlí, co by se dalo změnit. Jak přijme tyto obrovské změny, než se narodí její miminko?

Cílem naší práce je zmapovat, jak prvorodičky vnímají své globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí v 15.tt a v 32.tt. Zajímá nás také, zda dochází k jeho změnám. Cílem je zjistit, které faktory nejvíce ovlivňují sebehodnocení žen v těhotenství. A vytvořit brožurku, kde budou uvedeny rady a tipy, jak se cítit sebevědomě v těhotenství.

Práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se budeme zabývat vymezením sebepojetí, do kterého patří tělesné sebepojetí a globální sebehodnocením. Dále se zaměříme na to, jak se cítit sebevědomě v těhotenství a uvedeme si praktické tipy. Pokračovat budeme poznatky o těhotenství. Budeme věnovat pozornost fyziologickým, psychickým změnám a zaměříme se také na partnery. V poslední teoretické části se budeme věnovat studiemi a těhotenskými nevolnostmi a výzkumy zaměřené na body image. V praktické části se pokusíme hlouběji proniknout do prožívání těhotenství a přinést zajímavé a užitečné poznatky.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Sebepojetí a sebehodnocení

V této kapitole se zaměříme na sebepojetí a sebehodnocení. Nejdříve si popíšeme sebepojetí a jeho znaky, vývoj a funkci. V druhé části se podíváme na sebehodnocení, jeho zdroje, aspekty a na jeho modely.

1.1 Sebepojetí

„Sebepojetí je souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová“ (Blatný, 2010, 107).

„Sebepojetí je základem jáství člověka, je souhrnem názorů na sebe, na své místo ve světě, a v tom smyslu je souhrnem pocitů, jimiž prožíváme spokojenost nebo nespokojenost se sebou, větší nebo menší sebedůvěrou, sebeúctu a vliv na druhé. Sebepojetí je také uvědomováním si svým osobnostních charakteristik, často zkresleně nebo stylizovaně se záměrem vyvolat o sobě v druhých lidech dojem“ (Smékal, 2009, 368).

Sebepojetí lze definovat jako soudržný celek utvořený z vnímání sebe sama (Vymětal, 2004).

Obecně lze říci, že sebepojetí lze prezentovat jako mentální reprezentaci Já, která se nachází v kognitivní struktuře paměti a utváří se v procesu komunikace jednotlivce se sociálním prostředím (Blatný, 2001).

1.1.1 Znaky sebepojetí

Zásadní změna přišla v 60. letech. Na sebepojetí se přestalo nahlížet, jako na jednotnou představu sebe, ale spíše jako na hierarchicky uspořádanou sktrukturu v závislosti na „Já“ motivech. Nyní se zaměříme na nejvýznamnější znaky sebepojetí.

Multifacetové sebepojetí – znamená, že je tvořené zejména několika prvky mentálních reprezentací Já, které se označují jako schémata či prototypy. Tyto reprezentace se mohou navzájem lišit. A to v pozitivitě, negativitě či časové lokalizaci jako je minulé, současné či budoucí já anebo uskutečnění jako je ideální já.

Hierarchické sebepojetí – sebepojetí je zobecněním představ o sobě a tyto poznatky jsou hierarchicky uspořádány od obecných až ke specifickým prvkům dané kategorie.

Dynamické sebepojetí – sebepojetí jako další jiné psychické složky jsou charakteristické svoji dynamickou stránkou. Došlo proto k vytvoření koncepce aktivovaného sebepojetí, které říká, že je aktivovaná některá z reprezentací Já, která reguluje strukturu sebepojetí (Blatný, 2010).

1.1.2 Vývoj a funkce sebepojetí

Pro harmonický vývoj a vnitřní stabilitu osobnosti jsou nezbytné první tři roky zkušenosti, kdy dítě musí být plně akceptováno a přijímáno od okolí. Získává si základní důvěru ve svět a podle toho se vytváří sebepojetí v rámci socializace, kde rodina hraje významnou roli (Vymětal, 2007).

Podle Balcara se sebepojetí vyvíjí, když dítě začne oddělovat já a ty. Zde jsou jednotlivé fáze vývoje sebepojetí:

- *Věk batolecí: jsem to, co mohu svobodně dělat*
- *Věk předškolní: jsem to, co učiním*
- *Věk školní: jsem to, co dovedu*
- *Období dospívání: jsem to, čemu věřím*
- *Věk mladé dospělosti: jsem to, co miluji*
- *Střední věk: jsem to, co poskytuji*
- *Období zralosti: jsem to, co po mě zůstane* (Balcar, 1983, 158).

První informace, které o sobě člověk získá, jsou od rodiny. Postupně se přidávají další a další, které ovšem nemusí být totožné. Vztah k vlastnímu já se prohlubuje a mění. Ve školním věku se často hodnotíme podle vrstevníků nebo pedagogů. Sebehodnocení je globální, ale já má svoje emoce, přání a touhy. V období pubescence nastává velká změna, mění se vzhled a tvar těla. V tomto období se neustále prohlížíme a hodnotíme. Postupně se mění obraz sebe, ale i naše schopnosti, myšlenky, přání a názory. Tento velký zájem o sebe bývá spojován s adolescentním egocentrismem, který ovlivňuje naše prožívání. Zájem, který projevujeme jenom o sebe, je známkou nedostatečně vyvinutého sebehodnocení. Sebepojetí se neustále formuje a vyvíjí. Pokud u jedince převažuje negativní hodnocení nebo nějaká nespokojenost, snaží se tyto nedostatky vynahradiť v denním snění. V pozitivním smyslu představy působí motivačně a jsou zdrojem sebezdokonalování. Jako objektivní kritérium hodnocení lze považovat výkony daného jedince, které jsou měřitelné, ale také i schopnosti. V období dospívání jsou jedinci velmi citliví na to, co si o nich druzí lidé myslí. Zvláště nějaké negativní ohodnocení bývá

intenzivně prožíváno a působí změny v oblasti sebehodnocení. Tyto výkyvy se postupně stabilizují, jelikož postupem času stoupá míra sebekontroly a zodpovědnosti za své vlastní chování (Fialová, 2001).

Hlavní činností sebepojetí je to, že funguje jako nástroj orientace v osobním životě, znamená to, že nám pomáhá se orientovat ve vztazích a to, jak citových tak společenských. Zdravý člověk rozumí svým motivům, ale psychotik má nereálná očekávání. Sebepečení také funguje jako stabilizátor činnosti, brání se změnám a je relativně stálé (Fialová, 2001).

1.1.3 Aspekty sebepojetí

Podle Blatného a Plhákové (2003) je sebepojetí charakterizováno třemi aspekty: kognitivním, afektivním a konativním já.

Kognitivní aspekt Já - tento aspekt Já se zabývá obsahem a strukturou sebepojetí. Sebepečení se utváří v procesu socializace člověka. Konkrétní obsah sebepojetí je sice pro každého jiný, ale přesto můžeme sledovat společné znaky. A to že, sebepojetí je charakterizováno postupným získáváním informací o sobě, ať už na základě pozorování vlastní činnosti nebo prostřednictvím zpětných vazeb (Blatný, 2010).

Existuje několik modelů kognitivní organizace sebepojetí. K nevlivnějším patří zejména „*já jako schématu*“. Tato schémata se podle Markusové (1980) tvoří na základě podobných, opakovaných hodnocení vlastního chování. Člověk tím získává jasnou představu o osobě a o svém chování. Další kognitivní model je „*já jako prototyp*“, kde existuje několik druhů. Například já jako sám, já s rodinou, já s přáteli, já se spolupracovníky. Tyto modely, které jsme si uvedly, mají společné rysy, a tudíž se navzájem nevylučují. Jedná se o struktury znalostí, které jsou různě propojené v paměti podle k vztahu Já, které zpracovává informace o sobě samém (Blatný, 2010).

Reprezentace Já - existuje několik kategorií reprezentací Já. K nejvýznamnějším patří centralita, možnost uskutečnění, pozitivita či negativita, adekvátnost a časová lokalizace (Markus & Wurf, 1987). Nejvýznamnější rozdíl mezi reprezentacemi Já, je založen na tom, zda se nachází v centrální pozici sebepojetí, tedy v jádru, nebo stojí mimo okraj. Také se liší v tom, zda zachycují skutečné osobnostní charakteristiky, nebo pouze představy o tom, jací bychom chtěli být. Markusová a Nuriusová (1986) označuje tento typ jako *možné Já*. Jako příklad můžeme uvést: „*nyní jsem psychologka, ale mohla bych být majitelkou restaurace, maratonskou běžkyní, novinářkou nebo rodičem tělesně postiženého dítěte*“ (Markus, Nurius, 1986, 954). Zvláštní postavení tvoří *ideální já*. Jedná se o představu člověka o tom, jaký by chtěl ve skutečnosti být. Rosenberg (1979) ve vztahu

k ideálnímu já rozlišil *vysněný sebeobraz* a *závazný sebeobraz*. Kde vysněný sebeobraz může představovat získání Nobelovy ceny a závazný získat definitivu. Sullivan (1953) označil další typ Já jako „*moje špatné já*“ - člověk o osobě připustí, že je líný a nepořádný. Pokud tyto komponenty nejsou příliš významné, nenarušují náš sebeobraz. Pokud je ovšem vnímáme, jako hlavní součást sebepojetí, mohou výrazně ovlivnit tento proces.

Emoční aspekt Já - vyjadřuje, jaký máme vztah k sobě, zaměřuje se na emocionální prožitky. Tento aspekt je uchopen v pojmech, jako je sebevědomí, sebedůvěra, sebehodnocení. Za mentální reprezentaci považuje právě sebehodnocení, čili představu vlastní hodnoty. Můžeme říci, že pokud kognice fungují jako prostředek poznání, tak emoce dodávají psychice citový rozměr (Blatný, 2010). Pokud propojíme naše emoce a vlastní sebereflexi, můžeme hovořit o sebediskrepanční teorii. Ta propojuje skutečné, ideální a požadované já. Ideální já zahrnuje naše přání - touhy. Požadované já jsou takové charakteristiky, které by měl člověk podle jeho úsudku vlastnit. Pokud cítíme rozpor mezi skutečným a ideálním já, podle autora E. T. Higginse zažíváme pocit zklamání či frustraci. Pokud je nesoulad mezi požadovaným a skutečným já, zažíváme pocit úzkosti. Pokud nesplníme požadavky a očekávání druhých lidí, cítíme stud a obáváme se trestu. Diskrepanci zažil jistě každý člověk, ovšem záleží, jak silná byla a do jakých oblastí sebepojetí zasáhla (Slaměník & Výrost, 2008).

Konativní aspekt Já - označovaný též jako motivační, či behaviorální. Snažíme se ovlivnit, to, co si o nás druzí lidé myslí. Jedná se o prezentaci, která může být záměrná, ale i neuvědomovaná. Člověk používá strategie sebeprezentace s cílem si posílit sebejistotu a pocit vlastní hodnoty. Rozlišujeme několik strategií sebeprezentace. Jako je například *strategie zavděčení* čili potřeba náklonosti k lidem, *strategie sebepovýšení*, být vždy vítězem, mít sociální prestiž, nebo *strategie zastrasování*, hrozit vlastní silou, který dodává zvýšený pocit jistoty. Mezi další strategie patří sebepotvrzující, jejichž cílem je, aby nás druzí vnímali a chápali tak, jak se vnímáme my sami (Slaměník & Výrost, 2008).

Rozlišujeme také pozitivní a negativní sebeprezentace. V pozitivní prezentaci člověk o sobě hovoří ve velmi pozitivním světle, chce udělat na druhého dojem a hovoří o svých jedinečných schopnostech, které si náležitě dobarvuje. Zatímco v negativní prezentaci se člověk shazuje, ukazuje svoje slabé, stinné stránky, ukazuje se jako bezmocný a neschopný. Tyto reprezentace slouží k neuvědomované manipulaci okolí a vyskytují se u hysteroidních typů osobnosti (Smékal, 2009).

Carver a Scheier zavedli kontrolní model seberegulace. Lidé si nastavují normy pro své hodnocení vlastního chování a kontrolují, do jaké míry ho splňují. Autoři zavedli

pojmy soukromé sebeuvědomění, jedná se o pozornost, kterou lidí věnují sami sobě, svým pocitům, přáním a hodnotám. Veřejné sebeuvědomění se zaměřuje na to, jak nás vidí ostatní a co si o nás myslí. Ukázalo se, že lidé, kteří dosahují vysoké míry soukromého sebeuvědomění, intenzivněji prožívají své pocity, rozumí jim víc, než lidé s nízkou mírou sebeuvědomění. Ovšem lidé s vysokou mírou veřejného sebeuvědomění, se stávají více citlivými na reakce druhých osob a častěji změni svoje stanovisko podle veřejnosti, kdežto lidé s nízkou mírou nemění své názory a stojí si za svým. Naši pozornost budeme zaměřovat tím směrem, v jaké situaci se budeme právě nacházet. Pokud budeme osamoceni, zaměříme se spíše na introspekci, ale pokud budeme v kontaktu s veřejností, použijeme veřejné Já (Blatný, 2010).

1.2 Sebehodnocení

Sebehodnocení je používáno k popisu vlastní hodnoty, je to relativně stabilní osobnostní rys. Zahrnuje celou řadu přesvědčení o sobě samém jako je vzhled, emoce a chování. Sebehodnocení hraje velmi důležitou roli v Maslowě hierarchii potřeb, je to jedna ze základních lidských motivací. Člověk potřebuje úctu od ostatních, ale i vnitřní úctu k sobě samému. Tyto potřeby jsou důležité, aby se jedinec mohl rozvíjet a dosáhnout tak seberealizace (Kendra, 2016).

Kladné sebehodnocení posiluje naši sebeúctu, ta působí příznivě na psychiku, zdraví. Osoby, které mají vysoké sebehodnocení, jsou optimističtější, společenštější, chápavější, méně trpí nespavostí a odolávají závislostem (Cakirpalogu, 2012). Vysoké sebehodnocení znamená pocit celkového přijetí sebe. Člověk se respektuje, váží si sebe jako hodnotné bytosti. Zná své silné a slabé stránky, pečuje o sebe, jak duševně tak i fyzicky. Chová se zodpovědně, a dává lásku ostatním (Harril, 2016). Tito lidé jsou ambiciózní, stanovují si náročné cíle, které se snaží překonávat. Jsou schopni otevřené a upřímné komunikace a vytváří pevné vazby (Branden, 2010). Lidé se zdravým sebehodnocením umí vyjádřit svoje potřeby a názory, důvěřují ve vlastní schopnosti, mají realistická očekávání, jsou odolnější vůči stresu a neúspěchu. Mají se rádi a respektují se (mayoclinicorg.cz).

Pokud má člověk nízké sebeuvědomění přináší to s sebou pocity jako je špatná nálada, zoufalství, nízkou odolnost vůči stresu, sklon k depresím, typické je „černobílé vidění“. Pokud má člověk nadbytek sebeúcty, může mít negativní dopad na jeho osobu. Člověk si vytváří pocit nadřazenosti, hodnotí se jako nadprůměrná osoba (Cakirpalogu, 2012). Lidé s nízkým sebehodnocením se neustále sebeobviňují, mají strach ze změny, jsou to pesimisté, neustále se porovnávají s druhými a cítí se být horší než ostatní (Harril, 2016).

Tito lidé mají strach ze změny, pohybují se v prostoru, který je bezpečný a nenáročný. Cítí se nejistí v komunikaci, jelikož jim záleží na tom, co si o nich druzí lidé myslí (Branden, 2010). Lidé s nízkým sebevědomím vnímají svoje tělo jako nechutné, nechodí na společenské akce, jsou velmi citliví na kritiku, mají nedostatek sebedůvěry ve vlastní schopnosti. Nízké sebevědomí může být způsobeno médii, pornografií, těhotenstvím - například žena se může cítit méněcenně po císařském řezu, po změně pohlavních orgánů nebo z nedostatku sexu. Dále také na to má vliv zneužití, rozpad vztahu a mnoho dalších faktorů (basmt.org.uk).

1.2.1 Zdroje a aspekty sebehodnocení

Sebehodnocení je chápáno jako jedna ze složek sebepojetí. Základ našeho sebehodnocení je vytvářen především v dětství a to hlavně rodiči, významnými osobami v našem životě. Několik studií potvrzuje souvislosti mezi sebehodnocením a rodičovskou oporou, tato opora patří k nejsilnějším prediktorům sebehodnocení. V období adolescence vliv rodičů slábne, silnější jsou naopak vrstevníci. Zásadní změny přichází zejména v době, kdy máme svoje zaměstnání a plánujeme rodinu. V tomto období má největší vliv na sebehodnocení spolupracovníci, partner, přátelé a významné osoby v našem životě (Blatný, 2010).

Naše sebehodnocení může být ovlivněno také nemocí, kulturou, náboženstvím, postavením ve společnosti, médii, ale největší vliv na naše sebehodnocení mají naše myšlenky, které můžeme ovlivnit (mayoclinic.org).

Za další zdroj sebehodnocení je považována pozitivní a negativní afektivita. Afektivita znamená schopnost určitého druhu prožívání. Afektivita souvisí s temperamentovými rysy, kdy negativní emoce jsou sloučeny s neuroticismem a pozitivní emoce s extravertí. Výzkumy dokázaly, že lidé, kteří jsou emočně stabilnější, jsou více spokojeni než neurotici nebo introverti.

Mezi aspekty sebehodnocení patří jejich pozitivita a negativita. Dříve byla věnována nadměrná pozornost nízkému sebehodnocení, ale dnes se zabýváme i vysokým sebehodnocením, které také může mít svůj negativní vliv. Lidé s vysokým sebehodnocením přeceňují svoje schopnosti, což vede k selhání. Mezi další aspekty patří stabilita sebehodnocení (Blatný, 2010).

Stabilitou sebehodnocení se zabýval Bleidorn. Ten prováděl výzkum, který zkoumal dopad narození prvního dítěte na sebehodnocení rodičů. Zjistil, že hlavní životní události mohou vyvolat změny v sebehodnocení, jelikož jsou to vývojové body zlomu, které mohou

změnit životní trajektorii jedince. Přechod k rodičovství je nenávratný děj, vyžaduje spoustu změn a ústupků. Tento výzkum byl prováděn v pěti vlnách v Nizozemsku se 199 manželskými páry s dětmi. V každé vlně bylo sebehodnocení měřeno Rosenbergovou škálou.

Zjistilo se, že nejlepší sebehodnocení má matka před porodem, ale po porodu začne prudce klesat. Matky rok po porodu vykazovali prudké změny v sebehodnocení než otcové. Otec se cítí nejlépe spokojen před porodem, ale poté jeho sebehodnocení také začíná pomalu klesat. Celkově na narození prvního dítěte mělo negativní vliv na matky. Je možné, že matky jsou více ovlivněny počátečním stresem z nové role. Úspěšná adaptace na mateřskou roli může trvat déle než 2 roky. Tyto nálezy dokazují, že sebevědomí je ovlivnitelné a to především v době stresujících událostí (Bleidorn, 2016).

Chung et al. (2014) se zabýval kontinuitou sebehodnocení během rané dospělosti. Zaměřil se na sebevědomí studentů na vysokých školách po dobu čtyř let. Zjistil, že na začátku semestru jejich hladina sebevědomí klesla, ale postupem času se začala opět zvyšovat. To značí, že lidé jsou nepříznivě ovlivněni během přechodu do nové role, ale postupně se přizpůsobí a jejich sebevědomí se zvýší.

1.2.2 Globální sebehodnocení

Rosenberg definoval sebehodnocení jako: „*the feeling that one is „good enough“*“. To můžeme přeložit jako: „pocit jedince, že je dostatečně dobrý“ (Rosenberg, 1965, s. 31).

Globální sebehodnocení je chápáno jako jednodimenzionální konstrukt, který vyjadřuje hodnotu vlastního já (Blatný, 2010). Další autor ji definuje jako pocit náklonnosti k sobě samému. Bylo dokázáno, že globální sebehodnocení je stabilní v průběhu celého života (Brown & Marshall, 2006). Vysoké globální sebehodnocení souvisí s životní spokojeností a pohodou a negativně se vztahuje k úzkosti a depresi (Danielsson & Bengtsson, 2016).

Ovšem uvažuje se, že globální sebehodnocení obsahuje dvě komponenty a to sebepřijetí čili citový vztah druhých k naší osobnosti a kompetentnost tedy schopnost dosahovat zadaných výsledků. Mezi těmito komponentami je velmi úzký vztah a vysoká korelace, ale vyjadřují jiné dimenze sebehodnocení (Blatný, 2010).

Sebehodnocení je měřeno Rosenbergovou škálou sebehodnocení, která patří k nejpoužívanějším metodám. Obsahuje deset položek, které zachycují jak pozitivní tak i negativní aspekty. Respondenti vyjadřují míru souhlasu a nesouhlasu na čtyřbodové škále

Likertova typu. Celková úroveň sebehodnocení je vyjádřena součtovým skóre. Celkové skóre se pohybuje od 10 do 40 bodů (Rosenberg, 1965).

1.2.3 Tělesné sebepojetí

„Tělesné sebepojetí chápeme jako vytváření vlastního obrazu o svém těle a postoje k němu. Zahrnuje v sobě postoj i vlastní uvědomění si těla a jeho hodnocení. Toto tělesné sebepojetí je součástí celkového sebepojetí“ (Fialová, 2006, 51). Do tělesného sebepojetí řadíme tři základní složky, jako je tělesný vzhled, zdraví a výkonnost. Význam těchto tří základních komponent se v průběhu života mění a je rozdílný i mezi pohlavím.

Vzhled nejvíce ovlivňuje naše tělesné sebepojetí. Obecně lze říci, že ženy se zabývají svým vzhledem více než muži, hodnotí se daleko kritičtěji, což často souvisí s ideálem krásy prezentovaným medií. Tato nespokojenost s vlastním tělem se promítá do životního stylu, který ovlivňuje motivaci ke sportu a dodržování dietních opatření. Při hodnocení krásy se posuzuje nejen obličej, postava, ale i ladnost pohybů, způsob vyjadřování, vzdělanost a celková osobnost ženy (Fialová, 2001). Vnější vzhled poskytuje řadu informací o člověku, například věk, pohlaví, status, společenskou roli, zaměstnání, ale i osobnostní charakteristiky (Fialová, 2006).

Zdraví je spojováno s duševní a tělesnou pohodou, zahrnuje nepřítomnost nepříjemných symptomů. Fyzické zdraví souvisí s psychickým zdravím, pokud se cítíme špatně po psychické stránce, může to zapříčinit tělesné onemocnění.

