



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Alžběta Šimečková

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 5. 2019

.....
Bc. Alžběta Šimečková

Poděkování

Mé poděkování patří MUDr. Miloši Velemínskému, PhD. Za cenné rady, připomínky a vedení při psaní diplomové práce. Děkuji prof. MUDr. Miloši Velemínskému CSc., dr. h. c. za pomoc s odbornou a praktickou stránkou práce. Děkuji také všem, kteří se podíleli na empirické části této práce. Děkuji své rodině za morální a psychickou pomoc, které si nedocenitelně vážím.

Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte

Abstrakt

S těhotenstvím přichází období plné změn. Ženě i partnerovi se mění životní hodnoty, dále dochází ke změně životního stylu, nastává také změna životních rolí. Gravidní žena má pocit, že nic nebude jako dříve. Těhotná žena je velmi citlivá a také i snadno zranitelná. Prenatální psychologie hledá odpovědi na otázky, jak mateřské chování a reakce ovlivňují psychologii budoucího dítěte. Obsah práce je zaměřen na význam a formy prenatálního attachmentu a způsoby jeho realizace.

Cílem diplomové práce s názvem Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte je: za prvé zhodnotit psychosomatickou situaci těhotné ženy. Za druhé zhodnotit vliv psychosomatické situace na prenatální vývoj dítěte. Za třetí určit míru psychické (ne) pohody během těhotenství. Za čtvrté zhodnotit stav novorozence po porodu. Výzkumná studie představuje přehled o důležitosti vztahu mezi prenatálním a postnatálním attachmentem.

Osloveno bylo třicet gravidních žen. Návratnost byla od patnácti gravidních žen, které souhlasily s vyplněním anonymní standardizované škály. Respondentky byly oslovované od února 2017 až do února 2018. Výzkumný soubor tvořily těhotné ženy a ženy po porodu z blízkého a vzdáleného okolí. Vyplnění Freyberghovy škály probíhalo přes vytvořený webový odkaz

http://mail.scac.cz/mrIWeb/mrIWeb.dll?I.Project=V31_TEHOTENSTVI_PORIZOVA

[NI](#). Vyhodnocení bylo provedeno pomocí kvalitativní metody, formou otevřeného, axiálního a selektivního kódování zakotvených tvrzení pomocí počítačového programu Atlas.ti. Další získané výsledky, zpracované pomocí statistiky, nám určily míru deprivace těhotných žen v jednotlivých trimestrálních období a po porodu, dle zkušeností s těhotenstvím. Výsledky z dostupného výběru, od žádné deprivace, až po těžkou deprivaci. Z výběrové skupiny 15 žen a jejich 405 odpovědí bylo zaznamenáno 2% odpovědí, což odpovídá střední míře deprivace. Každá respondentka trpí deprivací.

Výsledky této studie naleznou uplatnění zejména v oborech prenatální psychologie a gynekologie. Budou sloužit jako pilotní výsledky pro plánovaný projekt CEP. Při daném počtu respondentek jsme neprokázali vztah mezi prenatální patologií, psycho

somatické a postnatálním vztahem novorozence. Apgar skóre u novorozenců byl mezi osmi až deseti body a ne nižší.

Klíčová slova:

Psychosomatická situace matek v těhotenství; deprivace; úzkost; stav po porodu; prenatální komunikace; teorie citové vazby; ošetrovatelská péče v prenatálním období; role dětské sestry; bonding; deprese; prenatální psychologie; sociální situace.

Effects of the psychosomatic situation of pregnant women on the child prenatal development

Abstract

Pregnancy is a period full of changes. The perception of life values by the woman and her partner are varied, changes in the life style are encountered and their roles in the life are also altered. The pregnant woman feels that nothing will be like before. She is very sensitive and also easily vulnerable. Contrastingly to the routine prenatal care, prenatal psychology searches for answering questions what the feelings in the pregnancy are in terms of the psychosocial situation, and what the impacts of this course on the newborn condition after the delivery are. The scope of the work is aimed at the importance and forms of the prenatal attachment, course and its impact on the newborn.

The targets of the Diploma Work entitled “Effects of the psychosomatic situation of pregnant women on the child prenatal development” are as follows: 1) to assess the pregnant woman psychosomatic situation, 2) to evaluate the influence of psychosomatic situation on prenatal development of child 3) to determine the measure of the pregnant woman (dis)comfort throughout three trimesters and 4) to evaluate the newborn condition after the delivery.

Thirty pregnant women were addressed. Fifteen women reflected on the proposal and agreed with completing an anonymous standardized scale. The respondents were contacted within a period of February 2017 to February 2018. The research sample group included the women and their newborns. The choice was intentional. The women completed the Freybergh scale, which is focused on monitoring the psychosocial situation of pregnant women. It comprised 70 questions divided into seven categories. They were answered through the mediation of a compiled web reference at http://mail.scac.cz/mrIWeb/mrIWeb.dll?I.Project=V31_TEHOTENSTVI_PORIZOVA_NI.