Zdatnost je schopnost těla fungovat s optimální účinností. Nejlepším způsobem, jak si zlepšit všechny tři složky je cvičení, kdy zpevníme svaly a dostaneme se do psychické pohody. Dobrá fyzická kondice vede k vyšší atraktivitě a my se cítíme kompetentně a spokojeně (Fialová, 2001).

1.2.4 Sebevědomí aneb jak si cítit lépe

Těhotenství je náročné pro mnoho žen, jelikož měly dosud kontrolu nad svým vzhledem a hmotností, kterou teď nyní nedokážou ovlivnit. Cvičení je osvědčený způsob, jak se ženy mohou cítit lépe, zdravě a fit (Nutall, 2014).

Mnoho studií potvrzuje, že fyzická aktivita je důležitou součástí podpory zdraví a slouží jako prevence různých onemocnění. Díky cvičení během těhotenství má žena lepší zdatnost, více energie, síly, mimo jiné ale i vyšší úroveň životní spokojenosti a vyšší self image (Kardel, 2014). Výzkumníci zjistili, že ženy, které cvičí během prvního trimestru, zpravidla cvičí po celou dobu těhotenství a jsou méně náchylné na zásahy během porodu,

jako je císařský řez a porod je pro ně méně bolestivý. Výzkum prokazuje, že ženy, které pravidelně po celou dobu těhotenství cvičí zhruba 20 až 60 minut třikrát týdně, zažívají méně bolestí, zlepšuje jim spánek, jsou duševně vyrovnané a mají zdravé sebevědomí (Nuttal, 2014).

Další studie porovnávala ženy, které cvičily pravidelně až do 37. týdne těhotenství s ženami, které necvičily vůbec. Vědci zjistili, že tempo přibírání bylo stejné do prvního trimestru pro obě skupiny. Ve druhém a třetím trimestru ženy, které pravidelně cvičily, měly o 3 kg méně, než druhá skupina (Kardel, 2014).

Těhotenství je jednou z nejčastějších příčin, proč ženy přestávají s cvičením. Všechny zdravé těhotné ženy mohou zůstat fyzicky aktivní na střední úrovni intenzity po dobu 30 minut denně. Mezi vhodné pohybové aktivity během těhotenství patří chůze, procházky, plavání, turistika, tanec, jóga, pilates. Fyzická aktivita by měla být prováděna maximálně opatrně. Žena by se měla poradit s lékařkou, porodní asistentkou nebo fyzioterapeutkou (Kader & Nam-Shuchana, 2014).

Další metodou, jak se cítit lépe jsou afirmace. Afirmace jsou výroky, které podporují naši vlastní hodnotu. Afirmací se může ovlivnit podvědomí, které nám může pomoci na cestě ke zdravému sebevědomí. Bylo prokázáno, že po dobu 30 dní se afirmace stane přirozenou součástí člověka. Afirmace se utváří v kladném přítomném čase, osoby jednotného čísla. Naše afirmace by měla být co nejpřesnější, abychom věděli, čeho chceme dosáhnout (Michalíčková, 2010). Z afirmace musíme mít dobrý pocit, nesmí to být unavující a vyčerpávající rutina. Naopak musíme se cítit příjemně, nejúčinnější je používat afirmace před spánkem po dobu 2-6 minut. Zde jsou příklady jednotlivých afirmací: jsem jedinečný, moje vnitřní síla a důvěra rostou každým dnem, jsem vděčný a šťastný, úspěch a štěstí jsou součástí mého života (Franckh, 2016).

Další metodou, jak si zvýšit sebevědomí je přiznat si v čem jsme dobří. Když ženu trápí nedostatek sebedůvěry a sebevědomí, častěji se věnuje svým nedostatkům než svým přednostem. Pokud si myslíte, že žádné silné stránky nemáte, jste na omylu! O našich kamarádkách, známých umíme říct velmi pěkné věci, to stejné oni o nás. Proto si napište seznam věcí, ve kterých jste dobří (Franckh, 2016).

Nejrychlejší způsob, jak si zvýšit sebevědomí je jóga smíchu. Má sílu vytvářet pozitivní emoce a pozitivní náladu. Uvolňují se při ní endorfiny, které vyvolávají pocity potěšení, a člověk dosahuje lepších výsledků. Jóga smíchu je skvělý způsob, jak vytvářet pohodu, upevnit zdraví a odbourat stres (Laughteryoga.org). Obecně je důležité se smát, jelikož smích zlepšuje náladu, uvolňuje celé tělo, spaluje kalorie, podporuje zdraví a

navozuje příjemný pocit štěstí. Abychom podpořili náš smích, můžeme si pustit zábavný film, číst vtipy, hrát si s domácím zvířátkem nebo si zahrát oblíbenou hru s přáteli (Solomos, 2017).

2. Těhotenství

V této kapitole se budeme zabývat těhotenstvím, popíšeme si fyzické a psychické změny, které mohou nastat během jednotlivých trimestrů a mohou ženu výrazně ovlivnit. Budeme se věnovat prožívání těhotenství z pohledu partnera, zaměříme na studie, které mohou být přínosné pro ženy trpící častými nevolnostmi, a budeme se věnovat výzkumy zaměřené na body image.

2.1 Vymezení těhotenství

„Těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy, tj. období výrazných změn, kdy se osoba nachází mezi tím, čím byla, a tím, čím se má stát.“ (Slezáková, 2011, 137).

„Těhotenství je chápáno jako výrazná fyziologická změna, která s sebou nese i výrazné změny a nestabilitu v psychickém stavu, změny postoje za odpovědnost k plodu a to často způsobuje, že těhotenství je prožíváno jako zátěžová situace“ (Roztočil, 2008, 360).

Těhotenství a porod jsou v životě ženy zásadním změnou a to jak psychickou, emocionální, fyziologickou tak i sociální. Žena mění dosavadní způsoby chování, přivyká si nové životní roli, ztotožňuje se s rolí matky. V tomto období plném změn a očekávání potřebuje žena podporu od svého partnera, rodiny a přátel (Ratislavová, 2008).

Těhotenství tedy začíná oplodněním a splynutím vajíčka se spermií. Trvá přibližně 40. týdnů a je rozděleno na trimestry. První trimestr končí v 12. týdnu, druhý trimestr končí do 28. týdne a poslední trimestr trvá do konce porodu. Během jednotlivých trimestrů se tělo ženy začne přizpůsobovat a připravovat na porod (Feyereisl & Křepelka, 2015).

Je zřejmé, že každé těhotenství je zcela jiné a rodička může pociťovat nepříjemné změny, ale pro zdárný průběh je důležitá tělesná i duševní pohoda. Prvních několik týdnů bývá pro rodičku obtížných, jelikož si musí zvyknout na novou situaci, další měsíce bývají pro rodičku tím nejkrásnějším obdobím života. V tomto období poznává a více vnímá sama sebe. Důležitou úlohu pro co nejpříjemnější těhotenství hraje i partner, ten by měl aktivně prožívat těhotenství s partnerkou (Gregora & Velemínský, 2013).

2.2 Fyziologické změny v těhotenství

Žena, která je v očekávání může na sobě pozorovat zvyšující se tělesnou hmotnost, pigmentaci, strie, napjatá prsa. Tyto změny nese většina žen negativně. Ovšem ty ženy, které pocítovaly jistou nespokojenost již před otěhotněním, tyto příznaky snáší o něco hůře a jsou více zranitelné. Také na konci těhotenství se objevují obavy, pochybnosti o vlastní atraktivitě a ztráty kontroly nad vlastní hmotností (Ratislavová, 2008).

2.21 Reprodukční systém

Děloha v těhotenství podstupuje řadu změn. Na začátku těhotenství připomíná malý hruškovitý útvar, který má objem přibližně 10g a váží kolem 60g, ovšem během těhotenství několikanásobně zvětší původní velikost. Při porodu musí děloha pojmout plod, placentu i amniovou tekutinu (Leifer, 2004).

Děložní hrdlo, které je překrvené a uložené vzadu u kosti křížové, obsahuje vazký hlen, který brání infekci, aby pronikla do děložní dutiny. Prvorodičky mají jiný tvar než víceroďičky.

Vejcovody a vaječníky – jeden z vaječníků obsahuje žluté tělísko, které produkuje hormony, jako jsou estrogen a progesteron. Postupně toto tělísko zaniká a úlohu převezme placenta (Feyereisl & Křepelka, 2015).

Rodidla – pochva je značně prokrvená a produkuje bílý sekret, kterému říkáme Chadwickovo znamení. Prostředí pochvy je kyselejší z důvodu chránění plodu před mikroorganismy.

Prsy během těhotenství prochází řadou změn zejména mléčná žláza, která se připravuje na kojení. Také dvorce prsních bradavek jsou více pigmentované a obsahují Montgomeryho uzlíky, které zvlhčují bradavky. Mateřské mléko ke konci těhotenství produkuje žlutou tekutinu kolostrum, která obsahuje vysoký podíl bílkovin, minerálů, protilátky proti nemocem a minimální podíl tuku a cukru (Leifer, 2004).

2.22 Respirační a kardiovaskulární systém

V průběhu těhotenství musí žena vdechnout více kyslíku a vydechnout více oxidu uhličitého, dýchá tedy hlouběji a vše je ovlivněno hormony, jako je progesteron. Po osmém týdnu těhotenství se zvyšuje dechový objem o celkových 30 až 50 %. Spotřeba kyslíku stoupá o celkových 20 až 40 % na rozdíl od netěhotných žen. Rodičku také může trápit dušnost, která je typická pro třetí trimestr těhotenství (Moya et al. 2014).

Další výraznou změnou, která žena prožívá je v oblasti kardiovaskulární. Srdce začíná prodělávat řadu změn. Pracuje až o 15 tepů za sekundu rychleji, objem krve se zvýší ke konci těhotenství až o 45 %. Počet bílých krvinek stoupne o 10 000 na mm³. Srdce se posouvá směrem výše, jelikož rostoucí děloha potřebuje dostatek místa. U rodiček se může vyskytnout hypotenze, která způsobuje mdlobu či závratě. Tento stav může nastat, pokud děloha tlačí na dolní dutou žílu, kterou prochází krev do srdce. Tuto tenzi můžeme odstranit tím, že se stočíme na bok (Leifer, 2004).

2.23 Gastrointestinální a močový systém

S vyvíjejícím plodem rodička pociťuje větší hlad i žízeň. Žaludek a střeva postupně zpomalují svoji aktivitu a pracují pomaleji. To se může projevit tak, že se ženy cítí nafouklé, pálí je žába, trápí je hemeroidy či zácpa. Může se také objevit zvýšená salivace, která má dopad na vnímání chuti a čichu. Tyto těžkosti mohou být způsobeny tlakem dělohy na žaludek a střeva (Leifer, 2004).

Chuť k jídlu se během těhotenství neustále zvyšuje a podporuje zdravý růst plodu. Hormon prolaktin, který je zodpovědný za tvorbu mléka, může podporovat tuto chuť k jídlu a příjem potravy. Crozier ve Velké Británii provedl studie k posouzení spotřeby 48 potravin nebo skupin potravin u netěhotných žen, kterých bylo celkem 12 572, dále u časné těhotných žen s počtem 2270, a u žen před porodem s celkovým počtem 2649. Pomocí dotazníku frekvence potravin zjistil, že příjem některých potravin na začátku a na konci těhotenství výrazně vzrostly, zatímco spotřeba jiných potravin klesla. Ovšem rozdíly v příjmu potravy a preference se mohou v každém trimestru lišit mezi těhotnými i netěhotnými ženami (Moya, et al. 2014).

Rodičku také zasáhnou změny v oblasti močového ústrojí. Ledviny v období těhotenství zažívají značnou zátěž, jelikož dochází ke zvýšenému průtoku krve. Hormony kůry nadledvin jako je aldosteron a kortizol podporují produkci moči. Dochází také, ale ke zpětnému vstřebávání sodíku a vody, což zapříčiní zvětšení objemu vody v organismu rodičky. Problémem se kterými se rodičky setkávají, je časté nucení na močení. To je způsobeno dělohou, která tlačí na močový měchýř (Feyereisl & Křepelka, 2015).

2.24 Kožní systém

Kožní změny jsou typické ve druhém a třetím trimestru, jedná se například o zvýšenou pigmentaci, která je daná hormonálně, projevuje se až u 90 % žen. Dochází ke

zvýšené pigmentaci na prsou, krku, zevním genitálu, ale i na břišku, kde vzniká tmavá čára takzvaná linea nigra, která po porodu postupně odezní, stejně jako hyperpigmentace.

Těhotenské pajizévky – objevují se v oblasti břicha, stehů i poprsí u 90 % žen v těhotenství. Vznikají následkem rychlého růstu objemu tkání, tato změna kůže je nezvratná. Strie po čase vyblednou, ale nezmizí. Příznivé účinky na pajizévky jsou obsáhnuty v rostlině, která se nazývá pupečník asijský, ale schází studie, které by to prokázaly (Feyereisl & Křepelka, 2015). *„Zaručená prevence tvorby strií neexistuje. Nejlepším opatřením je vyvarovat se nadměrného váhového přírůstku a pravidelně cvičit, což udržuje svalový tonus, který zmírňuje tlak dělohy na kůži“* (Deansová, 2004, 66).

Pavoučkové névy – jsou drobné červené skvrnky, které se objevují až u 70 % těhotných žen mezi druhým a pátým měsícem gravidity. Vznikají díky zvýšené produkci estrogenu. Většinou zmizí po porodu do třech měsíců nebo je možné tyto skvrny odstranit laserově (Feyereisl & Křepelka, 2015).

Růst vlasů – za běžných podmínek je 80 % vlasů v anagenní čili růstové fázi. Poté je klidová čili telogenní fáze. V těhotenství dochází ke snižování přechodu z růstové fáze do klidové, což znamená, že většina vlasů je v růstové fázi. Během těhotenství má žena bohatší a hustší vlasy, než před otěhotněním. Poté obvykle jeden až pátý měsíc po porodu dochází k telogenní efluviu, kdy ženě začínají padat vlasy a může trvat jeden a i dva roky, než vlasy opět narostou.

Růst nehtů – již od šestého týdne může žena začít pociťovat změny na nehtovém lůžku. Může docházet k příčnému rýhování, nehty jsou křehké, měkké a snadno se lámou. Tyto změny nevyžadují žádnou léčbu, pouze vyžadují zastříhávání nehtů a omezení kosmetiku.

Hirzutismus – ženě začíná růst ochlupení na typicky mužských částech těla jako je například obličej, hrudník, spodní část břicha, nohy, paže. Viditelné bývá u žen s tmavými vlasy. Tento stav je způsoben zvýšenou produkcí androgenů. Ochlupení většinou zmizí po porodu (Tyler, 2015).

Křečové žíly – tvorba křečových žil je často spojována s vysokou hladinou progesteronu, dále může docházet ke stlačení cév a tím je zhoršen průtok krve. Pro léčbu křečových žil se používají kompresní zdravotnické punčochy (Catchpole, 2013).

2.25 Pohybový systém a vývoj tělesné hmotnosti

Celkem 56 % žen trpí během těhotenství bolestí zad. Je to způsobeno tím, že rodička zvýší svoji tělesnou hmotnost až o 20 % během pouhých sedmi měsíců, protože začíná

přibírat na váze až po 12. týdnu těhotenství, což je pro tělo nesmírná zátěž, se kterou se neumí vypořádat. Dalším vysvětlením, proč rodičky trpí bolestmi zad je, že jejich organismus shromažďuje tekutiny v tkáních. Nejlepší způsob, jak se zbavit bolesti je fyzikální terapie, při které se používá dohromady masáž a teplo. Další způsob, jak eliminovat bolest je cvičení ve vodě. Bolesti zad stejně jako jiné nepříjemné obtíže odezní po porodu.

Další změnu, kterou může žena zaznamenat v druhém trimestru těhotenství je bolest třísel. Tyto obtíže jsou nepříjemné a rodička může být hospitalizována s tím, že začínají stahy děložního svalstva, které mohou vyvolat předčasný porod. Jedná se však o zvětšující se dělohu, která napíná vazy a působí bolest (Feyereisl & Křepelka, 2015).

Postoj a chůze: *„je změněn kvůli zvýšené tělesné hmotnosti a změně těžiště těhotné ženy. Dochází ke zvětšení bederní lordózy, uvolnění pletence pánevního, důsledkem mohou být bolesti zad“* (Slezáková, 2011, 136).

Žena prochází řadou změn a k té patří i přibírání na váze. Časové naplánování je důležité, abychom se mohli vyhnout zdravotním komplikacím. Jelikož v prvním trimestru žena trpí na nevolnosti a pocity mdloby, měla by přibrat ze začátku 1,6 kg. Poté každý týden po 0,44 kg (Leifer, 2004). Celý váhový přírůstek totiž činí několik faktorů jako je plod 39 %, krev 22 %, plodová voda 11 %, děloha 11 %, placenta 9 % a prsa 8 % (Feyereisl & Křepelka, 2015). Ideální přírůstek hmotnosti v době těhotenství podle doporučení Evropského společenství je pro:

- *ženy před těhotenstvím s BMI 18,5-19,9kg/m² má činit 12,5-18,0 kg.*
- *ženy před těhotenstvím s BMI 20,0-25,9kg/m² má činit 11,4-16,0 kg.*
- *ženy před těhotenstvím s BMI vyšším než 25,9kg/m² má činit 7,0-11,5 kg.* (Hronek, 2004, 47)

Průměrný pravidelný hmotnostní přírůstek během druhého a třetího trimestru by měl představovat:

- *u ženy s optimální hmotností 0,4kg za týden*
- *u ženy s nižší hmotností 0,5kg za týden*
- *u ženy s nadváhou hmotností 0,3kg za týden* (Brázdová, 2004,10)

2.26 Hormonální systém

V průběhu těhotenství produkuje organismus ženy významné ženské hormony. Nejdříve po oplodnění vajíčka se začne tvořit hormon choriový gonadotropin, který

způsobuje aktivaci tvorby progesteronu a estrogenů ve vaječniku i v placentě (Feyereisl & Křepelka, 2015).

Estrogen způsobuje změkčení určitých tkání, připravuje porodní cesty na porod dítěte, ovšem je také příčinou křečových žil a častých bolestí zad. Dalším významným hormonem, který organismus produkuje ve zvýšeném množství je progesteron. Ten pomáhá uvolnit svaly, brání předčasnému porodu, snižuje krevní tlak, což může způsobovat u žen časté mdloby, také ovlivňuje dýchání, teplotu a nálady (Ratislavová, 2008).

Díky jejich aktivaci se zastaví menstruace, což zapříčiní hypofýza, která řídí tyto hormony. Hypofýza dále produkuje ve zvýšené míře adrenokortikotropin, který působí zejména na kortizol a aldosteron. Adenohypofýza produkuje ve větší míře melanotropin, který aktivuje rozdělení melaninu v kožních buňkách (Feyereisl & Křepelka, 2015).

V těhotenství stoupá hormon prolaktin a to až na desetinásobek na rozdíl od žen, které nejsou gravidní. Také stoupá hladinu hormonu oxytocinu a to zejména při porodu, stejně tak stoupá i počet myometrálních oxytocinových receptorů, kdy v 16. týdnu se počet zvětší 16x a při porodu se jejich počet zvedne až 200x (Weiss, 2010).

2.3 Studie a těhotenské nevolnosti

Nevolnost a zvracení – tyto nepříjemné obtíže se v těhotenství vyskytují až u 75 % žen. Příčina může spočívat hlavně v nízké hladině glukózy a také hormonálních změn. Celkem 80 % žen uvádí, že jejich nevolnosti trvají celý den, pouze 1,8 % žen má tyto obtíže ráno. Pomocí může především změna ve stravování, dostatečná psychická podpora a vitamíny jako například B6 (Herrel, 2014).

Sahakin a kol. prováděli v roce 1991 studii, zda vitamín B6 pomáhá zmírnit nevolnosti. V dvojité slepé studii, kdy bylo 59 žen rozděleno na experimentální a kontrolní skupinu. První skupině 31 žen byl podáván vitamín B6 a druhé skupině placebo a to každých osm hodin po dobu třech dní v dávce 25mg. Poté ženy skórovaly své nevolnosti podle stupnice od 1 až po 10. Ukázalo se, že vitamín B6 má velmi příznivé účinky na snížení silné těhotenské nevolnosti, jelikož pouze 8 žen z 31, které užívaly B6, měly pocit na zvracení ve srovnání s placebem, kde 15 žen z 28 stále pociťovalo nevolnost.

Vutyavanich a kol. chtěli zjistit, zda kořen zázvoru je účinný ke zmírnění těhotenské nevolnosti jako je zvracení. Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 70 žen, které byly gravidní do 17. týdne těhotenství, měly potíže s nevolnostmi a pocity na zvracení. Jednalo se o dvojité zaslepenou studii. Ženy byly rozděleny do dvou skupin, kde jedna užívala 1g

zázvoru a druhá skupina 1g placebo po dobu 4 dnů. Ženy zaznamenávaly pomocí škály stupně nevolnosti a počet epizod zvracení před léčbou i po ní. Výsledky ukázaly, že ženy, co užívaly zázvor, pocítují zlepšení až v 87,5 % případů, na rozdíl od druhé skupiny, která pocítuje zlepšení pouze v 28 % případů. Tato studie dokázala, že zázvor může skutečně pomoci ženám, které trpí na nevolnosti.

Američtí vědci prováděli studii University of California, která se snažila srovnat psychomotorický vývoj dětí u matek se závažnými nevolnostmi a u matek bez nevolností. Tato studie zkoumala 312 dětí a 203 matek, které trpěly silnými ranními nevolnostmi a také 169 dětí a 89 matek, které prožívaly těhotenství zcela bez nevolností. Výsledek studie University of California uvádí, že děti matek, které trpí v těhotenství nadměrnými nevolnostmi a zvracením, mohou mít až 3 krát větší pravděpodobnost výskytu vývojových deficitů, poruch vývoje řeči či pozornosti, než děti z druhé skupiny. Vývoj psychomotorických poruch u dětí matek, které měly silné nevolnosti, nijak nesouvisí s podávanými léky na utišení bolesti. Je zde větší pravděpodobnost, že tyto poruchy mohou vzniknout nedostatkem živin na začátku těhotenství (Irwin, 2015).

Nedostatečný spánek – nedostatkem spánku trpí až 88 % žen v těhotenství. V prvním trimestru se žena vypořádává s nevolností a častým zvracením. V druhém trimestru ženu obtěžuje časté močení a v posledním trimestru, kdy je břicho veliké, žena má potíže z nekomfortu, cítí bolesti zad a pohyby plodu. Na konci těhotenství také trápí ženy nespavost, protože mají hroživé sny o jejich častých obavách (Hájek, 2014).

Průzkum prováděn National Sleep Foundation zjistil, že více než 79 % žen v těhotenství zaznamenalo potíže se spánkem a to v jeho omezené délce trvání a špatné kvalitě. To, zda se žena dobře vyspí či nikoliv, ovlivňuje její průběh těhotenství. Pokud žena trpí poruchou spánku, působí to nejen na ni samotnou, ale především na zdravý vývoj dítěte a může docházet i k předčasnému porodu (Palagini, et al. 2014).

Aby žena měla klidně spání, doporučuje se pít dostatek tekutin během dne a k večeru před spaním tekutiny omezit, aby došlo k zamezení chození na záchod. Je vhodné mít pravidelné večerní rituály jako je čaj, relaxační koupel před spaním nebo čtení oblíbené knihy. Ve třetím trimestru je důležité si najít správnou polohu pro spánek, nejpříjemnější je na boku (modrykonik.cz). Doporučuje se věnovat fyzickým aktivitám spíše ráno, které jsou pro zdravý spánek zásadní. Mít dostatek vápníku a hořčíku, aby v noci nevznikaly křeče. Důležitá je životospráva a v případě nespavosti požádat o pomoc svého lékaře (tehotenstvi.cz).

2.4 Psychické změny v těhotenství podle trimestrů

Ženy často uvádějí, že během těhotenství jsou jejich emoce nahoře a dole. Tato situace je velmi běžná, jelikož celá řada emočních změn souvisí s hormony. Dobrá péče jako je dostatek spánku a odpočinku může mít na emoce velmi příznivý vliv. Žena během těhotenství může zažít několik typů emocí a to přes radost, lásku, překvapení, hněv, ale i strach především z porodu. Strach z porodu je uznávána jako psychická porucha s názvem tokofobie. Žena může také prožít smutek zejména při úmrtí dítěte, který může vzejít až do deprese (nct.org.uk).

I. trimestr

Pro toto období je charakteristické, že se žena uzavírá do sebe, pozoruje své tělo a adaptuje se na své těhotenství. Ženu provází rychlé střídání emocí, v jedné chvíli je šťastná a v druhé chvíli pláče. Celkově je rozladěná a nesvá. Navíc se mohou vyskytnout během těhotenství nevyřešené nebo skryté konflikty mezi partnery, které je potřeba vyřešit za pomoci porodní asistentky nebo psychologa (Bašková, 2015).

V prvním trimestru je zvýšené riziko potratu, proto se ženy vyhýbají pohlavnímu styku, aby plodu neublížily (Region of Waterloo, 2016). Žena v tomto období přemýšlí, jak tuto informaci sdělí partnerovi, rodičům a známým, pro některé to může být radostná zpráva, ale pro někoho problém. Důležitá je reakce partnera a jeho podpora, která je pro ženu velmi významná (Ratislavová, 2008).

II. trimestr

Žena v tomto období začíná poprvé vnímat pohyby plodu, přibírá na váze a plně si uvědomuje existenci plodu. Nyní se hrdě hlásí ke komunitě matek a začíná sbírat důležité poznatky o miminku. Tato fáze přináší ženám především pozitivní zážitky, mohou vidět své miminko, cítit ho a povídat si s ním. V této fázi je žena velmi aktivní, vyhledává různé aktivity, předporodní kurzy, plánuje budoucnost (Ratislavová, 2008). Zde mají ženy větší chuť na sex, jelikož se zvyšuje průtok krve do dělohy a mohou prožít intenzivnější orgasmus (Region of Waterloo, 2016).

III. trimestr

Toto období je pro ženu velmi náročné, jelikož se objevuje strach a úzkost z předčasného porodu. Žena je zranitelná, těhotenství je již pro ni zatěžující a nepohodlné.

Úkolem ve třetím trimestru je příprava na porod a očekávání nového člena rodiny (Bašková, 2015). Žena je více unavená, hůře spí, jelikož nemůže najít vhodnou polohu, která by byla pohodlná, připadá si nepřítažlivá a nemotorná (Ratislavová, 2008).

Zde je zcela přirozené, že se objevuje strach o dítě, strach ze zodpovědnosti, z nových povinností a porodu. Tyto změny se týkají nejen ženy, ale i jejího partnera a členů v rodině. V některých případech dochází u otců k syndromu „couvade“, to znamená, že se u nich vyskytují symptomy těhotných žen. Nejčastějšími příznaky je bolest zubů, náhlý přírůstek váhy, nechut' k jídlu. Tyto symptomy se nejčastěji vyskytují mezi 3-4 měsícem těhotenstvím. Jedná se o somatické vyjádření úzkosti. Děti se musí vyrovnat s tím, že budou mít sourozence a že už nebudou sami (Roztočil, 2008).

2.5 Partner a těhotenství

Během těhotenství řada partnerství prochází spoustou změn. Žena od muže očekává pomoc, ocenění, pozornost a zájem. Na muže v tomto období je kladen velký tlak, musí poskytovat oporu, bezpečí a jistotu své partnerce, zároveň by měl být něžný, pozorný a citlivý. Z průzkumu v USA má 70 % mužů pochybnosti o tom, zda jsou skutečnými otci. Ze začátku muži procházejí stádiem šoku a popření, mají strach ze závazku a pocitu odpovědnosti. U nastávajících otců dochází ke změnám hladiny testosteronu, kdy od druhého trimestru těhotenství až do třetího měsíce narození dítěte jeho hladina klesá. S porovnání bezdětných mužů mají tedy o 30 % nižší hladinu testosteronu. U 70 % budoucích otců je měřitelná i hladina estradiolu, který je běžně neměřitelný (Ratislavová, 2008).

Muži prochází emocionálními, behaviorálními, a psychologickými změny během těhotenství své partnerky a proto si uvedeme metaanalýzu, která se zabývá prvotním otcovstvím a také, jak muži prožívají těhotenství své partnerky. Tento výzkum seskupil z celkových 608 studijních titulů, 13 relevantních studií, které splňovaly určité podmínky a kritéria. V těchto 13 studiích bylo reprezentováno 281 mužů z různých kulturních prostředí a nejužívanější metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor.

Kowlessar, et al. (2015) zjistili, že 12 studií ze 13 hovoří o tom, že muži zažívají smíšené pocity, když se dozví, že se stanou otci. Je to široké spektrum emocí od radosti až po zklamání. Dále napříč všemi 13 studiemi budoucí otcové mají strach o partnerku a dítě. Muži se také obávají bezmoci, když budou přítomni u porodu a nemohou pomoci své partnerce pomoci od bolesti. V 9 studií ze 13 se muži cítili vzdáleni od těhotenství své

partnerky, nepřipadli si jeho součástí a cítili se nedostatečně využiti a jejich potřeby byly zanedbané.

V osmi studiích, když muži spatřili na ultrazvuku obraz svého dítěte, cítili pocit štěstí a lásky, byl to pro ně mocný, okouzlující zážitek. Nastávající otcové chtějí být u ultrazvuku a přejí si být více zapojeni do těhotenství partnerky. Když partner cítí kopy svého dítěte, přijímá silný pocit odpovědnosti a otcovství.

Ve třetím trimestru těhotenství se muži nejlépe cítí být připraveni na otcovství. Nastávající otcové začínají přehodnocovat, co je v životě důležité, upravují životní styl, přestanou kouřit, pít alkohol a chtějí se stát dobrým mužským vzorem. Je uznáváno, že pokud žena není dostatečně podporována emočně a prakticky během těhotenství, je zvýšené riziko ke vzniku komplikací během těhotenství a po porodu (Kowlessar & Fox & Wittkowski, 2015).

2.6 Výzkumy body image a těhotenství

Sebevědomí obecně nejvíce koreluje se spokojeností s tělem. Lidé, kteří mají vysoké sebevědomí, jsou spokojeni i s vlastním tělem (Grogan, 2000). Proto se v této části zaměříme na to, jak ženy vnímají své tělo a jak se adaptují na těhotenství.

Existuje studie, která porovnává body image a sebehodnocení mezi ženami napříč různými trimestry s ženami, které nejsou těhotné. V této studii, které se zúčastnilo 180 žen, se zaměřili na porovnání body image, BMI a sebehodnocení. Jedinci s vysokým sebevědomím jsou více kreativní, úspěšnější a asertivní. Během těhotenství tato stránka může klesat a ženy negativně poznamenat.

U žen se body image, tedy vnitřní pohled na vnější vzhled jedince mění v různých fázích života jako je puberta, těhotenství či menopauza. Změny mohou ženu negativně ovlivnit ve vnímání vlastní atraktivity. V této studii se zjistilo, že body image pokleslo v druhém trimestru, ale nejnižší úroveň byla zjištěna ve třetím trimestru. Ženy se popisovaly ve třetím trimestru jako méně atraktivní než před otěhotněním. Dále se výzkum zabýval sebehodnocením. Nízké sebehodnocení měly ženy především na počátku prvního trimestru, ale v dalších trimestrech byly na tom podobně jako s kontrolní skupinou, tedy s netěhotnými ženami. Změny v sebehodnocení v těhotenství mohou být ovlivněny řadou faktorů jako je například úroveň vzdělání, věk matky, zkušenost s předchozím porodem a mnoho dalších (Inanir, 2015).

Kamysheva et al. (2008) uvádí, že těhotné ženy mají nízké sebevědomí, jelikož vnímají své tělo jako obézní a cítí se během těhotenství méně atraktivní. Pociťují menší zdatnost a sílu.

Existuje další studii, která zkoumala, jakým způsobem se těhotné ženy adaptují na těhotenství. Během těhotenství prožívá mnoho žen velké změny v relativně krátkém časovém úseku. Během čtyřiceti týdnů těhotenství získá přibližně 13 kilo. Cílem této studie bylo přezkoumat, jak se ženy přizpůsobí tělesným změnám a zda to na ně má určitý vliv. Studie se účastnilo celkem 158 žen s průměrným věkem 31,7 let. Výsledkem této práce bylo prokázáno, že většina žen se přizpůsobila jak rychlým změnám, tak i tělesné hmotnosti. Ženy uvádějí, že hmotnost pro ně nebyla důležitá v druhém a třetím trimestru, ale naopak v prvním. Těhotenství představuje zvláštní čas ženy, kde je povolené mít větší hmotnost, neboť je to známka zdravého těhotenství. Ženy uvádí, že se cítí méně fit během třetího trimestru než na začátku těhotenství (Duncombe, 2008). Což dokazuje i Skouteris et al. (2005), kdy těhotenské příznaky jako je zvracení, nevolnost, bolesti hlavy, únava může ovlivnit vnímání sil a kondice. Také se zkoumalo, jak tyto příznaky mají vliv na vnímání vzhledu. V této studii nebyly zaznamenány žádné rozdíly v pohledu na vlastní atraktivitu během celého těhotenství. Je však možné, že ženy neprodělaly výrazné těhotenské změny, jako jsou strie a mnoho dalších. Ovšem Skouteris et al. (2005) zjistil, že jsou obecně ženy méně spokojeny ke konci těhotenství. A ty ženy, které byly se sebou nespokojeny již před těhotenstvím, tak jim tento stav přetrvává napříč celým těhotenstvím.

Dále Richardson (1989) zjistil, že ženy v posledním trimestru těhotenství vnímají své tělesné změny jako dočasné a potřebné pro zdravý rozvoj dítěte.

Watson et al. (2016) prováděl kvalitativní výzkum s těhotnými ženami a zjistil, že 11 žen z 19 jsou spokojeny se svým bříškem, protože to znamená, že miminko roste a je všechno v pořádku, dalších pět žen si připadlo na začátku těhotenství tlusté, nespokojené a netěhotné, nyní, když mají větší břicho, cítí se mnohem spokojenější.

Davies a Wardle (1994) zjistili, že těhotné ženy jsou více spokojeny se svým tělem, než ženy, které nejsou těhotné.

VÝZKUMNÁ ČÁST

3. Výzkumný problém, cíle a otázky

Těhotenství je období, kdy se žena musí vyrovnat se změnami, které ovlivňují nejen tělesné pochody, ale mají dopad především na psychiku. Prvorodička se může cítit šťastná a zároveň mít strach a obavu o miminko, může být citlivá nebo podrážděná. Z ženy se stává matka, která bude trpět jednou z největších bolestí v jejím životě, ale i přesto to pro budoucí miminko s láskou udělá. Zajímá nás především, jak se žena hodnotí v tomto období. Když většina žen je se sebou nespokojena, vidí na sobě chyby a přemýšlí, co by se dalo změnit. Jak přijme tyto obrovské změny, než se narodí její miminko?

Výzkumy, které se zabývají body image a těhotenstvím napříč trimestry, zjistily, že nejnižší body image má žena ve třetím trimestru a sebehodnocení má nejnižší naopak v prvním trimestru těhotenství (Inanir, 2015). V této studii porovnávají mezi sebou trimestry, kdy jeden trimestr se skládá z 13. týdnů. To je relativně velké rozpětí pro mnoho změn. Náš výzkum zaměřujeme konkrétně na 15. a 32. týden těhotenství, jelikož každý týden je pro ženu specifický.

Záměrem této práce je hlouběji proniknout do vnímání vlastní hodnoty žen po dobu těhotenství. Každá žena prožívá těhotenství zcela individuálně, a proto jsme zvolili kvalitativního přístupu, který obohacujeme o jednu metodu z kvantitativního přístupu. To nám umožňuje detailnější porozumění dané problematiky.

Stanovila jsem si tyto cíle výzkumu:

- Zmapovat, jak prvorodičky vnímají své globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí v 15.tt a 32.tt
- Zjistit, zda dochází ke změnám globálního sebehodnocení a tělesného sebepojetí od 15.tt do 32.tt.
- Zjistit, které faktory nejvíce ovlivňují sebehodnocení prvorodiček v těhotenství.
- Vytvořit brožurku, kde budou uvedeny tipy a rady, jak se cítit sebedůvěrně v těhotenství.

Na základě výzkumných cílů jsme formulovali následující výzkumné otázky:

- Jak prvorodičky vnímají své globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí v 15.tt a v 32.tt?
- Změní se tělesné sebepojetí a globální sebehodnocení prvorodiček od 15.tt do 32.tt?

- Jaké faktory ovlivňují nejvíce sebehodnocení prvorodiček v těhotenství?

4. Popis metodologie výzkumu

Vzhledem k tomu, že se chceme věnovat naší dané problematice do hloubky, chceme pochopit, jak žena vnímá vlastní hodnotu, jak se cítí během těhotenství a jak prožívá toto jedinečné období. Abychom to dokázali zjistit, potřebujeme obsáhlé všeprostupující informace v rámci širšího kontextu. Proto jsme zvolili kvalitativní výzkum, který obohacujeme o dotazníkovou metodu z kvantitativního přístupu.

Creswell in (Hendl, 2005, 50) definuje „*kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založen na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Kvalitativní výzkum se zaměřuje na intenzivní kontakt s jedincem, terénem nebo situací. Výzkumník vyhledává informace, pohybuje se v terénu a vytváří závěry na základě analýzy. Kvalitativní výzkum pracuje s metodami, jako je rozhovor, pozorování, videozáznamy, fotografie či deníky. Hlavní výhodou kvalitativního výzkumu je, že získáváme hluboký vhled do jednotlivých případů a neorientujeme se pouze povrchově. Další výhodou je, že zkoumá fenomén v jeho přirozeném prostředí a díky tomuto přístupu můžeme navrhnout danou teorii. Jeho nevýhodou je, že výsledky nelze zobecnit na populaci. Analýza a sběr dat jsou časově náročné a výsledky mohou být ovlivněni výzkumníkem (Hendl, 2005).

Kvalitativní přístup se od kvantitativního liší v mnoha bodech. V kvalitativním přístupu je nutné, abychom získali bohatá data, proto je potřeba navázat osobní autentický kontakt s účastníkem výzkumu. Naopak v kvantitativním přístupu minimalizujeme jakoukoliv vazbu s respondentem. Další odlišností je opakovatelnost výzkumu. V našem přístupu je velice těžké zopakovat výzkum vzhledem k celému kontextu. Velmi záleží na tom, kdo výzkum provádí, v jakém čase či prostředí. Základní podmínkou kvantitativního výzkumu je jeho opakovatelnost. Další významnou změnou je, že kvalitativním výzkumu nepožaduje vysokou strukturu, to znamená, že můžeme své výzkumné otázky v průběhu sběru a analýzy dat měnit. U kvantitativního přístupu je požadována vysoká struktura (Miovský, 2006).

Jako typ výzkumu jsme zvolili případovou studii, která patří k nejpoužívanějším typům kvalitativního přístupu. V centru pozornosti je případ, který označuje objekt, osobu, skupinu či organizaci. Případová studie je vhodná, pokud se ptáme na výzkumné otázky formou jak nebo proč (Miovský, 2006). „*Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak máme možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem*“ (Hendl, 2005, 94).

Podstatné na případové studii je, že výzkumník usiluje o pochopení případu v jeho přirozených podmínkách. Zde hraje velkou roli čas. Abychom mohli porozumět a interpretovat správně výsledky, je zapotřebí věnovat případu dostatek času. Zkušenosti výzkumníků ukazují, že dlouhodobá spolupráce s případem má jednoznačně pozitivní dopad na výsledky celé studie. Za hlavní výhody případové studie považujeme to, že jsou výsledky srozumitelné širokému okolí, jsou pevně uchopeny v realitě, poskytují porozumění a vhled do celé situace. Mezi hlavní nevýhody patří možnost zkreslení výzkumníkem a obtížná zobecnitelnost na další vzorky (Švaříček & Šedová, 2014). Pro naši práci je tedy tento způsob nejvhodnější.

4.1 Výzkumný soubor

V této části se budeme zabývat výběrem výzkumného souboru a kritérii, které jsme si stanovili. Následně popíšeme, jak jsme respondentky oslovovali.

4.11 Kritéria výzkumného souboru

V našem výzkumu jsme se chtěli zaměřit na prožívání sebehodnocení žen v těhotenství a chtěli jsme, aby jejich prožívání bylo zcela nové a nezažité, zvolili jsme proto především prvorodičky. Výzkumy ukazují, že prvorodičky a víceroodičky mají zcela odlišné potřeby během těhotenství. Například žena, která poprvé čeká dítě, řeší finanční zabezpečení dítěte a obává se změn v partnerském vztahu. Vícerodička, která se musí starat o své děti a sebe, je mnohem více unavená a nevěnuje veškerou pozornost svému těhotenství oproti prvorodičkám (Nichols, Roux & Harris, 2007).

V prvním kroku jsme se zaměřili na výběr skupiny. V druhém kroku jsme si stanovili období těhotenství, ve kterém budeme provádět rozhovory. Rozhodli jsme se realizovat interview v přesně stanoveném týdnu těhotenství, aby změny, které ženy prožívají, byly alespoň trochu podobné. Jelikož chceme zjistit, zda se mění sebehodnocení v těhotenství,

je nutné uskutečnit dva rozhovory s časovým odstupem. Vymezili jsme rozhovory na 15. týden a 32. týden těhotenství.

První rozhovor v 15. týden těhotenství jsme určili proto, neboť se jedná o začátek druhého trimestru a tudíž je zde menší riziko potratu. Od 15.tt se postava ženy začíná výrazně rychleji měnit, a začíná být vidět těhotenské břicho. V tomto období děloha zvětšuje svůj objem, postupně ustupují těhotenské nevolnosti a rodička se dozvídá od svého lékaře pohlaví dítěte. Vymezili jsme 15.tt, protože první genetické vyšetření probíhá od 11.tt do 14.tt a žena má možnost se ujistit, zda těhotenství probíhá v pořádku.

Druhý rozhovor jsme stanovili na 32. týden, jelikož přibírání na váze se začíná zpomalovat a žena se může pozvolna připravovat na porod. Třetí trimestr je velmi fyzicky náročný a hrozí zde riziko předčasného porodu, proto jsme zvolili bezpečný týden, kdy by k této situaci nemělo dojít. Také jsme mysleli na pohodlí, náladu a velkou fyzickou únavu žen a proto jsme vymezili tento termín, kdy většina žen odchází na mateřskou dovolenou.

Další kritérium, které jsme určili, je věková kategorie prvorodiček a to od 20 do 35. let. Toto rozmezí, jsme zvolili proto, neboť nejlepší doba početí pro ženu z biologického hlediska je mezi 20 a 24. rokem života. Pokud je početí již před dvacátým rokem života, dívky na péči o dítě nebývají často duševně připravené. S přibývajícím věkem možnost otěhotnět je menší a to zejména po třicítce. Těhotenství žen nad 35 let jsou riziková a to jak z hlediska zdravého vývoje plodu, tak i z hlediska výskytu rizikových faktorů u matky (Pařízek, 2015).

Další kritérium, které považujeme za důležité je, aby prvorodičky žily v manželství, jelikož v období kdy plánujeme rodinu má největší vliv na sebehodnocení partner, spolupracovníci, přátelé a významné osoby (Blatný, 2010). Proto je pro nás podstatná stabilita vztahu, která může mít vliv na výsledné sebehodnocení dané ženy. Délku manželství jsme nepovažovali za významnou, proto jsme ji nevěnovali pozornost. Těmito kritérii jsme chtěli zajistit, aby náš vzorek byl co nejvíce podobný a nelišil se v zásadních ovlivňujících faktorech.

4.12 Výběr výzkumného souboru

Respondentky byly vybrány do tohoto výzkumu nepravděpodobnostní metodou výběru a to konkrétně *záměrným účelovým výběrem přes instituci* podle stanovených kritérií. Výzkumník si stanoví určitá kritéria či vlastnosti, která požaduje po probandech a vyhledává pouze ty jedince, kteří tyto podmínky splňují a jsou ochotni se výzkumu zúčastnit. Tuto metodu využíváme, když probandi jsou klienty dané instituce a tvoří naši cílovou skupinu. Z hlediska času je záměrný výběr přes instituce velmi efektivní a nejlepší volbou pro výběr výzkumného souboru (Miovský, 2006).