The statistically processed results indicated the measure of the deprivation of pregnant women in particular trimesters and condition of the newborn after the delivery based on the pregnancy experienced. The Atlas programme was employed for the qualitative research to develop an anchored statement. From the sample group of 15 women and

their 405 answers, 2% of answers were recorded corresponding to an intermediate degree of deprivation. Every respondent suffered from mild deprivation.

The results of the present study will find their applications particularly to branches of prenatal psychology and gynaecology. They will serve as pilot results for a CEP project planned.

Key words

Psychosomatic situation of pregnant women; anxiety; condition after delivery; prenatal communication; theory of emotional relationship; nursing care in prenatal period; role of paediatric nurse; bonding; depression; prenatal psychology; social situation.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1. SOUČASNÝ STAV.....	13
1.1 Prenatální psychologie	13
1.1.1 Historie a úkol prenatální psychologie	14
1.1.2 Osobnosti v prenatální psychologii.....	14
1.1.3 Edukace sestry v prenatální psychologii	16
2.1 Prenatální péče.....	16
2.1.1 Historie prenatální péče u nás	17
2.1.2 Prenatální poradna	18
3.1 Prenatální vývoj plodu během těhotenství.....	19
3.1.1 Faktory působící na vývoj plodu	21
3.1.1.1 Sociální, ekonomická situace.....	21
3.1.1.2 Drogy, alkohol, kouření.....	21
4.1 Prenatální komunikace	22
4.1.1 Význam prenatální komunikace.....	22
4.1.2 Impulz k prenatální komunikaci	23
4.1.3 Způsoby prenatální komunikace.....	23
4.1.4 Role sestry v prenatální komunikaci.....	25
4.1.5 Sestra a prenatální komunikace	26
5.1 Čas změn v těhotenství.....	26
5.1.1 Somatické změny v těhotenství.....	26
5.1.2 Fyziologické změny v těhotenství.....	27
5.1.3 Emocionální změny v těhotenství.....	27
5.1.4 Změny v hormonálním systému	27
6.1 Životospráva těhotné.....	28
7.1 Duševní rovnováha těhotné ženy	29
7.1.1 Úzkost	29
7.1.1.1 Těhotenství a úzkost.....	29
7.1.1.2 Vliv úzkosti v těhotenství na matku a dítě.....	30
7.1.1.3 Vliv úzkosti na somatický vývoj dítěte	30
7.1.2 Stres	31
7.1.3 Deprivace	31

7.1.3.1	<i>Psychická deprivace</i>	31
7.1.3.2	<i>Nedostatek mateřské lásky</i>	32
7.1.3.3	<i>Deprivace v rodině</i>	32
7.1.4	<i>Deprese</i>	32
7.1.5	<i>Agresivita</i>	33
7.1.6	<i>Strach</i>	33
7.1.7	<i>Regrese</i>	34
7.1.8	<i>Pocit viny</i>	34
7.1.9	<i>Frustrace</i>	34
8.1	<i>Porod</i>	34
8.1.1	<i>První doba porodní</i>	35
8.1.2	<i>Druhá doba porodní</i>	35
8.1.3	<i>Třetí doba porodní</i>	35
9.1	<i>Bonding</i>	35
10.1	<i>Novorozenecké období</i>	37
11.1	<i>Role otce</i>	38
12.1	<i>Vazba matka – dítě</i>	38
13.1	<i>Duše plodu v zrcadle psychoanalýzy</i>	39
2.	EMPIRICKÁ ČÁST	40
2.1	<i>Cíl práce</i>	40
2.2	<i>Výzkumné otázky</i>	40
3.	METODOLOGIE VÝZKUMU	41
3.1	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	43
3.2	<i>Metodika vyhodnocování dat</i>	44
3.3	<i>Operacionalizace pojmů</i>	44
4.	ZPRACOVÁNÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI A VÝSLEKDY VÝZKUMU	47
4.1	<i>Identifikační údaje respondentek</i>	47
4.2	<i>Přehled odpovědí respondentek</i>	50
4.3	<i>Míra deprivace u rodiček</i>	53
4.4	<i>Kategorizace dat</i>	56
4.4.1	<i>K1 – Identifikační údaje</i>	56
4.4.2	<i>K2 – Sociální vazby</i>	60
4.4.3	<i>K3 – Průběh gravidity</i>	63

4.4.4	<i>K4 – Psychický stav v těhotenství</i>	65
4.4.5	<i>K5 – Porod a život po něm</i>	70
4.5	<i>Konstrukce teorie</i>	72
4.5.1	<i>Paradigmatický model</i>	73
4.5.2	<i>Klíčová kategorie výzkumu</i>	81
4.6	<i>Formulace zakotvených tvrzení</i>	82
5.	<i>DISKUZE</i>	83
6.	<i>ZÁVĚR</i>	92
7.	<i>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</i>	94
8.	<i>SEZNAM PŘÍLOH</i>	107