Nejdříve jsme si stanovili, v jakém městě chceme realizovat výzkum. Zvolili jsme Olomouc a Brno, jelikož jsme chtěli dosáhnout větší rozmanitosti a zajistit si dostatek respondentek. V Olomouci jsme se obrátili na centrum prenatální diagnostiky v březnu 2016 konkrétně U.S.G. POL, s.r.o., zda bychom mohli oslovit vhodné respondentky kolem 12.tt, které jsou objednány na první genetické vyšetření. To stejné jsme uskutečnili v Brně na Veveří, opět v centru prenatální diagnostiky. Kontaktovala jsem centrum s 3 měsíčním časovým předstihem a výzkum mi byl povolen. Realizace výzkumu se ovšem nezdařila z časového vytížení lékařů.

V Olomouci jsem na kliniku ve stanoveném termínu přišla a představila můj výzkumný záměr a sebou jsem přinesla informační letáčky, které jsem nechala spolu s kontaktem v ordinaci na recepci, aby se případné zájemkyně mohly zapsat. Bohužel nikdo se za celých 14 dní neozval. Proto jsem se s klinikou domluvila, že přijdu ve stanovený den, kde mají mnoho prvorodiček, které jdou na první genetické vyšetření, a budu je oslovovat. Oslovila jsem několik žen, zda by se chtěly zúčastnit výzkumu na téma sebehodnocení žen v těhotenství, informovala jsem je, že bychom se sešly v 15.tt a v 32.tt a udělaly spolu rozhovor. Jelikož jsem měla přísná kritéria, mnoho žen nesplňovalo mé podmínky, nebo se naopak nechtěly výzkumu zúčastnit. Mnoho žen považuje své těhotenství za intimní záležitost a nechtějí ji s někým cizím sdílet. Jejich přání jsem v plné míře respektovala. Nakonec o výzkum projevilo zájem celkem deset žen, poznačila jsem si proto jejich kontakt, abych se s nimi v 15.tt mohla spojit. Bohužel jednu respondentku jsem musela vyloučit, protože nebyla vdaná, ale žila pouze s přítelem. Výzkumu se zúčastnilo celkem devět prvorodiček.

4.13 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem devět žen, jejich průměrný věk byl 27,4 let. Vysokoškolské vzdělání mělo šest žen, a středoškolské mělo tři ženy. Všichni účastníci žijí v manželském soužití. U dvou žen bylo početí pomocí umělého oplodnění a u dalších dvou žen bylo těhotenství neplánované. Základní přehled o respondentkách je uveden v následující tabulce.

Tabulka č. 1: Základní demografické údaje o respondentkách

Respondentka	Věk	Vzdělání	Těhotenství plánované	Početí spontánní/IVF
R1	28	vysokoškolské	ano	spontánní
R2	25	středoškolské	ano	spontánní
R3	31	vysokoškolské	ano	IVF
R4	31	středoškolské	ano	spontánní
R5	23	středoškolské	ne	spontánní
R6	30	vysokoškolské	ano	IVF
R7	27	vysokoškolské	ne	spontánní
R8	26	vysokoškolské	ano	spontánní
R9	26	vysokoškolské	ano	spontánní

R1: Respondentka se popisuje jako cílevědomá, přátelská, snaží se pomáhat druhým lidem, ráda experimentuje v kuchyni, ráda vaří a plánuje navštívit předporodní kurz.

R2: Respondentka učí malé děti sebeobranu, hrála florbal, baví ji vaření a práce se dřevem, a proto vystudovala truhlářství. Otěhotněla prakticky bezprostředně po osmi letech braní antikoncepce, což rodičku samotnou překvapilo. Plánuje se zúčastnit předporodního kurzu.

R3: Respondentka se snažila otěhotnět jeden rok, poté podstoupila metodu IVF, je aktivní, kamarádká, cílevědomá a pracovitá, vše bere s humorem. Chodí na masáž pro těhotné, plavat, na konzultace s porodní asistentkou a plánuje navštívit předporodní kurz. Mezi její koníčky patří hudba, kamarádi a práce.

R4: Respondentka se snažila otěhotnět po dobu devíti měsíců, popisuje se jako sportovec, pravidelně běhá, je přátelská, obětavá, pozitivní, má smysl pro humor. Mezi její vášeň patří pečeni, hlavně cukroví.

R5: Respondentka užívala antikoncepci po dobu osmi let, poté ji vysadila a bezprostředně otěhotněla. Je společenská, přívětivá, samostatná a nezávislá. Ráda pracuje, peče buchty a zákusky rodině. Miluje děti.

R6: Respondentka se snažila otěhotnět po dobu dvou let, poté podstoupila metodu IVF, je komunikativní, cílevědomá, přátelská, má se ráda. Chodí na plavání pro těhotné, na konzultace s porodní asistentkou a plánuje navštívit předporodní kurz.

R7: Respondentka vystudovala vysokou školu v oblasti pedagogiky, vnímá se jako introvert, někdy více pasivní, ale obětavá a orientovaná na rodinu. Stará se o domácí zvířátka, rodinu. Plánuje navštívit předporodní kurz.

R8: Respondentka vlastní taneční školu, předcvičuje lekce zumbly, je aktivní, cílevědomá, společenská, ráda něco tvoří, zapsala se do kurzu angličtiny a němčiny. Snažila se otěhotnět 2,5 roku, prodělala pět potratů a je velmi ráda, že to nyní vyšlo. Plánuje navštívit předporodní kurz.

R9: Respondentka pracuje v oblasti zdravotnictví, snažila se otěhotnět tři roky, prodělala jeden potrat. Má ráda cestování, je milá, ochotná, starostlivá, trpělivá a důvěřivá.

4.2 Metody získávání kvalitativních dat

Pro naši práci jsme ke sběru dat vybrali *polostrukturované interview*, které patří mezi nejrozšířenější metodu pro kvalitativní výzkum. Interview znamená moderovaný rozhovor s jednou anebo maximálně třemi osobami. Nelze jej provádět samostatně bez kombinace s pozorováním. Schopnost sebereflexe je důležitá stejně tak jako pozorovat našeho probanda. Výzkumník může zásadně ovlivnit průběh rozhovoru a to například jeho pohlavím, věkem, vlastnostmi, mimikou, oblečením, ale i denní dobou. Je důležité respektovat časové zvyklosti cílové skupiny. Cílem výzkumníka je navodit otevřenou a přijímající atmosféru, díky které získáme bohatá a validní data.

Tento typ interview přináší mnoho výhod. Během rozhovoru můžeme pokládat doplňující otázky, a tím můžeme dosáhnout vyšší přesnosti. Nevýhodou polostrukturovaného interview je, že vyžaduje značnou přípravu, jelikož je nutné si specifikovat okruhy otázek, na kterých se budeme ptát našich respondentů (Miovský, 2006). V našem případě jsme si zvolili okruhy, které jsme rozdělili do 5 oblastí:

- Okruh zaměřující se na změny v těhotenství
- Okruh zaměřující se na sociální podporu
- Okruh zaměřující se na tělesné sebepojetí
- Okruh zaměřující se na globální sebehodnocení
- Okruh zaměřující se na celkovou spokojenost

Na začátku rozhovoru jsem s respondentkami navázala nezávazný kontakt, poté byla respondentka seznámena se základními informacemi výzkumu. Interview jsem nahrávala na diktafon, abych data mohla následně zpracovat. Okruhy jsme procházeli postupně podle rytmu a potřeby dané ženy. Rozhovory byly prováděny v příjemném prostředí kavárny a restaurace v Olomouci nebo Přerově, podle bydliště ženy. Respondentky doprovázel během odpovídání na otázky humor a pohodová atmosféra. Otázky byly pokládány jasně a srozumitelně, pokud respondentka potřebovala čas k přemýšlení, dostala k tomu prostor. Doba trvání rozhovoru byla individuální, avšak průměrně trvala 60 minut. Respondentky působily uvolněně, byly rády, že si mohou popovídat o tom, co aktuálně vnímají a řeší. Rozhovor byl ukončen poděkováním za účasti ve výzkumu, malou odměnou a možností zaslání výsledků výzkumu. První rozhovor byl veden v 15.tt, který probíhal v červnu 2016 a druhý rozhovor v 32.tt, který probíhal v listopadu 2016.

Jako další metodu, kterou jsme použili ve výzkumu ovšem pouze jako doplňkovou, byla *Rosenebergova škála sebehodnocení*. Tato škála byla předložena ženám v 32. týdnu těhotenství, abychom zjistili kvalitní metodou jejich pohled na vlastní hodnotu v tak náročném životním období, kdy je pro ženu vše namáhavé a zatěžující. Chtěli jsme zvýšit validitu výsledku a ověřit, zda analýza rozhovoru bude vycházet stejně jako výsledek v Rosenbergově škále sebehodnocení.

4.3 Metody zpracování a analýzy dat

Abychom data zpracovali a analyzovali, zvolili jsme *metodu vytváření trsů*. V prvním kroku jsme data z audiozáznamu doslovně přepsali do textové podoby. Tento krok vyžadoval časovou dotaci a trpělivost. Jelikož data byla obsáhlá, provedli jsme redukci prvního řádu. Tedy vynechání všech slov, které tvoří slovní vatu. V tomto kroku jsme dále odstranili data, která nesouvisí s daným okruhem atd. Postupným čtením jednotlivých odpovědí jsme přistoupili k procesu kódování. Hledali jsme prvky, které se vyskytují u většiny žen, označili jsme je barevnou škálou a následně je pojmenovali do jednotlivých kategorií. V každé části rozhovoru jsme se snažili nacházet podobnosti. Data jsme porovnávali u každé respondentky zvlášť a to mezi 15.tt a 32.tt.

Interpretovali jsme *Rosenbergovu škálu sebehodnocení*, která má rozpětí od 10 do 40 bodů. V našem výzkumu jsme zvolili skórování 1 až 4 body za jednu otázku. U položek 1, 3, 4, 6, 8 jsme zvolili hodnocení následující: silně souhlasím = 4b, souhlasím = 3b, nesouhlasím = 2b, silně nesouhlasím = 1b. U položek 2, 5, 7, 9, 10 jsme zvolili hodnocení následující: silně souhlasím = 1b, souhlasím = 2b, nesouhlasím = 3b, silně nesouhlasím =

4b. Skóre 40 bodů ukazuje na vysoké sebehodnocení, naopak 10 bodů nízké sebehodnocení. Průměrná hodnota je tedy 25.

Nejdříve jsme si data přepsali do programu Excel, kde jsme si zaznamenaly výsledky, označili jsme se reverzní položky, které jsme při sčítání obrátili na převrácené hodnoty. Spočítali jsme hrubý skór, který jsme srovnali s maximálním skóre tedy 40, a výsledkem byla procentuální spokojenost jednotlivých respondentek.

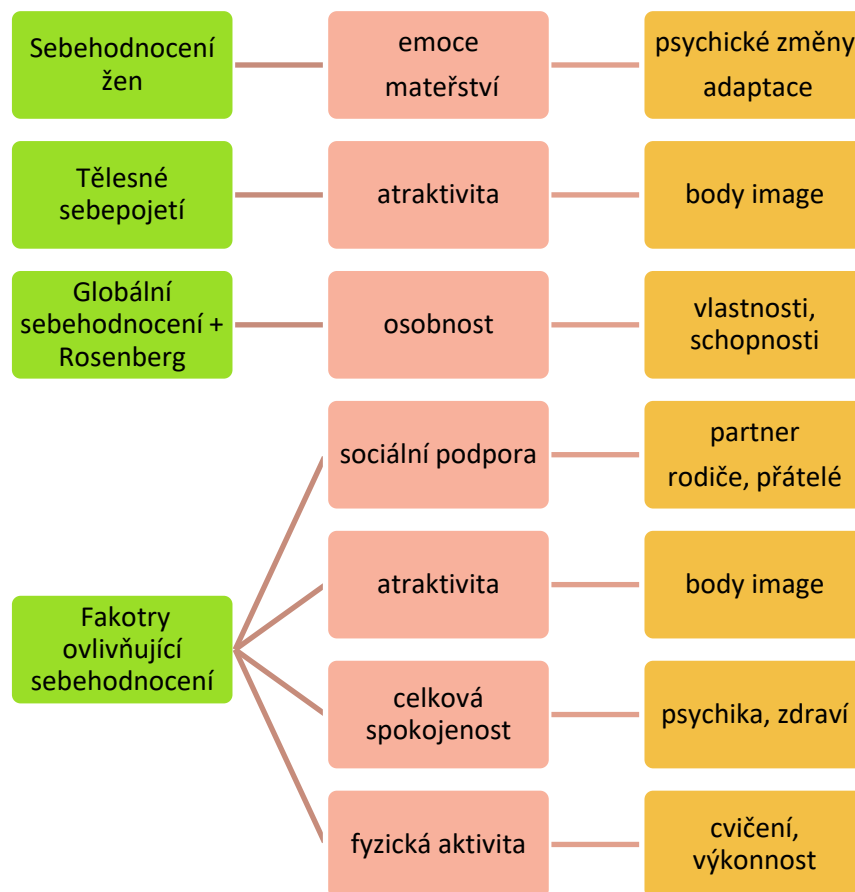
4.4 Etické aspekty výzkumu

V tomto výzkumu jsme se snažili zachovat všechny etické aspekty, které chrání účastníky výzkumu. V první řadě jsme zvolili dobrovolnost zúčastnit se našeho výzkumu, jelikož je to osobní a citlivé téma. Respondentky mě uvedly telefonní číslo a emailovou adresu, abych se jim mohla ozvat a domluvit si osobní schůzku v 15.tt. Při prvním rozhovoru jsme uvedli cíle výzkumu, zdůraznili jsme, že je vše anonymní a dali jsme prostor, zda je potřeba něco dovysvětlit. Dále jsme požádali respondentky, zda bychom mohli rozhovor nahrávat z důvodu transkripce pro pozdější analýzu dat. Pokud respondentka souhlasila, pokračovali jsme v rozhovoru. Získaná data byla uložena a k respondentce bylo přiřazeno číslo, pod kterým byla označena. Respondentky byly příjemně naladěny od začátku až do konce. Na konci druhého sezení jako projev vděku, dostaly malý dáreček, který je velmi potěšil. Protože většina respondentek projevila zájem o výsledky této studie, obdrží ji ve svých emailových schránkách.

5. Výsledky

Tato část se zabývá výsledky, které jsme sesbírali v rámci rozhovorů s respondentkami a také prostřednictvím Rosenbergovy škály sebehodnocení. Analýzou rozhovorů jsme získali jednotlivé kategorie a subkategorie. Některé kategorie se mohou překrývat, protože jsou zastoupeny ve více oblastech. Pro lepší přehlednost a srozumitelnost zde uvádím výroky jednotlivých respondentů pro zajímavé obohacení mé práce. Pro znázornění jsem vytvořila diagram, kde jsou obsaženy jednotlivé kategorie a subkategorie podle jednotlivých výzkumných otázek.

Diagram č. 1: Přehled kategorií a subkategorií



5.1 Sebehodnocení žen v 15.tt a 32.tt

Abychom se mohli věnovat prvorodičkám a jejich sebehodnocení, je potřeba se zabývat jejich potřebami a celkovými změnami v těhotenství. Je důležité, abychom pochopili kaskádu faktorů, které mohou mít, jak pozitivní tak i negativní vliv na sebehodnocení ženy v těhotenství. Proto se budeme zabývat změny psychickými a celkově mateřstvím.

Změny psychické v 15.tt

Respondentky vnímají změny hlavně v oblasti pocitů, prožívají výkyvy emocí, vnímají, že jsou více citlivé a někdy až plačtivé. Pociťují nejen změny nálad, ale také chutí a to většinou na sladké. Ze začátku těhotenství dominovala obecně nechut' k jídlu. Psychickou stránku ženy ovlivňují také ještě nevolnosti, které jsou pro ženu nepříjemné. Ženy popisují zvýšenou únavu a spavost. Většina žen se obává o miminko, aby bylo všechno v pořádku, ale také jsou nervózní z genetického vyšetření, které většinu žen stresuje. Respondentky zdůrazňují hlavně celkovou opatrnost a samozřejmě i strach o miminko (*„Jak už jsem v tom druhém trimestru, už je to lepší, ty první tři měsíce jsou takové rizikovější, tak to jsem se celkem bála i tchýně mně říkala, ať nic nedělám, takže jsem měla zákaz cokoliv dělat.“*). Ženy popisují začátek druhého trimestru jako klidné a pohodové období.

Změny psychické v 32.tt

Ženy vnímají výkyvy nálad, jsou citlivější a náladovější. S přibývajícím hmotností se jim hůře spí a jsou častěji unavené. Konec těhotenství ženy vnímají spíše negativně, protože jsou nevykonné, otrávené a těhotenství připadá šesti ženám nekonečné (*„Poslední týden je takový úmorný, hlavně, když ona se tam začne rozvalovat v tom břichu, začne páčít nohu pod žebra, tak to bolí třeba půl hodiny v kuse, tak to si říkám, aby byla už venku.“*). Naopak tři ženy si těhotenství velmi užívají, z toho dvě podstoupily metodu IVF. S blížícím se 32.tt a blízkostí porodu, jsem se ptala respondentek, zda z něho mají strach. Odpovědi mě překvapily, protože pět respondentek uvedlo, že se porodu již tolik nebojí jako v 15.tt. Důvody, proč se ženy cítí jistější, je například to, že podstoupily předporodní kurz, který jim poskytl všechny informace a doporučení, co dělat a jak se chovat. Dále také, že miminko je zdravé a vše probíhá v pořádku, seznámení s klinikou či doporučení od kamarádky, která již rodila (*„Spíš bych řekla, že se nebojím, byla jsem na předporodním*

kurzu, takže se cítím taková jistější.“). Čtyři respondentky projevují strach z porodu z důvodu nové životní zkušenosti, obávají se především bolesti.

Mateřská role

Ženy v 15.tt nevěnovaly pozornost své nové - budoucí mateřské roli. Většina to brala, tak jak to přijde. Některé respondentky uvedly, že strach nemají, že zvládnou novou roli, protože mají zkušenosti s dětmi a spolu s partnerem mají společné názory na výchovu. Celkem pět žen nevnímalo svoji novou životní roli nějak neobvykle, proto jsem si myslela, že v 32.tt, kdy je miminko už větší a blíží se porod, tak že se to změní. Když jsem se však zeptala žen, zda jsou připravené být matkou, tak odpověděly, že ne. Že si svoji mateřskou roli stále ještě moc neuvědomují, protože je jejich miminko stále v bříšku. Všechny ženy cítí v tomto období mnohem větší zodpovědnost za miminko a také že je nyní pro ně nejdůležitější rodina, především miminko a partner. Ženy se neobávají své nové mateřské role, že by něco nezvládly s výchovou, ale zažívají pocit, že se stále ještě nemají o někoho starat a proto se necítí jako matky (*„Ne, manžel mě říká, že mám takové ty móresy, když přijde od jeho ségry děcko, tak ty seš do toho tak zapálená, ale nedovedu si představit, že mi někdo bude říkat mami, prostě ne, to je ještě daleko.“*). Další čtyři ženy se na novou roli matky těší a připravují se tím, že sbírají cenné informace od svých maminek.

5.11 Tělesné sebepojetí

Vnímání atraktivity během 15.tt

Vnímání atraktivity v 15.tt bylo pro většinu respondentek stejné, neboť do konce prvního trimestru nejsou změny tak viditelné, takže ani okolí nemusí poznat, že je žena těhotná. Stejně tak to vnímaly i naše respondentky. Pokud byla žena se sebou spokojena již před těhotenstvím, bude i v tomto období. To jak se hodnotíme atraktivní, má za následek řada faktorů. A to především vzhled, kolik jsme přibrali na váze, jakou máme postavu, jak se zrovna ten den cítíme, zda jsme se dobře vyspali, tedy celkově náš zdravotní stav a naše psychická pohoda a kondice.

Když jsem se žen zeptala na otázku, jak moc si připadají atraktivní na škále od 1 do 10, kdy 10 je nejvíce, tak v podstatě většina žen se hodnotila velice kladně. Což mě překvapilo vzhledem k častým nevolnostem, které ženy trápily. Celkem šest respondentek uvádělo, že si svoje těhotenství ještě ani neuvědomují a nepřipadají si těhotné, z důvodu zatím málo viditelného břicha. V 15.tt se cítí stejně jako před těhotenstvím (*„Já bych si*

dala kolem 9, manžel říkal, že se mu těhotné líbí, takže s tím nemám problém.“). Naopak zbylé tři respondentky na sobě pozorují již malé změny, které se jim moc nelíbí zejména přibírání na váze. Uvádějí ovšem, že partnerům se jejich změny líbí, především zvětšení prsou (*„Já vůbec nevím asi 6, ale před těhotenstvím bych si dala víc, partnerovi se to líbí, ale já to беру jako změnu, přibrála jsem a moc se mně to nelíbí, tak jemu se líbí prsa že.“*). Většina respondentek uvedla, že jim jejich partneři často skládají komplimenty, které ženu velmi potěší, a proto se šest respondentek cítí v 15.tt stále stejně atraktivně.

Vnímání atraktivity během 32.tt

V tomto týdnu těhotenství proběhla v ženě těle řada změn, např. jako je zvětšení hmotnosti, viditelné břicho, žena si může připadat nemotorná, jelikož už pro ni není vše tak snadné, může mít problémy s velikostí oblečení a mnoho dalších věcí. Ve třetím trimestru většina žen vykazovala již větší nespokojenost s jejich atraktivitou. Hlavní důvod, proč se ženy cítily méně atraktivní, byla jejich váha, tedy především zvyšující se hmotnost. Přesto, že u většiny respondentek byl přírůstek optimální a zcela doporučený, ovlivňoval vnímání jejich atraktivity. Největší změnou, kterou udávaly, bylo břicho, prsa a nežádoucí změny jako jsou strie nebo křečové žíly.