ÚVOD

Gravidita a porod jsou jevy přirozené, ale i přesto ohrožující zdraví i život matky a dítěte (Pařízek, 2009). Těhotenství, porod a s ním spojená péče o novorozence a následná výchova dítěte patří mezi zvláštní, ale i zároveň nádherné období v životě ženy, muže a celé rodiny Gregor a Velemínský, (2011). Prostředí dítěte před narozením tvoří děloha. Žena, jakožto matka je člověk s anamnézou, rodinným domem, prožitým dětstvím, sny, ale také s prožitými zklamáními, úspěchy či neúspěchy, bolestí, láskou. Třeba pije hodně alkoholu nebo málo, může být silná kuřačka, nebo ne. Možná tráví noci sama v posteli, prožívá noční můry plné strachu a hrůzy s hlasitými výkřiky. Možná prožívá období zamilovanosti, lásky, štěstí se svým partnerem. V děloze leží dítě a žije společně s matkou, díky společné symbióze. Krev dítěte je i krví matky. Hormony matky jsou i hormony dítěte. Plod pije společně s matkou, společně s ní jí, miluje či nenávidí, baví se, trpí, lekne se společně s ní, cítí její srdeční ozvy, vše sdílí spolu s ní. Dítě nedokáže bez matky žít a je na ní zcela závislé. Důležitou roli hraje také otec dítěte. I on je člověk s anamnézou, žije si vlastním životem v jeho světě, a hlavně hrál velkou úlohu při jeho početí. Otec je nejbližším prostředím matky. Od dítěte se vyžaduje mnoho. Většinu času z devíti měsíců, které dítě žije v děloze, roste a učí se, aby se připravilo pro život. Proto je důležité osvojení adaptačních mechanismů, které mu budou pomáhat přežít. Je důležité, abychom si položili pár otázek. Kolik z nás myslí na prostředí dítěte před narozením? Kolik psychologů se zabývá touto otázkou? Kolik gynekologů myslí na dělohu jako na prostředí „*plodu*“ při vyšetřování těhotných žen? Fedor-Freybergh záměrně použil u slova plod uvozovky, protože se ještě nikdy nestřetl s těhotnou matkou, která by hovořila o svém „*embryu*“, anebo „*fetu*“, ale vždy jen o svém dítěti. Domnívá se, že kdyby se svět tímto zabýval, byli bychom dnes dále na cestě za pochopením lidského vývoje (Fedor-Freybergh, 2013). Kdysi si lidé mysleli, že plod žije v děloze a tam je uzavřen, že je oddělen od okolního světa, kam se dostává až porodem. Postupem času se přicházelo na to, že prenatální dítě reaguje na vnější prostředí, má vyvinuté všechny smysly, a dokonce už si i pamatuje. Tato fakta vedla ke vzniku prenatální psychologie, která se zabývá vývojem, vlivem emocí, chováním a prožitky člověka před narozením. Tento obor je velmi mladý. To, co se dělo uvnitř dělohy, zůstávalo lidem dlouho skryto a vše bylo jen věcí dohadů a spekulací. Díky

moderní technologii máme možnost sledovat nitroděložní život dítěte, díky sonografickému zobrazení pozorujeme růst dítěte, pohyby a reakce, aniž bychom plod nějak ovlivňovali. V dnešní době jsou oba partneři zapojováni do děje těhotenství více, než dříve. Muži by měli doprovázet těhotnou do poraden, být přítomni u sonografických vyšetření plodu, zapojit se do výběru porodnice, jména a v neposlední řadě se účastnit porodu. Období, které je bezprostředně před porodem, nebo v průběhu porodního děje a také v časném šestinedělí, je charakterizováno závislostí těhotné a nedělký na blízkých osobách. A to právě a zejména na otci očekávaného dítěte. Jedná se zvláště o podporu ve sféře psychické, kde se vytváří pocit bezpečí, který těhotná potřebuje (Slezáková, 2011). Pokud chceme, aby přístup otce byl aktivní v období těhotenství, porodu i po něm, je důležité mluvit o těhotných rodičích, ne jen o těhotné ženě Velemínský, Velemínský (2017). Jedná se o teoretické seznámení se s průběhem těhotenství, vedoucí k lepšímu pochopení problémů ženy, dále sledování růstu budoucího člena rodiny, zdravotního stavu ženy, účastnění se tzv. her s plodem. Proto je v dnešní době samozřejmostí, že se otec účastní porodu. S muži se dnes už i počítá v předporodních kurzech, u masáží, učí se poznávat příznaky a nástup porodu. Po celou dobu trvání těhotenství by muži měli být svým partnerkám fyzickou a psychickou oporou. Muži by měli pomáhat s chodem domácnosti, s přípravami na příchod nového přírůstku do rodiny, ale také pomáhat ženě s dodržováním správné životosprávy v těhotenství Gregor a Velemínský ml, (2007). Gravidita a prenatální psychologie úzce souvisící s prenatální komunikací. Důležitý je i rozhovor mezi matkou a dítětem, který těhotná žena zahajuje co nejdříve s nenarozeným děťátkem. Tato komunikace je velice důležitá, protože ovlivňuje vytváření osobnosti dítěte. Dialog je základem „já – ty“ vztahů v lidském životě a výrazně ovlivňuje další střetnutí a vztahy v postnatálním životě člověka. Embryo není jen žijící, biologické a psychologické individuum, ale i sociální. Je to první kontakt v období s nastávající matkou a jejím dítětem. Uskutečnila se řada výzkumů, které se vztahují k prenatálnímu období. Dítě často dává lidskému životu směr, ale také cíl. Dítě, je někdo, komu můžeme věnovat svou lásku, své schopnosti, svou starost, ale také svůj čas (Konečná, 2003).

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Prenatální psychologie

V dnešní době je zřejmé, že psychický vývoj jedince již vzniká v období nitroděložního života plodu. Tímto se zabývá prenatální psychologie. Prenatální a perinatální psychologie je nová vědecká disciplína. Snaží se integrovat rozdíly v oborech, které se zabývají základními otázkami života. Sem patří medicína, psychologie, etologie, filosofie, sociologie a antropologie. Dále se zabývá širokými souvislostmi prenatálního života. Vlivem emocí matky na plod, sociální vazby, prožívání během těhotenství. V první třetině těhotenství je žena zaměřena především sama na sebe. Je introvertní, sleduje své tělo a první známky těhotenství. Pomalu se smiřuje s tím, že v ní žije nový člověk. Který po narození změní způsob života celé rodiny. Úkol těhotných v prvním období je přijmout těhotenství. Objevují se pocity strachu, pochyby z časné ztráty, přecitlivělost, rozladěnost, nejistota. V tomto období řeší žena, jak sdělit informaci o svém těhotenství partnerovi nebo rodičům. To může být pro ženu velmi stresující, pokud očekává negativní reakci (Roztočil, 2008); (Ratislavová, 2008). Do druhé fáze psychologického těhotenství vstoupí žena tehdy, když vnímá, cítí pohyby plodu. V tomto období si uvědomí existenci plodu. Podporuje zdravý životní styl, je aktivní, dochází na cvičení pro těhotné, plavání a navštěvuje předporodní kurz. V tomto období má žena za úkol přijmout plod jako nezávislého, samostatného jedince. Druhá a třetí psychologická třetina patří mezi období, kdy ženě hrozí předčasný porod. A také v tomto období cítí, že by už chtěla porodit co nejdříve. Toto období se také nazývá „stavění si hnízda“. Žena zařizuje prostředí, kam má dítě přijít. Toto období doprovází také pocity zranitelnosti, obavy o těhotenství, strach z porodu a také radosti z příchodu dítěte na svět. Ke konci se pro většinu žen stává těhotenství nepohodlným. Toto období se ženám zdá nekonečné. Organismus žen je fyzicky zatížen. Objevuje se špatný spánek a také únava. Pocity nemotornosti, nepřítažlivosti vyvolává velikost břicha. Úkolem tohoto období je příprava na porod, na existenci nového jedince (Ratislavová, 2008), (Roztočil, 2008).

1.1.1 Historie a úkol prenatalní psychologie

Prenatální psychologie patří k novým vědním disciplínám. Nezabývá se jen vlivy emocí těhotné ženy, ale také jak působí na plod. Zkoumá prožívání samotného těhotenství matkou, dále zkoumá sociální vazby a další účinky, které mohou ovlivnit vývoj a život již nenarozeného člověka. Jak se plod chová je v dnešní době možno sledovat pomocí řady technik. Z různých výzkumů vyplývá, že během prenatalního života se rozvíjí paměťové funkce plodu. Plod je v tomto případě schopný přijímat a také zpracovat smyslové informace (Rastislavová, 2008). Jan Ámos Komenský v knize s názvem „*Informatorium školy mateřské*“ zdůrazňoval, že budoucí matky by měly být šetrné. Měly by dbát na to, aby svému plodu neškodily. Ženy by měly o své budoucí dítě pečovat. Mají být střídme v jídle, pití, ale ne se postit, aby nedošlo ke smrti dítěte. Těhotné mají dodržovat správnou výživu a životosprávu. Měly by se vyhnout pádům. Dále by se žena měla vyvarovat stresu, hněvu a prudkému lekání (Komenský, 1964).