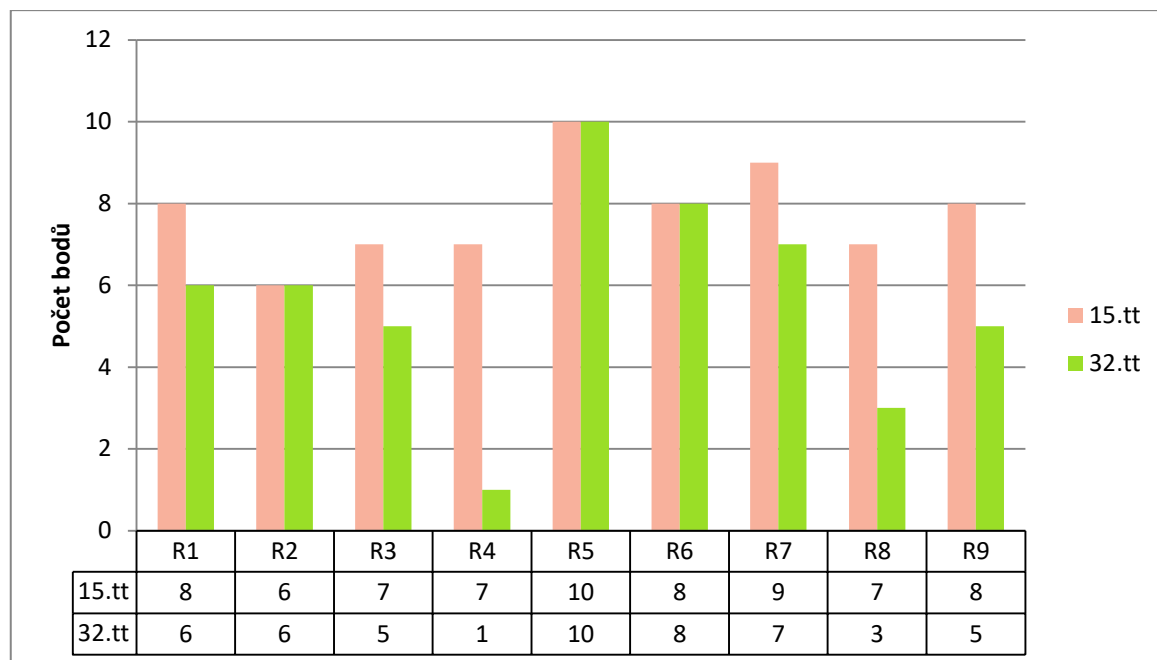
Celkem šest respondentek uvedlo, že jejich partneři je stále hodnotí jako atraktivní a že se jim tělesné změny naopak líbí (*„On mě pořád říká, že mně to i víc sluší to těhotenství.“*). Když ženy srovnávají 15.tt s 32.tt, tak se cítí o něco méně atraktivní celkem pět žen z důvodu přibírání na váze. Jedna respondentka uvedla, že na její atraktivitu má také vliv absence pohlavního styku z důvodu zdravotních rizik.

Poslední tři ženy nezaznamenaly žádné změny v oblasti vnímání vlastní atraktivity, protože se cítí stále stejně anebo dokonce ještě lépe, jak uvedla jedna respondentka (*„Teď bych řekla, že je to mnohem lepší, protože jde poznat, že jsem těhotná a né tlustá.“*).

Zajímavým zjištěním bylo to, že u dvou respondentek, které podstoupily metodu IVF, brali svoje břicho jako chloubu. Něco, na co mohou být pyšné a těšit se z celého těhotenství (*„Sice mám omezený výběr oblečení, ale třeba břicho беру jako přednost.“*).

Pro lepší přehled jsem zpracovala graf, kde jsou zaznamenány všechny odpovědi, jak z 15.tt tak i 32.tt.

Graf č. 1: Jak moc se cítíte pro svého partnera atraktivní na škále od 1-10, kdy 1 je nejméně atraktivní a 10 je nejvíce atraktivní?



Tělesné změny a body image v 15.tt

Mezi nejčastější tělesné změny, které ženy prožívaly v 15.tt patřilo zejména pnutí a zvětšení prsou, menší zvětšení břicha, nechutenství nebo naopak zvýšená chuť na sladké a na pikantní potraviny, nevolnosti jako je zvracení, časté bolesti zad, zadýchávání se při běžných činnostech, časté nutkání na záchod a to i 5 až 6 krát za noc, zvýšená únava, nespavost a křeče. Tyto změny nejsou tak viditelné, proto okolí nemusí zdaleka nic poznat.

U všech žen jsme mohli definovat subkategorii přijmutí tělesných změn. Všechny ženy vnímají své změny jako žádoucí - zkrátka jako proces vývoje miminka. Na svém těle by nic rozhodně neměnily, jsou spokojené, protože růst břicha pro ně znamená, že je těhotenství vpořádku a miminko je zdravé (*Jsem se s sebou spokojená a nechtěla bych nic měnit. Myslím si, že tělesné změny patří ke každému těhotenství.*“). Důležité pro ně je, aby bylo vše vpořádku. Popisují, že se snaží žít zdravě, sportovat a mazat se krémy, aby předešly vzniku striím. Tři respondentky uvedly, že je nyní trápí výběr těhotenského oblečení, ale samy uvádějí, že to je to nejmenší. Dvě respondentky uvedly, že nejsou zcela se svojí postavou spokojené, protože byly aktivními sportovkyněmi, což jim těhotenství překazilo (*„Tak cítím se o něco hůř, než když jsem měla krásnou postavu, ale myslím si, že tělo je to poslední, až porodím, tak můžu mít do roka postavu, jakou jsem měla dřív.“*). 15.tt respondentky berou jako klidné pohodové období, kdy se cítí po prvním trimestru

dobře, jelikož mají za sebou důležité genetické vyšetření a nepříjemné ranní nevolnosti. („*Tak to břicho ještě není tak velký, nemám žádné deprese, že bych přibrala, spíš se těším, že to poroste, to je správně, že to má růst, teďka ten 15.tt je to takové to hezcí období, takže bych řekla, že se cítím dobře.*“).

Tělesné změny a body image v 32.tt

K tělesným změnám, které ženy prožívaly v 32.tt patřilo zejména zvýšená tělesná hmotnost v oblasti břicha, zvětšená prsa, těžkopádná chůze, zadýchávání se při běžných činnostech, oteklé nohy a ruce, pigmentace na břichu, některé ženy zaznamenaly zlepšení kvality vlasů a nehtů anebo naopak. Některé ženy trpěly na strie či křečové žíly a časté bylo pálení žáhy, nespavost, chození na záchod a bolesti zad. Tyto všechny změny mohou ženy negativně ovlivnit v jejich celkové spokojenosti s postavou.

Ženy uvádějí, že na sobě pozorují zvětšené břicho, prsa, vidí, jak se jim rozšířila pánev a jak se celkově tělo připravuje na porod. To plně akceptují a rozhodně by nic neměnily, protože tak je to správně. Ale čtyři ženy samy přiznávají, že by se cítily lépe, kdyby tolik nepřibraly a neměly by například strie nebo křečové žíly. Jedná se o poslední trimestr a ženy se těší, až porodí a budou moci shazovat kila dolů.

Tři respondentky připouštějí, že jejich spokojenost s postavou je stále stejná napříč celým těhotenstvím. Dvě respondentky naopak zaznamenaly, že se cítí podstatně lépe, než v 15.tt (*V tom 15.tt jsem byla spíš taková nafouklá, vypadala jsem jako tlustoch, teď bych se hodnotila lépe.*“).

Z výsledků je tedy zřejmé, že ženy vnímají atraktivitu v 15.tt stále stejně, jako před těhotenstvím, ale v 32.tt dochází k poklesu a ženy se cítí z důvodu velkého přibírání zkrátka méně atraktivně. Můžeme tedy konstatovat, že tělesné sebepojetí se v průběhu těhotenství mění.

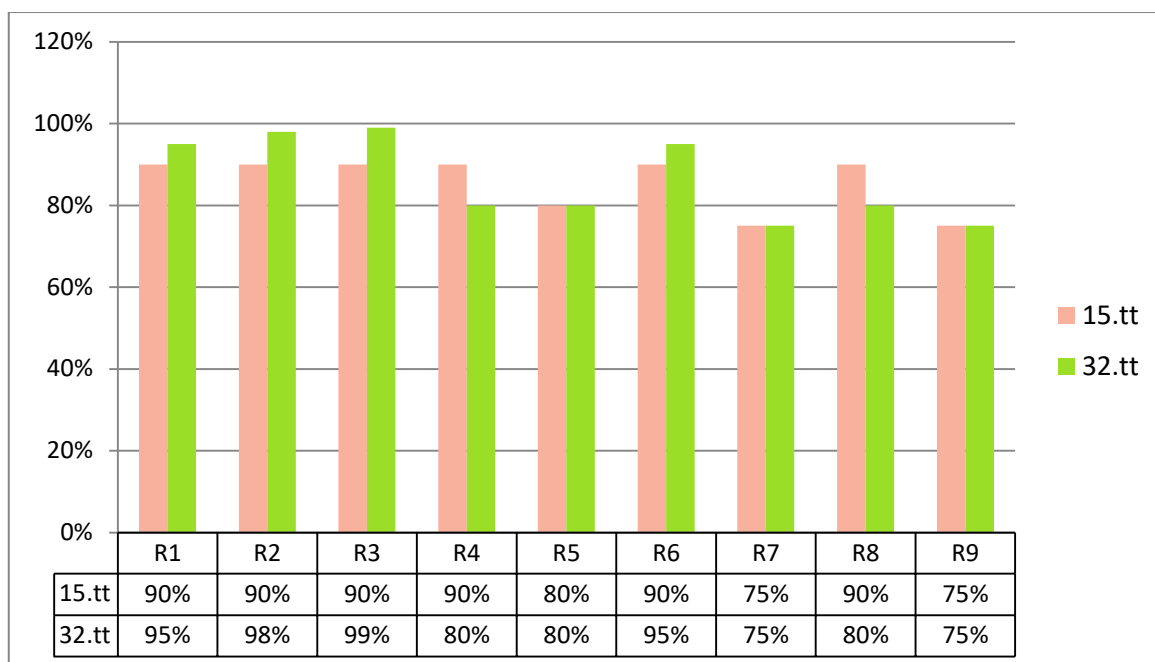
5.12 Globální sebehodnocení

Popis osobnosti v 15.tt a 32.tt

Dala jsem respondentkám otázku, jak by popsaly svoji osobnost, tedy jejich vlastnosti a schopnosti. U této otázky jsem musela většinou ponechat respondentkám dostatek času, aby si své odpovědi promyslely („*Jéjda, takové otázky, já si myslím, že jsem přátelská, ochotná pomoc poradit, spolehlivá jsem taky a ty zápory tvrdohlavá.*“). Většina žen se pochválila, našla svoje jak přednosti, ale i negativní vlastnosti, které sem jim moc nelíbily. Dvě ženy poukazovaly spíše na svoje nedostatky, než svoje přednosti. V 15.tt ženy většinou popisovaly vlastnosti, které jsou více obecné a přiřazovaly je především k výkonu („*Jsem samostatná, pracovitá a mám perfektní organizační schopnosti.*“). V 32.tt se ženy chválily především v mateřských a rodinných hodnotách. Například, že mají vše nakoupené pro miminko, že jsou stále aktivní ve spojitosti s těhotenstvím, že je pro ně nejdůležitější zdraví rodiny. V 15.tt žena ještě tolik nevnímala nenarozené miminko a proto její popis vlastností se zaměřoval spíše na obecné věci a výkonnost. Zatímco v 32.tt, žena vnímá pohyby miminka, jak kope a roste jí v bříšku, postupně si začíná zvykat na její novou mateřskou roli a přebírá za miminko a celou rodinu velkou zodpovědnost, kterou cítí všechny naše respondentky.

Zajímavé mi přišlo srovnání toho, jak si respondentky váží a cení samy sebe napříč 15.tt a 32.tt, proto jsem je požádala, aby se mi vyjádřily, jak si samy sebe váží od nuly do 100 %. Samozřejmě nikdo není dokonalý, a proto si také nikdo nedal 100 %. Většina žen se v 15.tt hodnotila na 90 %, uváděly, že jsou samy se sebou spokojené, u dvou respondentek byla cítit nejistota, strach a možná i skromnost, proto se ohodnotily na 75 %. Zajímavé hodnocení bylo v 32.tt, u čtyř respondentek, které se hodnotily lépe, než v 15.tt. Bylo zřejmé, že jejich nová mateřská role jim dává pocit důležitosti a patřičné významnosti. Nyní nežijí jenom pro sebe, ale i pro miminko. Váží si samy sebe více, neboť nesou v sobě život. U dalších třech respondentek se nic významného nezměnilo a u posledních dvou dotazovaných došlo k poklesu vnímání vlastní hodnoty, to může být způsobeno například náladou, přibíráním na váze nebo nespavostí.

Graf č. 2: Na kolik % od 0 do 100 % si sama sebe vážíte?



Rosenbergová škála sebehodnocení

Tuto škálu sebehodnocení respondentky dostaly při druhém rozhovoru v 32.tt, abychom zjistili komplexnějšími metodami, zda se výsledky prolínají a mohli jsme je doplnit dalšími vědeckými poznatky. Hodnoty jsem převedla na procenta a vypočítala jsem celkovou spokojenost. Jak můžeme vidět z tabulky, výsledky vychází o něco nižší, ale stále dosti vysoké na to, abychom mohli říci, že sebehodnocení žen v 32.tt je pozitivní. Celkem šest žen se hodnotí velmi pozitivně, dvě ženy dosahují menšího skóre. Jak jsme si již uvedli, ženy se těší na miminko a cítí v tomto období mnohem větší zodpovědnost. Jejich sebehodnocení je pozitivně ovlivněno příchodem miminka, a proto se cítí významně a důležitě, protože zažívají nový pocit mateřství.

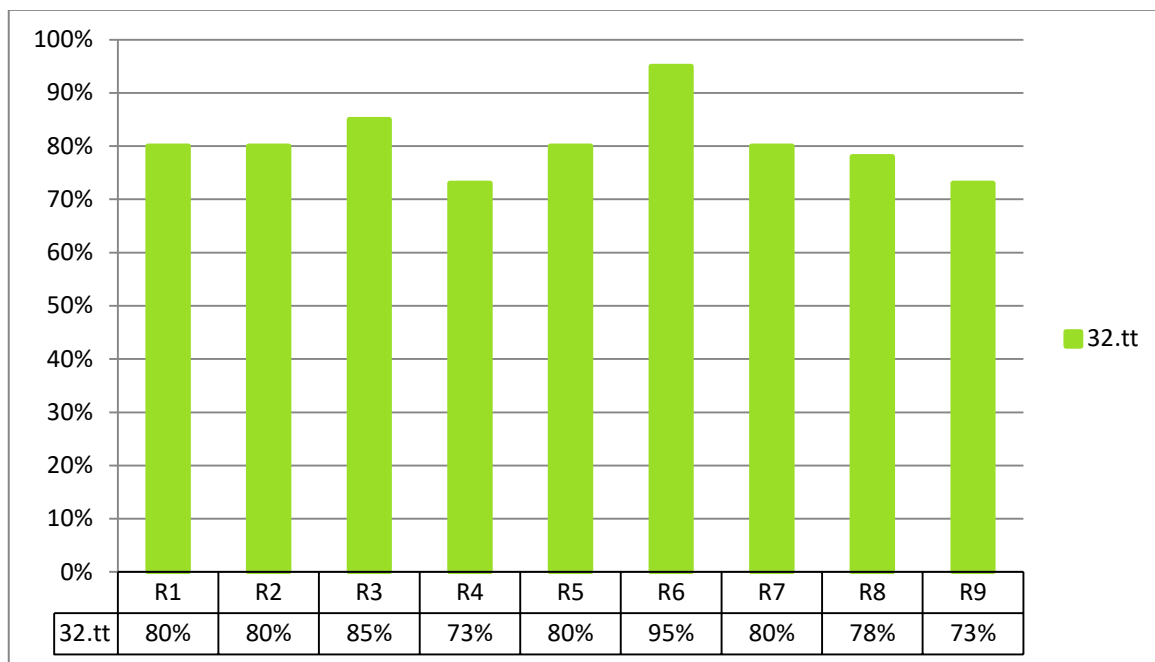
Respondentka č. 9 má nízké hodnocení i u předchozích otázek, vyjadřuje svoji nejistotu a určité pochyby. U R4 došlo k poklesu hodnocení, které může být způsobené opět náladou či tělesnou hmotností.

Z výsledků vychází, že se ženy na začátku těhotenství hodnotí, jak pozitivně tak i negativně, ale od 32.tt dochází k hodnocení spíše kladnému a vztahující se na mateřství. Výsledky ukazují, že globální sebehodnocení se od 15.tt do 32.tt skutečně mění.

Výzkum, který realizoval Skouteris et al. (2005) zjistil, že ženy jsou obecně méně spokojeni ke konci těhotenství. S tímto tvrzením souhlasit nemůžeme. Další výzkum

zaměřující se na stabilitu sebehodnocení, jehož autorem je Bleidorn, zjistil, že nejlepší sebehodnocení má matka před porodem, ale po porodu začne prudce klesat. Tyto výsledky můžeme částečně potvrdit.

Graf č. 3: Výsledky v Rosenbergově škále sebehodnocení v 32.tt



5.13 Faktory ovlivňující sebehodnocení žen v těhotenství

Zde jsme si vymezili hned několik kategorií, významně ovlivňující sebehodnocení žen v těhotenství, ke kterým patří sociální podpora, celková spokojenost, atraktivita a fyzická aktivita.

První kategorii, kterou jsme vymezili, byla sociální podpora, do které jsme zařadili partnera, rodiče a přátelé. Partner má velký vliv na hodnocení ženy v těhotenství. A to nejen jak se během těhotenství chová, jestli partnerku obdivuje, ale také, jak partner reaguje na oznámení těhotenství. Pro partnerku je velmi důležité, aby partner přijal jak ji samotnou, tak i jejich miminko. Našich sedm respondentek zažívalo při oznámení těhotenství pozitivní emoce, stejně tak jako jejich partneři, jelikož na miminko dlouho oba čekali a těšili se na ně („Manžel byl samozřejmě rád, protože jsme o to snažili, tak jsem dostala velkou pusy a objetí, byl šťastnej a radoval se se mnou.“). U dvou respondentek bylo těhotenství neplánované a proto také trochu překvapením („Jo byl rád, nejdřív tomu nechtěl věřit, myslel si, že si z něj dělám srandu, ale jak říkám nečekali jsme to, ale když to přišlo, tak jsme nakonec rádi.“).

Chování partnera k partnerce je také velmi důležitou součástí, proto jsme se na to zeptali našich respondentek. Ty uvedly, že partner je velmi pozorný, ochotný pomoci, laskavý, opatrný a pečující. Například doprovází partnerku na vyšetření, uvaří oběd, pomůže s úklidem a mnoho dalších aktivit. Jak některé ženy uvedly, samy toho někdy zneužívají (*„Když mi je nevolno nebo jsem unavená, tak partner je chápavý, zastane práci v domácnosti, když je potřeba. Je velmi pozorný, každý den se ptá, jak se cítím, zda je všechno v pořádku.“*). Muži obdivují křivky své partnerky a líbí se jim jejich tělesné změny, což může ovlivnit znatelně ženské sebehodnocení. Pro ženy je to významný stimul sociální podpory, který v těhotenství potřebují.

Zásadní nám také přišlo rodinné zázemí, jakou mají prvorodičky podporu od rodičů a zejména od jejich matky, jak často jsou v kontaktu a zda jsou ochotni pomoci s výchovou či hlídáním miminka. Všechny respondentky popisovaly dobrou sociální podporu ze strany rodičů, až na jednu prvorodičku, která neměla dobré vztahy s rodiči, ale vycházela dobře s babičkou. Rodiče hrají pro ženu v tomto období významnou roli podpory, jistoty a bezpečí (*„Já se na ně můžu kdykoliv obrátit v případě nějakých otázek a jsem za to velmi ráda, že mi poradí. Určitě jsem klidnější, když mám vedle sebe někoho takového.“*).

Další významná sociální podpora, kterou může podpořit prvorodičku, je kontakt s přáteli, kamarádkami, které jsou také gravidní. Ženy tak mají možnost podělit se o svoje zážitky, zkušenosti a ujistit se ohledně zdravotního stavu, vzájemně se podporovat, být si nápomocné a sobě užitečné. Když jsem položila otázku respondentkám, zda jsou s nějakou rodičkou v kontaktu a zda jim to pomáhá, většina odpověděla ano, kromě jedné respondentky, která uvedla, že kamarádky sice v okolí má, ale je spíše uzavřenější typ (*„Jo člověk se může zeptat na všechno, takhle jsem se seznámila i s pár maminkami přes internet přes Facebook, tam někdo dá, že ho něco bolí, pak se to tam začne rozebírat, člověk je pak klidnější, když zjistí, že je to normální. To mě pomáhá, když zjistím, že ostatní maminky to mají podobný.“*).

Další kategorii, kterou jsme definovali, je celková spokojenost, která má zásadní vliv na sebehodnocení žen v těhotenství. Pokud je žena celkově spokojená, bude se více těšit na miminko a užívat si toto období. Tázali jsme se respondentek, co je dělá šťastnými a spokojenými v tomto období. Jejich odpovědi souvisely zejména s mateřstvím (*„Spokojenou mě dělá vědomí toto, že přijde na svět naše dítě.“*). Spokojené a šťastné jsou především díky rodině, partnerovi, přátelům, odpočinku a aktivitě jako je výlet či pobyt v přírodě a díky uspokojením chuťových buněk. Ptali jsme se také na to, co by ještě zlepšilo jejich náladu a psychickou pohodu. A sedm respondentek jednoznačně uvedlo, aby

bylo miminko zdravé. Jak můžeme vidět, ženy mají strach a obavy, zda bude všechno v pořádku a je to zcela přirozené (*„Tak kdyby byla moje rodina zdravá i já a miminko, tak budu šťastná jako sviňa.“*). Další respondentky uvedly mít dostatek peněz, chodit na masáže, poslouchat příjemnou hudbu či povídat si s partnerem.

Významnou a podstatnou podkategorií je zdraví. Pokud se miminko vyvíjí správným a zdravým způsobem, rodička působí klidně, vyrovnaně a užívá si bez stresu toto výjimečné období. Na otázku, co je pro Vás momentálně nejdůležitější, bylo hlavně zdraví miminka, sebe a celé rodiny, zkrátka, aby bylo všechno vpořádku. Respondentky samy potvrdily, že kdyby nebylo něco v pořádku, cítily by se psychicky velmi špatně, což by ovlivnilo celkový způsob chování a jednání.

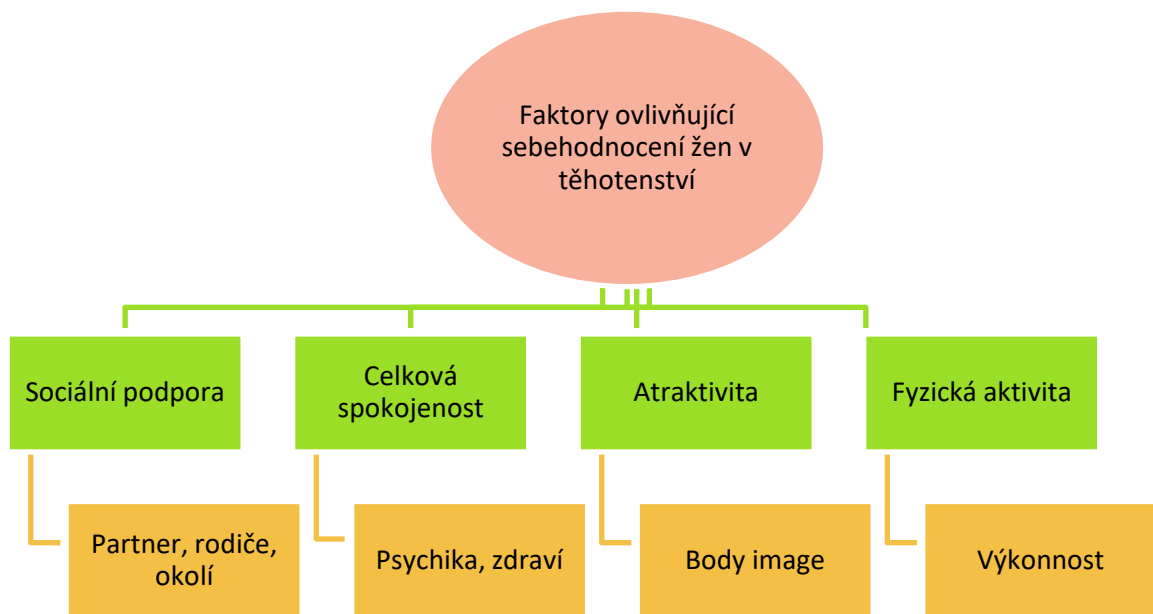
Další kategorii, kterou jsme definovali, je fyzická aktivita, která má velký vliv na psychickou pohodu a také na celkové sebehodnocení. Pouze jedna žena udržuje pravidelnou fyzickou aktivitu, po které se cítí v dobré psychické kondici (*„Jo určitě, mě to vždycky pomáhalo, hodně no, jsem taková šťastnější.“*). Jedna respondentka měla zakázanou jakoukoliv fyzickou aktivitu z důvodu zvýšeného zdravotního rizika. Ženy mají strach provádět fyzickou aktivitu, aby neublížily miminku. Co se týče předporodního kurzu, ten navštívilo celkem šest žen. Dodává jim pocit jistoty bezpečí, že proběhne porod v pořádku.

Fyzická aktivita souvisí také s výkonností. V 32.tt vnímají prvorodičky menší výkonnost a připadají si nemotorné až zpomalené. Tento stav udává většina prvorodiček (*„Já narážím do futer, já jsem šla a netrefila jsem se do futer, jsem taková pomalejší a nezvládám toho tolik, kolik bych chtěla nebo, jak jsem byla zvyklá.“*) což může negativně ovlivnit náladu, jelikož jsou závislé na pomoci ostatních.

Další kategorie, která ovlivňuje sebehodnocení je již zmíněná atraktivita, která se také pojí s body image. Jak jsme již uváděli v 32.tt ženy skórovaly v atraktivitě o něco hůře než v 15.tt. Svoji postavu v 15.tt ženy vnímaly téměř beze změn ale postupným vývojem, a růstem plodu, pozorují, jak se jejich tělo mění. Pro některé jsou změny nepříjemné, avšak všechny ženy změny plně akceptovaly, neboť je chápou jako nutnost pro správný a zdravý vývoj miminka. To, jak se žena cítí ve svém těle, jak vnímá svoji postavu a připadá si atraktivní, to určuje i míru vlastního sebehodnocení.

Výsledky ukazují, že na sebehodnocení žen v těhotenství se podílí řada faktorů, mezi které patří sociální podpora, celková spokojenost, jako je zdraví, mateřská role, atraktivita, body image a výkonnost.

Diagram č. 2: Faktory ovlivňující sebehodnocení žen v těhotenství



6. Diskuze

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat sebehodnocení žen v těhotenství a to zejména, zda dochází ke změnám tělesného sebepojetí a globálního sebehodnocení v 15.tt a 32.tt. Těhotenství je zcela individuální a jedinečné a každá žena ho vnímá a přijímá zcela odlišně. Sebehodnocení je v dospělosti poměrně stabilní fenomén, ale během nových životních situacích může kolísat. Existují výzkumy, které se zabývají sebehodnocením v těhotenství, body image a BMI. Výzkumy jsou jak kvalitativní tak i kvantitativní. Odlišností je, že měření probíhá pouze ve stejném trimestru, nikoliv ve stejném týdnu, což může data výrazně zkreslit. Proto jsme se chtěli těmto chybám vyhnout a mít výzkumný soubor jednotný.

V této práci jsme zvolili metodu záměrného účelového výběru přes instituci, kde jsme vybrali vhodnou kliniku. Tím jsme nedali možnost jiným ženám, které tuto kliniku nenavštěvují, zúčastnit se výzkumu a to patří k omezením této práce.

Úskalím této práce může být zkreslení dat výzkumníkem při jednotlivých rozhovorech. Respondentky mohl výzkumník ovlivnit svým věkem, vzhledem, povahou, chováním a mnoho dalšími faktory. Těhotenství je velmi citlivá oblast, některé ženy nemusely právě z tohoto důvodu některé své potíže záměrně zmínit, informovat o nich jim zřejmě připadlo nevhodné. Naopak, jiné respondentky se mohly prezentovat v pozitivnějším světle, aby udělaly dobrý dojem.

K dalšímu úskalím, ke kterému mohlo dojít, byla subjektivní interpretace výsledků a nesprávné pochopení informací ze strany výzkumníka. K limitům také patří, že výsledky výzkumu se vztahují pouze na výzkumný vzorek a nelze jej zobecňovat na širší populaci.

Výsledky a srovnání s výzkumy

Zaměřili jsme se na ženy, které jsou ve specifickém týdnu těhotenství, žijí v manželském soužití a poprvé se stanou matkami. Respondentky jsou jak středoškolsky vzdělané tak i vysokoškolsky vzdělané. Celkem jsme měli devět respondentek, z toho dvě otěhotněly zcela nečekaně po vysazení antikoncepce. Je důležité zmínit, že v dnešní době mají mladé a zdravé ženy problémy s otěhotněním. Další dvě ženy totiž podstoupily metodu IVF a čtyři otěhotněly až po dlouhé době. Je potřeba uvést, že dvě respondentky mají zkušenost s potratem, což může ovlivnit jejich chování během celého těhotenství a porodu.

Jak prvoroďičky vnímají své tělesné sebepojetí v 15.tt a v 32.tt ? A změní se?

Do tělesného sebepojetí můžeme zařadit atraktivitu a body image. V 15.tt, kdy je žena teprve na samém počátku, nejsou její změny tak viditelné a proto se hodnotí stále atraktivně. Stále přitažlivě si připadá celkem šest respondentek, zbylé tři respondentky pozorují již změny, které u nich vyvolávají trochu obavy. Je důležité zmínit, že partnerům se tyto změny líbí a ženám skládají komplimenty. V 32.tt mají ženy již viditelné břicho a prožívají další změny, které zkrátka nemohou ovlivnit. V tomto týdnu pět žen vykazovalo již větší nespokojenost s jejich atraktivitou. Hlavní vliv na to měla přibírající hmotnost, břicho, prsa či strie nebo křečové žíly. Jedna respondentku uvedla, že na její atraktivitu má vliv absence pohlavního styku z důvodu zdravotního hlediska. Další tři ženy nezaznamenaly změny v oblasti atraktivity, cítí se stále stejně přitažlivě. Celkem šesti respondentkám partneři svým partnerkám skládali komplimenty a změny jejich tvarů se jim líbily. Zajímavé zjištění bylo u dvou respondentek, které podstoupily metodu IVF. Tyto ženy braly svoje břicho jako chloubu, něco na co mohou být pyšné.

Mezi tělesné změny, které ženy prožívají v 15.tt patří mezi nejčastější pnutí a zvětšení prsou, menší zvětšení břicha, nechutenství, zvracení, bolesti zad, únava, křeče a nespavost. Všechny ženy tyto změny přijaly jako žádoucí proces vývoje miminka, rozhodně by nic neměnily, růst břicha pro ně znamená, že vše probíhá vpořádku. V druhém trimestru se ženy cítí dobře, je to pro ně pohodové a klidné období, protože mají za sebou důležité genetické vyšetření a nepříjemné ranní nevolnosti. Respondentky se snaží pravidelně krémovat, aby předešly vzniku striím. Pouze dvě respondentky nejsou spokojené se svým tělem, jelikož byly aktivními sportovkyněmi, což v daném čase být nemohou.

Tělesné změny, kterými ženy procházejí v 32.tt jsou především zvýšená tělesná hmotnost, zvětšená prsa, těžkopádná chůze, zadýchávání, oteklé nohy či ruce, strie, křečové žíly, bolesti zad a časté chození na záchod. Čtyři respondentky popisují, že by se cítily mnohem lépe, kdyby tolik nepřibraly a netrpěly na křečové žíly či další potíže spojené s těhotenstvím. Tři respondenty uvádějí, že jejich spokojenost s postavou je stále stejná napříč celým těhotenstvím a další dvě respondentky zaznamenaly naopak, že se cítí podstatně lépe, než v 15.tt, neboť si připadají těhotné a ne tlusté.

Z výsledků je tedy zřejmé, že ženy vnímají atraktivitu v 15.tt stále stejně, jako před těhotenstvím, ale v 32.tt dochází k poklesu a ženy se cítí z důvodu velkého přibírání na

váze zkrátka méně atraktivně. Můžeme tedy konstatovat, že tělesné sebepojetí se v průběhu těhotenství mění.

Když porovnáme naše výsledky s jinými studiemi, zjistíme, že v něčem jsou si podobné a v určitých aspektech se liší. Inanir (2015) zjistil, že body image žen je nejnižší ve třetím trimestru, to znamená, že se respondentky hodnotily méně atraktivně než před těhotenstvím, což můžeme s našimi výsledky potvrdit.

Richardson (1989) zjistil, že ženy v posledním trimestru těhotenství vnímají své tělesné změny jako dočasné a potřebné pro zdravý rozvoj. S tímto tvrzením se můžeme ztotožnit, ale naše respondentky přijaly tělesné změny již ve druhém trimestru těhotenství jako potřebné pro zdravý vývoj miminka.

Watson et al. (2016) prováděl kvalitativní výzkum a zjistil, že 5 žen z 19 si připadly na začátku těhotenství tlusté, nespokojené, netěhotné a nyní, když mají větší břicho, cítí se mnohem spokojenější. To stejné se nám potvrdilo u dvou respondentek, které si také na začátku těhotenství připadaly spíše tlusté.

Jak prvorodičky vnímají své globální sebehodnocení v 15.tt a v 32.tt ? A změní se?

Do globálního sebehodnocení jsme zařadili otázky na popis vlastností, schopností a Rosenbergovu škálu sebehodnocení. V 15.tt ženy popisovaly vlastnosti, jak pozitivní tak i negativní, které jsou velmi všeobecné a vztahují se na výkon. V 32.tt došlo ke změně a respondentky se začaly charakterizovat hlavně v oblastech mateřství a rodiny. Jejich hodnocení zahrnovalo spíše pozitivní přednosti. Další výsledky, které jsme zjistili, je že většina žen v 15.tt si váží svoji osoby na 90 %. Zajímavé hodnocení bylo ve 32.tt u čtyř respondentek, které se hodnotily lépe, než v 15.tt. Prvorodičky si začínají uvědomovat svoji významnou a důležitou roli pro jejich miminko a to jim zvedlo jejich hodnocení. U dalších tří respondentek nedošlo k žádné změně, ale u dvou došlo k poklesu vnímání vlastní hodnoty. To může být způsobeno například náladou, přibírání na váze nebo nespavostí.

Tyto výsledky jsme doplnili o Rosenbergovu škálu sebehodnocení. Kde nám vyšlo skóre sice o něco nižší, ale stále dosti vysoké na to, abychom mohli říci, že sebehodnocení žen v 32.tt je pozitivní. Celkem šest žen se hodnotí velmi pozitivně, dvě ženy dosahují menšího skóre. Jejich sebehodnocení je pozitivně ovlivněno příchodem miminka, a proto se cítí významně a důležitě, jelikož zažívají nový pocit mateřství.

Z výsledků vychází, že se ženy na začátku těhotenství hodnotí, jak pozitivně tak i negativně, ale od 32.tt dochází k hodnocení spíše kladnému a vztahující se na mateřství. Výsledky ukazují, že globální sebehodnocení se od 15.tt do 32.tt skutečně mění.

Výzkum, který realizoval Skouteris et al. (2005) zjistil, že jsou ženy obecně méně spokojeni ke konci těhotenství. S tímto tvrzením souhlasit nemůžeme, protože náš výzkum ukazuje opak. Další výzkum zaměřující se na stabilitu sebehodnocení, jehož autorem je Bleidorn (2016), zjistil, že nejlepší sebehodnocení má matka před porodem, ale po porodu začne prudce klesat. Tyto výsledky můžeme částečně potvrdit.

Jaké faktory ovlivňují sebehodnocení prvorodiček v těhotenství?

Tuto výzkumnou otázku jsme zařadili proto, abychom zjistili, co ženy nejvíce ovlivňuje a jak jim můžeme pomoci se cítit lépe. Zjistili jsme, že prvky, které nejvýrazněji ovlivňují lidskou ženskou psychiku v těhotenství, je sociální podpora, celková spokojenost, atraktivita a fyzická aktivita.

Významnou sociální podporou je partner - muž, o kterého se žena může opřít a na cokoliv spolehnout. Ženy vnímají muže jako oporu, chtějí s ním sdílet jejich zážitky, podělit se o důležité momenty. Všechny prvorodičky popisují svého partnera jako laskavého, pečujícího, opatrného, ochotného s čímkoliv pomoci a to si ženy velmi užívají. Většina žen prožívala při oznámení těhotenství pozitivní emoce stejně tak i jejich partneři, pouze u dvou respondentek to bylo zároveň také veliké, ale příjemné překvapení. Partneři svým partnerkám skládají komplimenty a vyjadřují jim svůj obdiv, což má na ženy jednoznačně pozitivní dopad.

Další významnou sociální podporu, kterou respondentky zmiňovaly, jsou zejména rodiče a kamarády. Rodiče především v tom, že se mohou na ně kdykoliv obrátit i v případě nouze, že na případné problémy nebudou samy, jim dává pocit jistoty a bezpečí, který je pro novou maminku důležitý. Kamarády uváděli ve spojitosti s možností poradit se a podělit se o zkušenosti, které mají. Dobrou sociální podporu měla většina našich respondentek, kromě jedné ženy, která moc dobře nevycházela se svoji rodinou, ale její oporou jí byla babička.

Významná složka, která ovlivňuje sebehodnocení v těhotenství je celková spokojenost. To, zda se prvorodička na miminko těší, jak si užívá těhotenství a připravuje se na mateřskou roli. Naše respondentky jsou spokojené především díky tomu, že čekají miminko a velmi se na dítě těší. Spokojeně se cítí také díky partnerovi, přátelům, odpočinku, různým aktivitám a uspokojeným chuťovým buňkám. Spokojenost žen

ovlivňuje především zdravotní stav miminka. Pokud se miminko vyvíjí správným a zdravím způsobem, jsou ženy šťastné, klidné a spokojené. Respondentky samy uvedly, že pokud by nebylo něco v pořádku, cítily by se psychicky velmi špatně.

Další významnou komponentou, která ovlivňuje sebehodnocení je fyzická aktivita. Většina žen přestala cvičit, aby neublížila svému dítěti, jelikož mají o ně velký strach. Pouze jedna žena pravidelně cvičí. Celkem šest žen navštívilo předporodní kurz, který jim snížil strach z porodu a dodal pocit jistoty a odvahy. S přibývajícím tělesnou váhou ženy v 32.tt vnímají sníženou výkonnost a připadají si pomalé a nemotorné. Tento stav pociťuje většina prvorodiček.

Důležitá kategorie, která ovlivňuje sebehodnocení je atraktivita. Během začátku druhého trimestru se ženy cítily stejně přitažlivě jako před těhotenstvím, velké změny nevnímaly a proto se také hodnotily kladně. Ovšem s postupným vývojem, kdy se tělo mění a připravuje se na porod, vidí ženy na sobě spoustu změn, které se jim nelíbí. Proto se v 32.tt cítí o něco méně atraktivní než v 15.tt. Přesto, že většina si nepřipadala atraktivní, změny související s těhotenstvím všechny akceptovaly a přijaly jako proces, který musí nastat, aby bylo miminko zdravé.

Výsledky ukazují, že na sebehodnocení žen v těhotenství se podílí řada faktorů, mezi které patří sociální podpora, celková spokojenost, jako je zdraví, mateřská role, atraktivita, body image a výkonnost. Když srovnáme výsledky s jinými výzkumy, Duncombe (2008) uvádí, že se ženy cítí méně výkonné během třetího trimestru a s tímto tvrzením můžeme souhlasit.

Možnosti využití

Tato práce nám přináší poznatky o tom, jak ženy vnímají své sebehodnocení ve specifických týdnech těhotenství. Snažili jsme se rozšířit dosavadní poznatky o tom, jak se ženy hodnotí v období gravidity. Výzkumná práce by mohla pomoci dalším těhotným ženám získat přehledné informace o těhotenství a mohly tak využít výsledky výzkumu především brožurky pro svůj prospěch. Brožurka bude přístupná v centru prenatální diagnostiky i online. V navázání této práce by bylo zajímavé porovnat sebehodnocení prvorodiček či vícero diček před porodem a po porodu. Jako možné rozšíření výzkumu do budoucna je vhodné zařadit i partnera rodičky pro objektivnější hodnocení.

7. Závěr

Cílem tohoto výzkumu bylo přinést základní poznatky o vnímání sebehodnocení prvorodiček ve specifickém týdnu těhotenství. Také zjistit, zda dochází ke změnám a jaké faktory mohou ovlivnit sebehodnocení žen v graviditě.

Z výzkumu vyplývá, že se prvorodičky cítí v 15.tt stále atraktivně jako před těhotenstvím, změna nastává v 32.tt, kdy se ženy cítí již méně atraktivní hlavně kvůli hmotnosti, velkému bříšku, zvětšení prsou a vzniku křečových žil. Partnerům se tyto změny líbí zejména větší poprsí a svým partnerkám skládají komplimenty. Tyto změny prvorodičky přijaly, chápou je jako žádoucí proces pro správný a zdravý vývoj miminka. Výsledky ukazují, že se tělesné sebepojetí v průběhu těhotenství mění.

Prvorodičky na začátku těhotenství popisovaly svoje osobnostní charakteristiky, které byly laděné jak pozitivně tak i negativně. Vztahovaly se především na výkon. Ve třetím trimestru došlo k obratu a respondentky se začaly charakterizovat hlavně v oblasti mateřství a rodiny. Ženy si začaly uvědomovat novou, významnou roli pro jejich miminko a to jim zvedlo jejich globální sebehodnocení.

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že na sebehodnocení se významně podílí sociální podpora, celková spokojenost, zdraví, mateřská role, atraktivita, body image a výkonnost.

Výzkumná práce by mohla pomoci dalším těhotným ženám získat přehledné informace o těhotenství a mohly tak využít výsledky výzkumu uvedené v brožurce pro svůj prospěch.

Souhrn

Cílem teoretické části bakalářské diplomové práce bylo vymezit pojmy související s námětem naší práce, a to sebepojetí zahrnující globální sebehodnocení, tělesné sebepojetí a těhotenství. Snažili jsme se o propojení těchto poznatků, které jsou součástí výzkumné práce.

Důležitým pojem, který v bakalářské práci zaznívá, je sebepojetí. Sebpoejetí můžeme definovat jako souhrn představ a hodnocení, které člověk o sobě chová. Jedná se o soudržný celek utvořený z vnímání sebe sama. Sebpoejetí se vytváří v rámci socializace, kde hraje významnou roli rodina. Neustále se vyvíjí a formuje. Sebpoejetí je charakterizováno třemi aspekty a to kognitivním, afektivním a konativním. V naší práci je důležitý především aspekt afektivní, který vyjadřuje, jaký máme vztah sami k sobě, a zaměřuje se na emocionální prožitky. Za jeho mentální reprezentaci se považuje sebehodnocení.

Sebehodnocení můžeme definovat jako popis vlastní hodnoty, který je relativně stabilní a zahrnuje řadu přesvědčení o sobě samém jako je vzhled, emoce a chování. Člověk s vysokým sebehodnocením, přijal sám sebe, váží si sebe jako hodnotné bytosti a zná své silné a slabé stránky. Naopak člověk s nízkým sebehodnocením má typicky černobílé vidění, nedostatek sebedůvěry ve vlastní schopnosti a nízkou odolnost vůči stresu. Základy sebehodnocení jsou položeny v dětství, kdy na nás má největší vliv rodina. Změny přicházejí, když plánujeme rodinu, to nás nejvíce ovlivňuje partner a významné osoby v našem životě. Pojem, který spadá do této části, je globální sebehodnocení. Jedná se o konstrukt, který vyjadřuje hodnotu vlastního já. V této části se věnujeme tělesnému sebepojetí, které se zaměřuje na vnímání těla a jeho hodnocení.

Další významnou část bakalářské práce věnujeme těhotenství. Těhotenství je v životě ženy zásadní změnou a to jak psychickou, emocionální, fyziologickou, ale i sociální. V prvním trimestru žena začíná vnímat drobné změny, postupně si začíná zvykat a adaptovat se na těhotenství. V druhém trimestru žena začíná pociťovat pohyby plodu a plně si uvědomuje existenci miminka. Tato fáze přináší ženám pozitivní zážitky a velmi si to užívají. Ve třetím trimestru se objevuje strach a úzkost z porodu. Žena může vnímat zbytek těhotenství jako zatěžující a nepohodlné.

V práci jsme zaměřili pozornost na partnery. Ti procházejí také řadou změn včetně emocionálních jako jejich partnerky. Poslední kapitolou v této práci jsou výzkumy, které souvisí s body image a sebehodnocením.

Pro naši práci jsme zvolili kvalitativní výzkum, který doplňujeme o jednu metodu z kvantitativního přístupu. Snažili jsme se o hlubší a detailnější proniknutí do této problematiky. Jako další krok jsme zvolili výzkumné cíle a poté z nich vytvořili výzkumné otázky, které zní:

- Jak prvorodičky vnímají své globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí v 15.tt a v 32.tt?
- Změní se tělesné sebepojetí a globální sebehodnocení prvorodiček od 15.tt do 32.tt?
- Jaké faktory ovlivňují sebehodnocení prvorodiček v těhotenství?