1.1.2 Osobnosti v prenatalní psychologii

Hlavními představiteli prenatalní psychologie jsou S. Ferenczi, O. Rank, Peter Fedor-Freybergh, D. Chamberlain, T. Verny, N. Fodor a G. H. Graber, Sigmund Freud a anglický filozof John Locke (Rastislavová, 2008). V historii na toto téma narazil italský umělec, vynálezce Leonardo da Vinci. Ve svém spise „*Quaderni*“ se snažil pochopit všechny souvislosti a také vlivy, které prenatalní život ovlivňují. „Leonardo da Vinci napsal: „*stejná duše ovládá dvě těla...to, co si matka přeje v čase své naplněné touhy, se často zrcadlí v životě dítěte...*“ (Marek, 2002, s. 183). Dalším významným psychiatrem a psychologem, který se zabýval prenatalním obdobím, je Thomas Verny. Jeho dílo nese název „*Skrytý život nenarozeného dítěte*“. Zde sděluje své myšlenky, dále i poznatky, názory týkající se prenatalní psychologie. Autor uvádí, že: „*nenarozené dítě je lidskou bytostí, která si uvědomuje a reaguje, a která od šestého měsíce vede aktivní a citový život*“ (Matějček, Langmeier, 1986, str. 116.). Autor své poznatky shrnul do čtyř bodů. V prvním bodě mluví o lidském plodu, který užívá všech smyslů. Sem patří i schopnost plodu vnímat. Druhým bodem je skutečnost, že jakmile plod dokáže vnímat, formují se jeho postoje. Jeho

samotné jednání a chování pak souvisí s vlastními pocity. Ve třetím bodě zmiňuje matku, která svojí úzkostí nebo starostmi zanechává negativní vliv na osobnosti vyvíjejícího se plodu. Ve čtvrtém bodě se zabývá otcem dítěte a jeho vztahem k němu. Oba společně vytvářejí pozitivní vlivy a city, které působí na jejich dítě (Matějček a Langmeier, 1986). Nejdůležitější jak pro matku, tak i pro dítě je, aby těhotenství prožila v poklidu, nerozčilovala se zbytečně, uměla relaxovat, nekouřila, nebrala drogy a nepila alkohol. Tyto vlivy mají negativní vliv na vývoj dítěte a pak i po narození. Žena by měla mít i trvalý a harmonický vztah s partnerem. Ke klíčové události v životě člověka patří i samotný porod. Porod samotný bývá spojen s nezvyklými situacemi. Tím se myslí světlo, změny dýchání a krevního oběhu, bolest, hlavně život mimo dělohu. V psychologii se hovoří, vlivem těchto podnětů, o možném vzniku poporodního traumatu u dítěte. K tomu přispívá i separace od matky. Pro udržení vztahu a vazby mezi dítětem a matkou během těhotenství, ale také v průběhu porodu i následně po něm, by ihned po porodu měl být co nejdříve podpořen rozvoj rodičovského chování u matky i otce dítěte a cílem navázat tak na něco, co bylo podporováno celé těhotenství. Proto je nutná spolupráce ženy, porodníků, pediatrů, ale i psychologů. K významným psychologům v České republice patřili Zdeněk Matějček, Josef Langmeier, (Kohoutek, 2013); (Vymětal, 2003). Peter Fedor-Freybergh, je to autor slovenské národnosti, který žil dlouhodobě ve Švédsku. Jednotlivá prenatalní stadia mají jedinečnou možnost v primární prevenci psychických, emočních a fyzických problémů v následujícím životě. Těhotenství je aktivní rozhovor mezi matkou a dítětem i širším okolím. Ukazuje na důležitost prenatalní péče. Je potřeba zahrnout sem psychologické, medicínské a sociální aspekty. V roce 2013 proběhla v Brně první česká konference zaměřená na prenatalní psychologii a prenatalní komunikaci. Do organizace byla zapojena i česká lékařka pracující v Londýně, Indrielle Tereza, která tvrdí, že po založení České mezinárodní společnosti pro prenatalní a perinatální psychologii v roce 1971, vzniklo v České republice odvětví dosud zde neznámé (Labusová, 2013).

Autor Verny Thomas je průkopníkem prenatalní psychologie a perinatální psychiatrie. Autor se zastává názoru, že výsledkem dlouhodobého pozorování je, že rodiče mají vliv na tělesné a duševní rysy svých dětí. Rodiče ovlivňují dítě svými myšlenkami už v děloze. Verny zkoumá duševní vývoj v prenatalním období. Své poznatky shrnul

v knize s názvem „*Skrytý život nenarozeného dítěte*.“ Thomas Verny je porodník a psychiatr slovenského původu, žijící v Kanadě. Jeden z prvních odborníků, který formuloval závěry vyplývající z pozorování pomocí nových technologií. Popsal tři druhy komunikace. Fyziologická komunikace, kdy zprostředkovatelem je krev procházející placentou. V krvi proudí různé látky např. cukr, adrenalin. Projevem může být stres, který vyvolává fyziologické reakce matky. Smyslová komunikace, kdy plod vnímá smyslové podněty, ne všechny. Patří zde masírování břicha, mateřský hlas. Pohyb dítěte je projevem jeho nelibost. Emoční a racionální komunikace matky a plodu. Vše spočívá v tom, že matka prožívá určitým způsobem existenci plodu, soustředí se na něj, na svoji pozornost a uvažuje nad vším (Verny a Kelly, 1993).