Typ výzkumu jsme zvolili případovou studií, která patří k nejpoužívanějším typům kvalitativního přístupu. Za kritéria výzkumného souboru jsme stanovili prvorodičky, které jsou v 15. a následně v 32. týdnu těhotenství, ve věku od 20 do 35 let a žijí v manželském soužití. Tímto jsme si chtěli zajistit, co nejvíce podobný výzkumný soubor.

Výběr výzkumného souboru probíhal záměrně účelovým výběrem přes instituci, kde jsem oslovila centrum prenatální diagnostiky v Olomouci s možností realizovat výzkum. V určený den jsem oslovovala prvorodičky, které šly na genetické vyšetření a pohybovaly se kolem 12. týdne těhotenství. Ženy jsem informovala o dobrovolnosti výzkumu, anonymitě a malé odměně na konci výzkumu.

Jako metodu získávání dat jsme použili polostrukturované interview, které jsme provedli v 15.tt a následně v 32.tt s devíti respondentkami. Rozhovory byly nahrávány na diktafon se souhlasem prvorodiček. Na konci rozhovoru byla ženám předložena Rosenbergova škála sebehodnocení. Následně jsme záznam přepsali do textové podoby a provedli redukci prvního řádu. K analýze získaných dat jsme využili metodou vytváření trsů. Výsledky v Rosenbergově škále sebehodnocení jsme přepsali do tabulky Excelu, kde jsme si zaznačili hrubé skóre, obrátili jsme reverzní položky a vypočítali celkovou spokojenost. Výsledky analýzy rozhovorů byly rozděleny do oblastí podle výzkumných otázek.

Z výzkumu vychází, že atraktivita tedy tělesné sebepojetí se v průběhu těhotenství mění. Prvorodičky se na začátku těhotenství konkrétně v 15.tt hodnotily stále stejně atraktivně, jako před těhotenstvím. V tomto období nejsou změny výrazné, a proto jejich body image zůstává stejné. V 32.tt jsou již změny viditelné a značné. Například zvýšená tělesná hmotnost, větší břicho, zvětšená prsa, strie nebo křečové žíly. Všechny ženy tyto změny přijaly jako žádoucí proces vývoje miminka, rozhodně by nic neměnily, růst břicha

pro ně znamená, že vše probíhá v pořádku. Je důležité zmínit, že partnerům se tyto změny líbí a ženám skládají komplimenty. Přesto se většina žen cítí nespokojeně a neatraktivně. Výzkumy, které se zabývají tímto tématem, naše výsledky potvrzují.

Zjistili jsme, že globální sebehodnocení, tedy hodnota našeho vlastní já se v průběhu těhotenství také mění. Z analýzy vychází, že se ženy na začátku těhotenství hodnotí, jak pozitivně tak i negativně. Popis je velmi všeobecný a vztahuje se na výkon. Ale od 32.tt dochází k hodnocení spíše kladnému, vztahující se na mateřství a rodinu. Zjistili jsme, že většina žen v 15.tt si váží svojí osoby na 90 %. Zajímavé poznatky byly ve 32.tt u čtyř respondentek, které se hodnotily lépe, než v 15.tt. Prvorodičky si začínají uvědomovat svoji významnou a důležitou roli pro jejich miminko a to jím zvedlo jejich hodnocení. Výsledky jsme doplnili o Rosenbergovu škálu sebehodnocení, kde vyšlo skóre sice o něco nižší, ale stále dosti vysoké na to, abychom mohli říci, že sebehodnocení žen v 32.tt je pozitivní.

Dalším podstatným zjištěním naší práce byly faktory, které ovlivňují sebehodnocení. Mezi významné komponenty patří sociální podpora, jako je partner, rodiče, přátelé. Celková spokojenost je další ze sledovaných faktorů, do kterého můžeme zařadit to, jak se žena těší na miminko, jak si užívá těhotenství a připravuje se na mateřskou roli. Významná složka, která ovlivňuje sebehodnocení je fyzická aktivita, jako je výkonnost, pohyb. Podstatnou část tvoří atraktivita a body image.

Výsledky této práce nám poskytují hlubší vhled do vnímání sebehodnocení žen a prožívání těhotenství.

Seznam použité literatury

1. Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
2. Basmt.org.uk. (2009). Low Self-esteem. Získáno z: <http://www.basmt.org.uk/common-sexual-problems/low-self-esteem.html>
3. Bašková, M. (2015). *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing.
4. Blatný, M. & Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebezpojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: SCAN.
5. Blatný, M. (2001). *Sebezpojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova Univerzita.
6. Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti, hlavní témata a současné přístupy*. Praha: Grada Publishing.
7. Bleidorn, W., Buyukcan-Tetik, A., Schwaba, T., Van Scheppingen, M. A., Denissen, J. J., & Finkenauer, C. (2016). Stability and change in self-esteem during the transition to parenthood. *Social Psychological and Personality Science*, 7(6), 560-569.
8. Branden, N. (2010). *The power of positive self-esteem*. Mental health America of Hendricky County. Získáno 5. ledna, 2017 z: <http://mhahc.com/SelfEsteem.htm>.
9. Brázdová, Z. (2004). *Výživa těhotných a kojících žen*. Brno: Vladimír Smrčka.
10. Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives*, 4-9.
11. Cakirpalogu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
12. Catchpole, I. (2013). 5A_01: Varicose veins in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 42(s1), 182-182.
13. Danielsson, M., & Bengtsson, H. (2016). Global self-esteem and the processing of positive information about the self. *Personality and Individual Differences*, 99, 325-330.
14. Davies, K., & Wardle, J. (1994). Body image and dieting in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(8), 787-799.
15. Deansová, A. (2004). *Kniha knih o mateřství*. Praha: Fortuna Print.
16. Duncombe, D., Wertheim, E. H., Skouteris, H., Paxton, S. J., & Kelly, L. (2008). How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? *Journal of Health Psychology*, 13(4), 503-515.

17. Feyereisl, J. & Křepelka, P. a kol (2015). *Naše dítě, než se naše dítě narodí*. Praha: Ottovo nakladatelství.
18. Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Univerzita Karlova Praha: Karolinum.
19. Fialová, L. (2006). *Moderní body image: jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada.
20. Fischer, S. & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie, závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada Publishing.
21. Franckh, P. (2016). *6 minutový kouč, najdi skutečnou sebedůvěru!* Olomouc: ANAG.
22. Gregora, M. & Velemínský, M. (2013). *Čekáme děťátko 2*. Praha: Grada.
23. Grogan, S. (2000). *Body image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing.
24. Hájek, Z. Čech, E. & Maršál, K. (2014). *Porodnictví 3*. Praha: Grada.
25. Harril, S. (2016). *Self-Worth: Recognizing Signs of High and Low Self-Esteem*. The innerwords messenger a Newsttler to Spark the Inner Jorney. Získáno 5. ledna, 2017 z: <http://www.innerworkspublishing.com/news/vol40/selfesteem.htm>.
26. Hendl, J. (2005): *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
27. Herrell, H. E. (2014). Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician*, 89(12), 965-70.
28. Hronek, M. (2004). *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf.
29. Chung, J. M., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Nofhle, E. E., Roberts, B. W., & Widaman, K. F. (2014). Continuity and change in self-esteem during emerging adulthood. *Journal of personality and social psychology*, 106(3), 469.
30. Inanir, S., Cakmak, B., Nacar, M. C., Guler, A. E., & Inanir, A. (2015). Body Image Perception and Self-esteem During Pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, October, 3(4):196-200.
31. Irwin, K. (2015, April, 23). *In utero exposure to extreme morning sickness may result in neurological deficit*. UCLA newsroom. Získáno 14. října, 2016 z: <http://newsroom.ucla.edu/releases/in-utero-exposure-to-extreme-morning-sickness-may-result-in-neurological-deficit>.
32. Kader, M., & Naim-Shuchana, S. (2014). Physical activity and exercise during pregnancy. *The European Journal of Physiotherapy*, 16(1), 2-9.
33. Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2008). Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy:

- The relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image*, 5(2), 152-163.
34. Kardel, K. R. (2014). *Woman and sport in pregnancy*. Sisu in cooperation with world village of woman sports. Získáno z: https://www.sisuidrottsbocker.se/Global/Kvinnor%20och%20idrott/WomenAndSport_2_6.pdf.
 35. Kendra, Ch. (3. Srpna, 2016). *What is the self-esteem?* Psychology. Získáno 12. prosince, 2016 z: <https://www.verywell.com/what-is-self-esteem-2795868>.
 36. Kowlessar, O., Fox, J. R., & Wittkowski, A. (2015). First-time fathers' experiences of parenting during the first year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(1), 4-14.
 37. Laughter yoga University (2017). *Laughter yoga*. Získáno 4 února, 2017 z: <http://laughteryoga.org/42700/>.
 38. Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing.
 39. Markus, H. (1980). The self in thought and memory. In D. M. Wegner & R. R. Vallacher (Eds.), *The self in social psychology* (102-130). New York, Oxford: Oxford University Press.
 40. Markus, H. R. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
 41. Markus, H. R. & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
 42. Mayo Clinic Staff. Self-esteem check, (23. Srpna, 2014). *Too low or just right?* Healthy lifestyle. Získáno 1 února, 2017 z: <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/self-esteem/art-20047976?pg=1>.
 43. Michalčíková, M. (2010). *Jak si zvýšit sebevědomí přes pozitivní afirmace*. Získáno 8. února, 2017 z: <http://www.pasivnipenize.cz/jak-si-zvysit-sebevedomi-pres-pozitivni-afirmace/comment-page-1/>.
 44. Miovský, M. (2006): *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
 45. Modrý koník. (2014). *Spánek v těhotenství*. Získáno 5. února, 2017 z: <https://www.modrykonik.cz/spanek-v-tehotenstvi/>.
 46. Moya, J., Phillips, L., Sanford, J., Wooton, M., Gregg, A., & Schuda, L. (2014). A review of physiological and behavioral changes during pregnancy and lactation:

- potential exposure factors and data gaps. *Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology*, 24(5), 449-458.
47. New parents support. (2016). *Emotions during pregnancy*. Získáno 2 listopadu, 2016 z: <https://www.nct.org.uk/pregnancy/emotions-during-pregnancy>.
48. Nichols, M. R., Roux, G. M., & Harris, N. R. (2007). Primigravid and multigravid women: Prenatal perspectives. *The Journal of perinatal education*, 16(2), 21-32.
49. Nuttal, L. (2014). *Building confidence: exercise during pregnancy*. Confident life. Získáno 9. února, 2017 z: <http://www.confidentlife.com.au/building-confidence-exercise-in-pregnancy/>.
50. Palagini, L., Gemignani, A., Banti, S., Manconi, M., Mauri, M., & Riemann, D. (2014). Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep medicine*, 15(8), 853-859.
51. Pařízek, A. (2015). *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti 1 díl*. Praha: Galén.
52. Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area.
53. Region of Waterloo Public Health. (2016). *Emotional changes for pregnant woman*. Získáno 3. listopadu, 2016 z: <http://chd.region.waterloo.on.ca/en/childFamilyHealth/resources/PregnancyEmotional.pdf>.
54. Richardson, P. (1989). Women's experiences of body change during normal pregnancy. *Maternal-child nursing journal*, 19(2), 93-111.
55. Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.
56. Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
57. Roztočil, A. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada.
58. Sahakian, V., Rouse, D., Sipes, S., Rose, N., & Niebyl, J. (1991). Vitamin B6 is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind placebo-controlled study. *Obstetrics & Gynecology*, 78(1), 33-36.
59. Skouteris, H., Carr, R., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Duncombe, D. (2005). A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body image*, 2(4), 347-361.
60. Slaměník, I. & Výrost, J. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.
61. Slezáková, L. (2011). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada.
62. Smékal, V. (2009). *Pozvání do psychologie osobnosti, člověk v zrcadlení vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.

63. Solomos, K. (2017). *Laughter Therapy: Harness the Emotional Benefits of Laughter*. Born to be worthless. Získáno 4. února, 2017 z: <http://www.borntobeworthless.com/laughter-therapy-harness-emotional-benefits/>.
64. Sullivan, H. S. (Ed.). (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Routledge.
65. Švaříček, R. & Šedová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
66. Těhotenství. (2015). *Spánek v těhotenství – jak na nespavost v jednotlivých trimestrech*. Získáno 31. ledna, 2017 z: <http://www.tehotenstvi.cz/spanek-v-tehotenstvi-jak-na-nespavost-v-jednotlivych-trimestrech>.
67. Tyler, K. H. (2015). Physiological Skin Changes During Pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 58(1), 119-124.
68. Vutyavanich, T., Kraissarin, T., & Ruangsri, R. A. (2001). Ginger for nausea and vomiting in pregnancy: randomized, double-masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 97(4), 577-582.
69. Vymětal J. a kol. (2007). *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
70. Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
71. Watson, B., Broadbent, J., Skouteris, H., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2016). A qualitative exploration of body image experiences of women progressing through pregnancy. *Women and Birth*, 29(1), 72-79.
72. Weiss, P. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Základní demografické údaje o respondentkách

Diagram č. 1: Přehled kategorií a subkategorií

Graf č. 1: Jak moc se cítíte pro svého partnera atraktivní na škále od 1-10, kdy 1 je nejméně atraktivní a 10 je nejvíce atraktivní?

Graf č. 2: Na kolik % od 0 do 100 % si sama sebe ceníte?

Graf č. 3: Výsledky v Rosenbergově škále sebehodnocení v 32.tt

Diagram č. 2: Faktory ovlivňující sebehodnocení žen v těhotenství

Seznam příloh

Příloha č. 1: Podklad pro zadání bakalářské práce

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Ukázka transkripce rozhovoru

Příloha č. 4: Brožurka, jak se cítit sebevědomě v těhotenství

Příloha č. 1: Podklad pro zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ŠOPIKOVÁ Ivana	Mackovice 9, Mackovice	F150955

TÉMA ČESKY:

Sebehodnocení žen v těhotenství

TÉMA ANGLICKY:

Self-esteem of women in pregnancy

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Základem pro vypracování bude Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie v Olomouci (Kolařík, M., a kol, 2012).
2. Studium relevantní české a zahraniční literatury zabývající se danou problematikou.
3. Zpracování teoretické části, zaměřené na sebevědomí žen v graviditě.
4. Příprava kvalitativního výzkumu, zajištění souboru, vytvoření struktury rozhovoru.
5. Realizace výzkumu podle předem stanovených metod, kde cílovou skupinou budou tvořit těhotné ženy.
6. Analýza a interpretace dat.
7. Závěr a souhrn.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Blatný, M. (2010). Psychologie osobnosti. Praha: Grada.
- Blatný, M. & Plhánková, A. (2003). Temperament, inteligence, sebepojetí nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu. Brno: Psychologický ústav AV ČR Brno a sdružení SCAN.
- Fennel, M. (2014). Jak překonat nízké sebevědomí, osobní průvodce pro změnu nezdravých vzorců v myšlení a chování. Praha: Grada.
- Grogan, S. (2000). Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem. Praha: Grada.
- Lauster, P. & Havelková, H. (1993). Sebevědomí. Jak získat sebejistotu a neztratit cit. Praha: Knižní klub.
- Leifer, G. (2004). Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. Praha: Grada.
- Röhr, H. (2013). Nedostatečný pocit vlastní hodnoty. Praha: Portál.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Sebehodnocení žen v těhotenství

Autor práce: Ivana Šopíková

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Počet stran a znaků: 60 stran, 103 696 znaků bez mezer

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 72

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na vnímání sebehodnocení žen ve specifickém období těhotenství. V teoretické části jsme se zabývali vymezením sebepojetím, do kterého patří tělesné sebepojetí a globální sebehodnocení. Dále jsme věnovali pozornost fyziologickým, psychickým změnám v období těhotenství a prožívání partnerů. V poslední části uvádíme studie zkoumající těhotenské nevolnosti a výzkumy orientované na proměnu body image. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat, jak prvorodičky vnímají své globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí v 15.tt a 32.tt a zjistit, zda se mění během těhotenství. Ve výzkumné části jsme použili kvalitativní přístup, který jsme rozšířili dotazníkovým šetřením. Celkově se výzkumu zúčastnilo devět respondentek, s nimiž bylo provedeno 18 rozhovorů v 15.tt a 32tt. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaného interview a pomocí Rosenbergovy škály sebehodnocení. Zpracována byla metodou vytváření trsů. Výsledky výzkumu přináší informace o vnímání a prožívání žen v těhotenství.

Klíčová slova: sebepojetí, sebehodnocení, prvorodička, těhotenství

ABSTRACT OF THESIS

Title: The self-esteem of woman in pregnancy

Author: Ivana Šopíková

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 60 stran, 103 696 znaků bez mezer

Number of appendices: 4

Number of references: 72

Abstract: This thesis focuses on perception of self-esteem in women who are in a specific week of pregnancy. The theoretical part concerns with the definition of self-image which includes body image and global self-esteem. Furthermore, we paid attention to physiological and psychological changes during pregnancy and focused on participants' partners. In the last section we examined pregnancy-related nausea and studies that focus on body image. The main objective of this study was to explore how primiparas perceive their global self-esteem and body image in 15th and 32nd week of pregnancy and determine occurrence of any changes. We used qualitative approach which we combined with one of the quantitative methods. In total we conducted 18 interviews with 9 respondents in their 15th and 32nd week of pregnancy. Data was collected using semistructured interviews and the Rosenberg self-esteem scale. We used the cluster method for data processing. Results of the research provide information on the women's perception and experiences during pregnancy.

Key words: self-concept, self-esteem, primipara, pregnancy

Příloha č. 3: Ukázka transkripce rozhovoru v 32.tt

Jaké tělesné změny na sobě pozorujete?

Tak určitě mám větší břicho, přibrala jsem asi sedm kilo dohromady. Jinak s dechem je to horší, já mám astma, takže jako se mne hůře dýchá, ale když jsme se viděli v létě, tak to bylo horší, protože jsem měla silný astmatický zánět a já to mám na jaře vždycky nejhorší. Takže teďka naopak jak je podzim, tak je to nejlepší. Když si lehnu, tak mě to miminko docela tlačí. Takže dýchá se hůř, ale dá se to zvládnout. Bolesti zad mám velké, to mě úplně teď nejvíce trápí, mám problémy s tím, že se mě skřípají nervy. Dole jak je bederní část, tak se mi tam skřípne nerv a vystřeluje mi to do nohy a pak táhnu nohu za sebou ☺. Nebo se večer nemůžu zvednout z postele a musím se přetočit na bok a pak na břicho, takže se tam zvedám všemožně. No hlavně to skřípání nervů, ale jako čas od času, není to pořád, teď jsem došla v pohodě, ale když se mně to skřípne, tak já dva dny v kuse nechodím. Já tancuji, mám tři hodiny v týdnu, sice tolik neskáču, ale moje doktorka mně řekla, že můžu tancovat. Já to vždycky nějak zvládnou. No když se mně skřípnou ty záda, tak se tak kolíbu, že se mě smějí, ale jinak ne, záleží jak kdy, dva dny mě to bolí a pak zase týden ne. No prostě, když blbě dopadnu tou nohou, to se mi už stalo, manžel mě to už vyčítal, ať už jsem radši doma. Jinak změny na kůži zatím nemám. Vlasy ani nehty ani rychleji ani pomaleji, pořád tak nějak stejně, ani mně nevypadávají. Křečové žíly taky nemám, já si myslím, že je to tím, že jsem každý den v pohybu. Já každý den chodím na procházky se psem a cvičit, takže s otékáním nohou nemám problém. No ale zase ty záda, člověk si nemůže vzít prášek ani injekci, akorát hořík jím hodně no. Ten jím třikrát denně hodně, ten mě pomáhá.

Trápí Vás momentálně nějaké zdravotní omezení nebo problémy?

Pořád chodím čůrat, ale to já mám úplně od začátku od druhého měsíce asi, pořád chodím v noci čůrat, já už skoro ani nepiju snad jenom půl až tři čtvrtě litru denně, a v noci chodím až pětkrát čůrat, nejvíce teda bylo desetkrát. Ale víckrát jdu vždycky stoprocentně. Kolikrát se i sama přesvědčuji, ne tobě se nechce, lež, ne já jinak neusnu, dokud na ten záchod nepůjdu. Takže chodím čůrat pořád a úplně mě to rozčiluje. Každý říkal, že jak bude dítě větší, tak to bude horší, ale je to pořád stejný, no kdybych se mohla v klidu vyspat, tak by mě možná nebolelo tolik v zádech. To čůrání je to nejhorší. No moc se nevyspím, ale člověk si to dítě tak strašně moc přeje, tak udělá cokoli. To je úplně nic, že chodím párkrát čůrat a trochu se nevyspím. Možná jsem trochu pomalejší, taková

unavenější, jako snažím se nechodit spát odpoledne, ale jsem taková zpomalenější, já jsem pořád taková v pohybu a teď toho zase tolik nevyřídím jako dřív, no ale my jsme se ještě nenastěhovali, takže ještě zařizujeme dům, nastupuji na mateřskou od zítřka, takže lítám teď, jsem taková pomalejší, musím si to rozložit na dva dny, někdy mě to rozčiluje, že jsem taková pomalá, jo ještě dva měsíce a bude to dobrý.

Jaké psychické změny na sobě pozorujete?

Tak unavenější jsem teď víc, teď posledních 14 dní se mě to zase vrátilo. Na začátku jsem byla úplně nejvíce unavená, to bych spala úplně permanentně, pak to bylo lepší a teď v tom posledním trimestru ten týden to mám, že se mi chce spát, ale neležím pořád. Už se těším na miminko, včera jsem byla na plese a kamarádky se mi smály, že pojedeme rovnou do porodnice ☺. Já si myslím, že jsem pořád stejná, ono není čas pořád nad něčím přemýšlet, jako nebrečím u filmu ani, když se dívám na televizi.

Připadáte si někdy nemotorná nebo závislá na ostatních?

Tak závislá asi někdy na tom manželovi, teď si říkáme, že když si lehnu, tak už se nedokážu sama zvednout z postele, takovej malej kolos ☺ jinak dobrý. Jsem ráda, že ho mám, neumím si představit, že někdo nemá nikoho. Když mě bolí nohy nebo jsem unavená, tak mu řeknu, ať mě něco nachystá jídlo nebo pití a když někdo lítá ještě kolem dětí a je ještě sám, tak to musí být složitý. Já si myslím, že bych to zvládla sama, ale jsem ráda, že ho mám.