1.1.3 Edukace sestry v prenatální psychologii

Učit, vychovávat, ale také vést vpřed. To vede k cíli navodit pozitivní změny ve vědomostech, postojích, dovednostech či návycích. Sestra může vést ženy k tomu, aby změnily své chování, aby dbaly o svůj fyzický i psychický stav (Juřeníková, 2010). Edukace může provádět kdekoli, během předporodních kurzů, ve zdravotnickém zařízení či přednáškách pro veřejnost. Plán edukace by měl být promyšlený. Edukace by se měla přizpůsobovat individuálním zvláštnostem jedince. Sestra musí během realizace brát v úvahu zdravotní stav jedince, jeho psychický stav, individuální potřeby, osobní zkušenost, osobnost, sociální prostředí a také kulturní odlišnosti. Formy edukace mohou být individuální, skupinová, hromadná. Je nutné získat i zpětnou vazbu. Individuální edukace spočívá v rozhovoru, instruktáži s praktickým cvičením, vysvětlováním. Celkově by se měla edukace týkat prenatální psychologie, komunikace s dítětem, vytváření vztahu k dítěti, informací o tom, co je schopné dítě prenatálně vnímat, vývoje plodu, ohrožujících vlivů, které působí na plod (Juřeníková, 2010); (Štromberová, 2010).

2.1 Prenatální péče

Tvoří významnou součást těhotenství. Poskytuje matkám velké množství informací, které jim dodávají uklidnění. Jakmile žena zjistí, že je těhotná, měla by začít

spolupracovat s organizací předporodní péče. Měla by se začít učit, jak se starat sama o sebe i o své dítě. Cílem je prožítí zdravého těhotenství jak pro matku, tak i pro dítě, a mít úspěšný porod. Předporodní vyšetření a také kontroly poskytují informace o těhotenství. U vícečetného těhotenství by měla žena být obezřetná. Žena by měla v době těhotenství jíst málo, ale často odpočívat dostatečně, předcházet bolestem zad, zaplavat si (Deansová, 2004). Česká republika se po druhé světové válce řadila ke státům se špatnou péčí v perinatologii. V roce devatenáct set čtyřicet pět došlo k reformě zdravotnictví. K zachycení těhotenství docházelo již v prvním trimestru těhotenství. Zřídily se prenatální poradny, kam těhotné pravidelně docházely. Byly informovány o průběhu svého těhotenství. Těhotným ženám byl vystaven těhotenský průkaz, kam se zaznamenávalo každé provedené vyšetření. Sloužilo to porodníkům. V posledních šedesáti letech prošel těhotenský průkaz velkým vývojem. Důležité bylo, aby těhotná svůj průkaz nosila vždy u sebe, z důvodu nenadálých zdravotních komplikací. Při návštěvě je stanoven termín porodu, který se vypočítává na základě poslední menstruace (Roztočil, 2008). Těhotenský průkaz slouží jako doklad pro gynekologa, matku. V průkazu musí být zaznamenány údaje, které se týkají těhotné ženy. Záznam aktuálního těhotenství, záznamy týkající se polohy plodu. Mezi další údaje patří identifikační údaje matky, razítko lékaře, u kterého je žena v péči, pravděpodobný termín porodu, nástup na mateřskou dovolenou, informace o předchozích těhotenstvích a porodech, zdravotní stav těhotné, tělesná výška, váha, pánevní rozměry. Dále by měl obsahovat výsledky krevních testů, výsledky sonografických vyšetření, kontroly děložního čípku.(Gregora a Velemínský, 2011).

2.1.1 Historie prenatální péče u nás

Na přelomu 19. a 20. století se o těhotnou v období před, během a po porodu pečovaly zpravidla porodní báby. Lékaře volali pouze při podezření na nepravidelnosti. Porodní asistentky diagnostikovaly těhotenství na základě známek nejistých, pravděpodobných i jistých. Predikovaly termín porodu a prováděly vnitřní i vnější vyšetření. Celkový obraz jim pomáhalo dotvářet cílené zjišťování anamnézy. V meziválečném období probíhal vývoj zejména v postnatální starostlivosti,

a to jak o matku, tak o novorozence. Úmrtnost matek ovšem stoupala zejména kvůli hygienickým podmínkám. První prenatalní poradny vznikly na Moravě. V roce 1937 byly zřízeny ve Zlíně, o rok později v Olomouci a následně v Brně. Po druhé světové válce začaly být porodní asistentky vyškoleny. Pracovaly spolu s gynekology v prenatalních poradnách, které i vedly. Se změnou způsobu práce přišla i změna názvu oboru. Nebyly to porodní asistentky, ale ženské sestry. V padesátých letech dvacátého století byl stanoven počet kontrol těhotných za celé těhotenství celkem třikrát. Vyšetření bylo zaměřeno na postavu, chrup, váhu, krev, moč, ozvy plodu a krevní tlak. Dále se měřily zevní pánevní rozměry, prováděla se vnitřní a vnější vyšetření, časté bylo vyšetření per rektum z důvodu hygieny. Kontrolovala se hmatem děloha, její tvar a výška, uložení plodu. Šedesátá léta dvacátého století přinesla zavedení těhotenských průkazek. Prenatalní poradny vznikly i u velkých továren. Ženy se školily také o těhotenství samotném, výživě a správné životosprávě. Přípravu na svůj porod nebraly na lehkou váhu. Dále byli navštěvováni budoucí rodiče a zjišťovala se úroveň sociální. V sedmdesátých letech dvacátého století, byla vytvořena centra specializovaná na riziková těhotenství. Dále se zavádělo cvičení pro těhotné, kde se nacvičovalo správné dýchání, tlačení při porodu, zlepšení kondice, relaxace. V osmdesátých letech byl poprvé u nás použit ultrazvuk. Vyšetření bylo plánováno ve třináctém až čtrnáctém týdnu a dále ve třicátém až třicátém druhém týdnu gravidity. Kontrola zjišťovala vývoj plodu, jeho vitalitu, gestační stáří, počet plodů, uložení placenty, množství plodové vody. Po revoluci v devadesátých letech dvacátého století vznikala soukromá zařízení (Hájek, 2004); (Trča, 2004).