Máte někdy pocit, že je těhotenství nekonečné? Chcete to už mít za sebou?

Tak ten pocit mám už dlouho, my budeme mít holčičku, já si říkám, že tak maximálně měsíc, ale už mě to fakt nebaví no. Těším se na ni, jsem šťastná, ale připadám si těhotná pět let. Nemůžu jíst jídla, které mám ráda, tak si je nedávám, snažím se jíst zdravě, čůrat furt chodím, tancovat nemůžu, jak bych chtěla, nemůžu děla tolik věcí, co bych chtěla. Zase na druhou stranu nevyměnila bych to za nic na světě, to já si nechci stěžovat. Ale kdybych rodila už pozítřku a ona byla už dopečená zdravá a krásná, tak bych byla spokojená. To já mám s manželem vždycky spory jemu říkám, že ještě měsíc a on že ne, ať má aspoň pět kilo. Pořád mě posouvají termín blíž a blíž. Na každé kontrole je větší a větší. Jím teďka ten hořčík a ještě vitamíny, tak je to dítě obrovský. Já jsem zrovna říkala manželovi, že jsem si myslela, jak všechny těhotné říkají, že to chtějí mít za sebou, tak že chtějí mít ten porod, toho se já nebojím, zvládly to ostatní, zvládnou to taky, jenže oni myslí

chtít za sebou to těhotenství. Jak někdo může říct, že je úplně šťastný, to já teda ne. Jako jsem šťastná, že budu mít dítě, ale kdyby ho nosil manžel, tak budu ještě šťastnější ☺. Je to omezení pro tu ženu. Manžel říká vždycky na bowlingu, že házet nesmím, bruslit nesmím, běhat nesmím, skákat taky ne, takže podle něho nesmím nic, s kamarádkami zase nesmím nic jíst atak. Kofolu kolikátou už máš? Nebo jsme byly na oslavě a děda, nemáš to pití studený a ono bylo asi 40 stupňů venku, to nepij, zbláznila ses? Ale já se jako směju, to je všude v okolí první dítě, takže všichni se těší, nesmím nic pokazit, to by se už nikdo se mnou nebavil.

Obáváte se nyní porodu?

Ne z porodu ne, mám strach, že tam bude někdo hnusnej, jako chápu, že mají dlouhé směny, ale jako špatně nesu, když je někdo nepříjemný. Kamarádce řekli třeba, že teďka vás to bolí, a když jste to dítě dělali, tak vás to nebolelo, to se vám líbilo. Já se ke všem chovám hezky a toto by mě urazilo, nechtěla bych mít s ním nic společného. Říkala jsem manželovi, že je bude muset krotit, nebo že jsem schopna v půlce porodu ještě odejít. My chceme nadstandard pokoj, chci být sama na pokoji. Doufám, že nebudou zlý a protivní, snad budou slušní, ale člověk může potkat kdekoliv takovýto lidi. Akorát tam nebudu moct odejít, termín mám 26 prosince.

Existuje něco, z čeho se v těhotenství stresuje?

No nechtělo se mi na test na cukrovku, to bylo fakt hnusný, to je takový glukózový sirup. Mně se tam chtělo dvě hodiny zvracet, říkala jsem si, nesmíš zvracet, jinak sem půjdeš znovu, ale dopadlo to všechno dobře. Myslím si, že při druhém těhotenství to odmítnu, není to povinný, ale u nás má dědeček cukrovku. Moc toho sice nebylo, bylo na to pět minut, ale když se mi to vracelo, tak mě to nesesdlo. Teďka mě čeká ještě třetí genetický vyšetření, a měla by mně říct paní doktorka, kolik bude měřit, vážit, a tak. Já se jenom těším, fotky mám z každé návštěvy i děda a naši, kde jsou nohy a ruce. Zrovna jsme se bavili u oběda, jaká to byla malá tečka a teďka je už veliká.

Chodíte na cvičení pro těhotné maminky?

Chodím cvičit tu zumbu, v nemocnici mají teďka kurzy cvičení pro těhotné, ale vždycky mě do toho něco skočí. Chtěla bych ty záda, já mám sportovní vzdělání, takže posiluji doma, mamka má nemocný koleno, takže jí taky poradím, takže vždycky trošku procvičím.

V Olomouci jsme byly plavat, a to jsme nemohla chodit dva dny, se mi zase skřípla záda, ale tady v té nemocnici určitě půjdeme.

Pomáhá Vám cvičení cítit se lépe?

Jo určitě jo, mě to vždycky pomáhalo, hodně no, jsem taková šťastnější.

Připravujete se na novou mateřskou roli?

Tak to si asi ještě neuvědomuji, máme jako všechno koupené, ale neuvědomujeme si to. Sice mě kope, cítím to, ale jak tady ještě není, tak je to takový zvláštní. Jako mám jí ráda, jednou se mně zdál sen, že jsem o ni přišla a to jsem brečela pořád. Rozhodně bych nechtěla o ni přijít, když mně někdo řekne, mamko, tak se ještě naštvu.

Jak partner prožívá Vaše tělesné a psychické změny v těhotenství?

Manžel se těší hodně, ale myslím si, že si to ještě neuvědomuje. Máme hrozné práce s domkem takže, že by u mě seděl a koukal na mimčo to ne ☺, ale vždycky se mě zeptá, jestli kope a jak se má. To on se snaží, je hodnej, někdy je hrozná potvora a říká spíš, že ať mě kopne a tak. My jsme pořád takový pubertáci, třeba se mnou jede rychle autem a já mu říkám, že to řeknu Lyry, jak se mnou jezdil. Já jsem se pak jednou naštvála, že mám velký břicho a on já jí to řeknu, že si jí nechtěla, že máš velký břicho. Spíš se tak škádlíme, jako pohladí, ale taky řekne, kopni maminku, ať si to pořád užije, až se narodí, tak mu to víc docvakne.

Jak k Vám partner momentálně přistupuje?

Já si myslím, že je to pořád stejně, on byl teď pejsek nemocný, tak se cítil tak, že mám ráda jenom pejska, a ne jeho ☺. Někdy má strach, že mám pejska, mimčo a pak je až on. Tak to není, necítí se ostrčený, chová se pořád stejně, jsme hodně spolu.

Představujete si partnera, jaký bude otec?

Jo to určitě, mě se hrozně líbilo, jak se choval k ostatním dětem ze zumbly. Děti ho zbožňují, takže on bude skvělý otec, akorát já bych chtěla takovou princeznu a on pořád samé závody, bahno a tak ☺.

Jste v kontaktu s nějakou rodičkou, popřípadě s matkou?

Tak má kolegyně, co pro mě tancuje, tak před čtyřmi měsíci porodila Davídka. Jinak ostatní kamarádky jenom řeší, kdy půjdou pařit a tak, takže to ne. Na emiminu jsem si psala, ale tam to brali moc dopodrobna. Jinak na internetu je všechno dostupný. Jo určitě s mamkou ano, my ještě bydlíme u mých rodičů, mamka je v částečném důchodě, takže mně pomůže, jak manžel i sestra. Myslím si, že se u nás bude stát fronta, babička s dědem, kamarádky, manžel Ondra říkal, že ho nikomu nepůjčí. Mamka mě bude určitě pomáhat, prát, nakupuje hodně, hodně mě pomáhá.

Jak moc se cítíte pro svého partnera atraktivní na škále od 1-10, kdy 1 je nejméně atraktivní a 10 je nejvíce atraktivní?

Tak to se cítím asi na 3, málo atraktivní, jsem jako chodící koule ☺.

Změnilo se to a proč?

Že už jsem fakt hodně přibrala, že mám velký to břicho.

Myslíte si, že je vaše hodnocení něčím ovlivněno?

To asi ne, manžel pořád říká, že mi to sluší, že mám pěkný bříško. Že bych doma seděla a stěžovala jsem si, že jsem tlustá to určitě ne. Nepřipadám si tak přitažlivá, už nemám toho tolik co na sebe, ale věřím, že se brzo vrátím do formy.

Má k Vám partner nějaké připomínky?

Ne to ne, jenom kladný, ne, že ještě to břicho bude růst ☺.

Jak byste si přála, aby se partner choval během těhotenství a porodu?

Aby víc mluvil na to mimčo, mohl by si mě víc vážit, brát na víc věcí ohled, však si tam dojed', ale nyní už je to lepší, třeba když se necítím řídit, tak řídí on. Holky říkají, že se snaží hodně. Jinak aby byl veselý, když mám špatnou náladu, vyjadřoval neustále lásku, pak vytváření nějakých společných aktivit, popřípadě s něčím pomoc třeba nachystat večeri.

Co na Vás partner obdivuje?

Že pořád pracuji, on to podle mě bere jako samozřejmost, stavíme, takže tak, že jsem funkční.

Co obdivujete Vy na sobě?

Asi taky ještě, že to zvládám, že jsem pořád taková aktivní. Myslela jsem si, že budu jenom sedět, zvládám vše, takže dobrý.

Jak vnímáte svoji postavu před porodem?

Postavu tak může to být horší, já jsem vážila už dřív před porodem, takže teď jsem taková víc v pohodě. Beru to tak, jak to je.

Popište, jak jste spokojena se svoji váhou před těhotenstvím a nyní na stupnici od 1 do 10, kdy 1 je naprosto spokojená a 10 naprosto nespokojená.

Tak před těhotenstvím to bych dala 6, to jsem hodně přibrala, a teď, když jsem těhotná tak 7 takže si myslím, že se to dá.

Jak by Vás a Vašeho partnera ovlivnila nadváha po porodu?

Asi bych se nic nestalo, až budu moci, začnu tancovat a cvičit, Já si myslím, že každý kdo chce, tak jak se malá narodí, tak začnu cvičit. Partnerovi se líbím hubená, ale i pro můj vlastní pocit se cítit dobře.

Myslíte si, že se změnil Váš pohled, to jak na sebe nahlížíte od 15tt do 32tt? Od 0 do 5 bodů, kdy 0 znamená, nezměnilo a 5 znamená, úplně změnilo.

Možná tak o 1 bod, já jsem tak ráda, že jsem tolik nepřibrala, tenkrát jsem si připadala taková tlustá a teď jsem ráda, že to zvládám takto v pohodě.

Jak byste popsala svoje kladné a záporné vlastnosti?

Myslím si, že jsem veselá, aktivní, pracovitá, precitlivělá, hrozně vázaná na rodinu. Já bych jela klidně pomáhat do Afriky, ale zase nedokážu opustit rodinu. Jsem hrozně vázána na rodinu, nedokázala bych ji opustit, takže taková závislost.

Kladete na sebe hodně požadavku?

Já bych řekla, že tak normálně, ale lidé z mého okolí ne, teď jsem se přihlásila na kurzy angličtiny a němčiny, nerada se nudím a pořád ráda něco dělám.

Jaký máte vztah sama k sobě?

Jo já si myslím, že asi kladný, jo tak to já se pochválím, ale zase si někdy řeknu, že jsem hrozná. Ale jsem ráda, když se mně něco povede, ale každý někde má rezervu.

Na kolik procent si sama sebe vážíte, od 0 do 100%?

Já jsem sama se sebou spokojená tak na 90%, ale jsem ještě mladá, aby si člověk dokázal sebe tolik vážit, že něco dokázal.

Co ovlivňuje vaše sebevědomí v těhotenství?

Tak určitě a fyzická aktivita, když můžu chodit do té zumby a jsem pořád taková ještě aktivní no a taky, jak se ke mně partner chová, to mě hodně pomáhá.

Co je pro Vás momentálně důležité?

Rodina, manžel, dítě.

Příloha č. 4: Brožurka, jak se cítit sebevědomě v těhotenství

JAK SE CÍTIT SEBEVĚDOMĚ V TĚHOTENSTVÍ?

Jednoduché tipy a nápady, jak se cítit
přitažlivě během celého těhotenství!



Milé dámy,

Jmenuji se Ivana Šopíková a jsem studentkou psychologie třetího ročníku bakalářského studia v Olomouci. Píši bakalářskou diplomovou práci na téma sebehodnocení žen v těhotenství. Cílem této práce je zmapovat, jak prvorodičky vnímají své globální sebehodnocení a tělesné sebepojetí v 15. tt a v 32. tt. Zajímá nás také, zda dochází k jeho změnám. Dalším cílem je zjistit, které faktory nejvíce ovlivňují sebehodnocení žen v těhotenství. A vytvořit brožurku, která by pomáhala ženám cítit se příjemně a sebevědomě v těhotenství.

Autor: Ivana Šopíková
Rok vydání: Olomouc, 2017
Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

JAK SE ZBAVIT NEVOLNOSTÍ A OBTÍŽÍ V TĚHOTENSTVÍ

Nevolnost a zvracení jsou nepříjemné obtíže, které se vyskytují až u 75 % žen. Pomoci může především změna ve stravování, dostatečná psychická podpora a vitamíny jako například B6.

Studii, kterou prováděl Sahakin v roce 1991 se ukázalo, že vitamín B6 má velmi příznivé účinky na snížení silné těhotenské nevolnosti, jelikož pouze 8 žen z 31, které užívaly vitamín B6, měly pocit na zvracení ve srovnání s placebem, kde 15 žen z 28 stále pociťovaly nevolnost.

Další studie ukázala, že ženy, co užívaly zázvor, pociťují zlepšení až v 87,5 % případů, na rozdíl od druhé skupiny, která pociťuje zlepšení pouze v 28 % případů. Tato studie dokázala, že zázvor může skutečně pomoci ženám, které trpí na nevolnost.

Nedostatečný spánek - nedostatkem spánku trpí až 88% žen v těhotenství.

Aby žena měla klidně spání, doporučuje se pít dostatek tekutin během dne a k večeru před spaním tekutiny omezit, aby došlo k zamezení chůze na záchod. Je vhodné mít pravidelné večerní rituály, jako je čaj, relaxační koupel

před spaním nebo čtení oblíbené knihy. Ve třetím trimestru je důležité si najít správnou polohu pro spánek, nejpříjemnější je pozice na boku.

Doporučuje se věnovat fyzickým aktivitám spíše ráno, které jsou pro zdravý spánek zásadní. Mít dostatek vápníku a hořčíku, aby v noci nevznikaly křeče. Důležitá je životospráva a v případě nespavosti požádat o pomoc svého lékaře.



SEBEVĚDOMÍ ANEB JAK SE CÍTIT ATRAKTIVNĚ

Těhotenství je náročné pro mnoho žen, jelikož měly dosud kontrolu nad svým vzhledem a hmotností, kterou teď nyní nedokážou ovlivnit. Cvičení je osvědčený způsob, jak se ženy mohou cítit lépe, zdravě a fit.

Mnoho studií potvrzuje, že fyzická aktivita je důležitou součástí podpory zdraví a slouží jako prevence různých onemocnění. Díky cvičení během těhotenství má žena lepší zdatnost, více energie, síly, mimo jiné ale i vyšší úroveň životní spokojenosti a vyšší self image.

Výzkumníci zjistili, že ženy, které cvičí během prvního trimestru, zpravidla cvičí po celou dobu těhotenství a jsou méně náchylné na zásahy během porodu, jako je císařský řez a porod je pro ně méně bolestivý.

Výzkum prokazuje, že ženy, které pravidelně po celou dobu těhotenství cvičí zhruba 20 až 60 minut třikrát týdně, zažívají méně bolesti, zlepši se jim spánek, jsou duševně vyrovnané a mají zdravé sebevědomí.

Těhotenství je jednou z nejčastějších příčin, proč ženy přestávají s cvičením. Všechny zdravé těhotné ženy mohou zůstat fyzicky aktivní na střední úrovni intenzity po dobu 30 minut denně.

JEDNODUCHÉ TIPY A RADY

PRÍZNEJTE SI SVĚ SILNÉ STRÁNKY!

Když ženu trápí nedostatek sebedůvěry a sebevědomí, častěji se věnuje svým nedostatkům než svým přednostem. Pokud si myslíte, že žádné silné stránky nemáte, jste na omylu! O našich kamarádkách, známých umíme říct velmi pěkné věci, to stejné oni o nás. Napište si věci, v čem jste dobří.

SÍLA AFIRMACE

Afirmace jsou výroky, které podporují naši vlastní hodnotu. Afirmací se může ovlivnit podvědomí, které nám může pomoci na cestě ke zdravému sebevědomí. Bylo prokázáno, že po dobu 30 dní se naše afirmace stane přirozenou součástí člověka. Afirmace se utváří v kladném přítomném čase osoby jednotného čísla. Naše afirmace by měla být co nepřesnější.

Z afirmace musíme mít dobrý pocit, nesmí to být unavující a vyčerpávající rutina. Naopak musíme se cítit příjemně, nejúčinnější je používat afirmace před spánkem po dobu 2-6 minut.

VHODNÉ POHYBOVÉ AKTIVITY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

Fyzická aktivita by měla být prováděna maximálně opatrně!

- ♥ Chůze
- ♥ Procházky
- ♥ Plavání
- ♥ Turistika
- ♥ Tanec
- ♥ Jóga
- ♥ Pilates
- ♥ Předporodní cvičení
- ♥ Cvičení na míči
- ♥ Jízda na kole
- ♥ Golf



PŘÍKLADY JEDNOTLIVÝCH AFIRMACÍ

- ♥ Moje vnitřní síla a důvěra rostou každým dnem.
- ♥ Jsem vděčný a šťastný.
- ♥ Jsem spokojena se svým vzhledem, každým dnem jsem krásnější a krásnější.
- ♥ Úspěch a štěstí jsou součástí mého života.
- ♥ Má krása spočívá v úsměvu a vnitřní spokojenosti.
- ♥ Prožívám každý den s nadšením.
- ♥ Jsem na sebe pyšná.
- ♥ Každý den ve všech směrech se mi daří lépe a lépe.
- ♥ Přijímám se taková, jaká jsem, mám se ráda.
- ♥ Dosahuji všech svých snů snadno a rychle.
- ♥ Jsem pánem svého času.
- ♥ Zasluhuji si štěstí, blahobyt a prosperitu.
- ♥ Jsem úspěšná ve všem, co dělám.



SMÍCH JAKO LÉK NA VŠECHNO

Nejrychlejší způsob, jak si zvýšit sebevědomí je jóga smíchu. Má sílu vytvářet pozitivní emoce a pozitivní náladu. Uvolňuje se při ní endorfiny, které vyvolávají pocity potěšení, a člověk dosahuje lepších výsledků. Jóga smíchu je skvělý způsob, jak vytvářet pohodu, upevnit zdraví a odbourat stres.

SMÍCH A JEHO VÝHODY

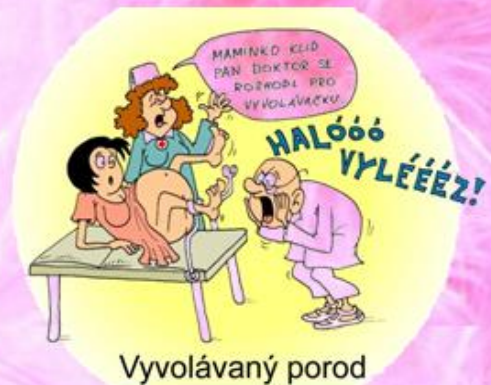
- ♥ Zlepšuje náladu.
- ♥ Uvolňuje se celé tělo.
- ♥ Uvolňují se endorfiny, které navozují příjemný pocit.
- ♥ Spálí se zhruba 40 kalorií za 10 minut.
- ♥ Odbourává se stres.
- ♥ Podporuje imunitní systém.
- ♥ Snižuje hladinu cukru v krvi a krevní tlak.
- ♥ Zmírňuje bolest.
- ♥ Zlepšuje paměť a kreativitu.
- ♥ Prevence rakoviny.
- ♥ Prodlužuje život.

ZDROJE LITERATURY

1. Franckh, P. (2016). *6 minutový kouč - Najdi skutečnou sebevědomí!* Olomouc: ANAG.
2. Hájek, Z., Čech, E. & Maršál, K. (2014). *Porodnictví 3*. Praha: Grada.
3. Herrell, H. E. (2014). Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician*, 89(12), 965-970.
4. Kader, M., & Naim-Shuchana, S. (2014). Physical activity and exercise during pregnancy. *The European Journal of Physiotherapy*, 16(1), 2-9.
5. Kardel, K. R. (2014). *Woman and sport in pregnancy*. Sisu in cooperation with world village of woman sports.
6. Michalčíková, M. (2010, říjen 24). *Jak si zvýšit sebevědomí přes pozitivní afirmace*. Získáno 2. února, 2017 z: <http://www.pasivnipenize.cz/jak-si-zvysit-sebevedomi-pres-pozitivni-afirmace/comment-page-1/>
7. Modrý koník. (2014). *Spánek v těhotenství*. Získáno 5 února, 2017 z: <https://www.modrykonik.cz/spanek-v-tehotenstvi/>
8. Nuttal, L. (2016, June 21). *Building confidence: exercise during pregnancy*. *Confidentlife*. Získáno 6. února, 2017 z: <http://www.confidentlife.com.au/building-confidence-exercise-in-pregnancy/>

JAK DO SVÉHO ŽIVOTA PŘINÉST VÍCE SMÍCHU

- ♥ Začněte se usmívat, bude to pro Vás i pro vaše okolí potěšující.
- ♥ Můžete zkusit trávit více času se zábavnými lidmi.
- ♥ Konverzujte s lidmi, co vtipného se jim za poslední dobu přihodilo.
- ♥ Podívejte se na zábavný film.
- ♥ Přečtěte si vtipy.
- ♥ Uspořádejte hru s přáteli.
- ♥ Zkuste karaoke, nebo si hrajte se zvířetem.



9. Robinson, L., Smith, M. & Segal, J. (2017). *Laughter is the Best Medicine*. *Helpguide.org*. Získáno 7. února, 2017 z: <https://www.helpguide.org/articles/emotional-health/laughter-is-the-best-medicine.htm>
10. Sahakian, V., Rouse, D., Sipes, S., Rose, N., & Niebyl, J. (1991). Vitamin B6 is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind placebo-controlled study. *Obstetrics & Gynecology*, 78(1), 33-36.
11. Těhotenství. (2015). *Spánek v těhotenství – jak na nespavost v jednotlivých trimestrech*. Získáno 6. února, 2017 z: <http://www.tehotenstvi.cz/spanek-v-tehotenstvi-jak-na-nespavost-v-jednotlivych-trimestrech>
12. Vutyavanich, T., Kraissarin, T., & Ruangsri, R. A. (2001). Ginger for nausea and vomiting in pregnancy: randomized, double-masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 97(4), 577-582.