2.1.2 Prenatalní poradna

Jedná se o odborné pracoviště pro těhotné ženy. Existuje spousta prenatalních poraden. V tomto oboru se velmi zlepšila zdravotní péče. Náplní práce poraden je poučení těhotné ženy o životosprávě během těhotenství. Partner se může účastnit vyšetření. Při pravidelných vyšetřeních očekávají budoucí rodiče odpovědi na tyto otázky: Diagnóza těhotenství při první návštěvě. Délka trvání gravidity a vypočítání data porodu. Zjištění, či se nejedná o patologické či rizikové těhotenství. Odchytky organismu ženy. Určení data

porodu je nejpřesnější podle prvního ultrazvukového vyšetření. Dále se dá vyloučit mimoděložní těhotenství. Lze určit i vícečetné těhotenství, nebo zda nemá plod vrozené vady či abnormality (Roztočil a kol., 2001). Ultrazvuk tvoří neodmyslitelnou součást těhotenství. Plod je vyšetřen v každé fázi prenatalního vývoje. V dnešní době je možné použít dva typy zobrazení. Nejčastější je zobrazení dvojrozměrné (2D). Novější je 3D(třírozměrné) zobrazení. Třírozměrné zobrazení umožňuje zobrazit reálný obraz plodu, nálady plodu, ale i výraz a chování (Hourová, Králíčková a Uher, 2007).

3.1 Prenatální vývoj plodu během těhotenství

Vývoj plodu se dá rozdělit do deseti lunárních měsíců, což je devět kalendářních měsíců, čtyřicet týdnů, nebo dvě stě osmdesát dní. Jeden lunární měsíc trvá dvacet osm dní. Období prenatalní začíná oplodněním vajíčka spermií a končí narozením dítěte. V období blastogeneze, kdy oplozené vajíčko se pomocí složitých procesů mění na blastocystu. Ta se během tří dnů dostává do dutiny děložní a ve stěně se uhnízdí. Na konci třetího týdne po oplodnění vzniká základ nervového systému, který tvoří nervová trubice. Po více jak dvaceti dnech začíná druhé období, zvané embryonální. Začínají se vytvářet základy pro hlavní orgány organismu. Embryo je velice citlivé na působení teratogenních faktorů, které mohou způsobit závažnou vývojovou vadu, nebo dokonce i úmrtí embrya. Z blastocysty, která je uhnízděná ve stěně děložní, vzniká embryo. O embryu hovoříme od třetího týdne po oplození, až do konce osmého týdne. Na začátku devátého týdne po oplození se embryo stává plodem. Dochází k rychlému růstu. K orgánovým změnám. Embryo je citlivé na negativní vlivy, které vedou k vývojovým vadám plodu. V tomto období se tvoří i placenta, která je důležitá pro výživu plodu, chrání plod před škodlivými látkami, slouží dočasně jako imunitní systém po celé těhotenství. Třetí období je posledním obdobím vývoje plodu a trvá až do narození (Vágnerová, 2000, 2012); Allen a Marotz, (2008); Čech a kol., (2006), (Obrázek č. 1). Plod nabývá, až do třicátého osmého týdne gravidity. Dokončuje se vývoj všech orgánových systémů, jednotlivé orgánové systémy plní svou úlohu (Špaňhelová, 2003), (Šulová, 2004). Jeden trimestr trvá tři kalendářní měsíce. **První trimestr** začíná početím, oplodněním vajíčka spermií. V tomto období si žena zvyká na to, že je těhotná. V tomto období přichází

i tělesné změny. Váhový přírůstek není zatím znát (Allen, Marotz, 2008). Porod probíhá mezi třicátým osmým až čtyřicátým druhým týdnem. Spojení mateřského organismu s nenarozeným plodem patří po celou dobu života děloze matky. Hlavní spojení mezi matkou a plodem plní placenta. Změny ve vnitřním prostředí matky se projevují i v organismu plodu (Vágnerová, 2012). **Druhý trimestr** začíná čtrnáctým týdnem. Pokračuje rychlý růst horních končetin, dolní zaostávají, probíhá další vývoj zevního genitálu. Fetus se již nyní pohybuje. Tyto pohyby může a nemusí žena vnímat. Pohyby jsou viditelné na ultrazvukovém vyšetření. Plod pluje v plodové vodě, polyká a vylučuje ledvinami. Tělo kryje tenká pokožka, na povrchu hlavy rostou vlasy. Ušní boltce definitivní formy. Prodlužují se dolní končetiny. Toto období charakterizuje rychlý růst plodu, pomaleji roste hlavička, na povrchu těla se nachází kožní mázek. Pohyby plodu jsou větší a prudší, horní končetiny ohmatávají okolí, plod si cucá palec v ústech a kope nohama. Svaly v obličeji jsou schopny pohybu, fetus otvírá a zavírá ústa. Svalové pohyby řídí nervový systém. Pupečník měří padesát centimetrů a je spirálovitě uspořádán. Během dvacátého třetího až dvacátého sedmého týdne oči zaujímají své postavení. Kůže je vrásčitá, má růžovou až červenou barvu. Je více kožního mázku, nejvíce ve vlasaté části hlavy a na zádech. Plod vnímá zvukové podněty, rozpoznává tlukot srdce matky i její hlas. Druhý trimestr je pro ženu spíše úlevový, kdy odezní všechny potíže. Váhový přírůstek je v tomto období nejvyšší. Ženě roste břicho a nabývá těhotenského vzhledu. **Třetí trimestr** začíná dvacátým osmým až třicátým prvním týdnem. Jedná se o zátěžové období. Žena je často unavená. Plod je aktivní, využívá uchopovací a sací reflex. Přibývá podkožní tuk, mění se barva kůže. Zakládá se mléčná žláza. Nehty dorůstají ke koncům prstů. Plod je schopen mrkat, zorničky reagují na světlo. V třicátém druhém až třicátém šestém týdnu pokračuje růst a vyzrávají vnitřní orgány, vyvíjí se kostra. Pohyby jsou intenzivní i viditelné. V osmém měsíci nitroděložního vývoje začnou plicní sklípky vylučovat Surfaktant, který je naprosto nutný pro rozvinutí alveol při prvním výdechu. A pro rovnoměrné provzdušnění plic. Ve třicátém sedmém týdnu až čtyřicátém týdnu plod dále roste, přibývá na hmotnosti, opadává lanugo, na kůži zůstává kožní mázek. Brada se dotýká hrudníčku. Ohnutá jsou záda, horní končetiny jsou ohnuty v loketním kloubu, dolní končetiny jsou ohnuty v kloubu kyčelním a holenním. Porod probíhá mezi třicátým osmým

až čtyřicátým druhým týdnem Hourová a kol., (2007); (Skutilová, 2016); Gregor, Velemínský ml.,(2007).

3.1.1 Faktory působící na vývoj plodu

V prenatální poradně se setkáváme s různými ženami. Jednak mohou být drogově závislé, nebo jsou příliš mladé, dále to mohou být ženy bez domova, ženy sociálně slabé. Všechny tyto faktory působí negativně na vývoj plodu. Porodní asistentka by měla umět zamezit, anebo potlačit psychickou zátěž. Získat pozitivní vztah k sobě samé, umět posílit mateřskou identitu Roztočil a kolektiv (2008); Ratislavové (2008).

3.1.1.1 Sociální, ekonomická situace

Sem patří ženy svobodné, ženy bez domova, ženy se špatným socioekonomickým zázemím. Tyto ženy nemají uspokojeny základní potřeby, kam patří láska, odpočinek, podpora. Bývá u nich větší sklon k depresím, což vede ke zhoršení vývoje plodu z důvodu stresu a nevhodného životního stylu těhotné. Tyto ženy mohou mít infekční choroby, sexuálně přenosné choroby a vyšší sklon k alkoholismu nebo kouření. Tím dochází k vyššímu riziku předčasných porodů novorozenců s nízkou porodní hmotností a horší adaptací (Ratislavová, 2008).

3.1.1.2 Drogy, alkohol, kouření

Drogově závislé ženy i jejich plod jsou vystavovány různým problémům. Hrozí předčasný porod, růstová retardace plodů, u novorozenců se objevují i abstinenční příznaky. Dítě trpí zvýšenou tvorbou slin, průjmy, mohou se vyskytovat i křeče, horečky a zvracení. S tímto problémem je spojené i riziko přítomnosti infekcí, jako HIV a hepatitida B (Čecha a kol., 2006). Když žena užívá amfetamin v těhotenství, může se u dítěte projevit porucha chování či zvýšená agresivita. Při užívání heroinu a kokainu hrozí předčasné odloučení placenty, anemie u žen, ale i vrozené vývojové vady plodu, zvýšená aktivita dělohy a také nízká porodní hmotnost novorozence (Ratislavová, 2008). V časném těhotenství má **alkohol** teratogenní účinek. Po celou dobu těhotenství ovlivňuje růst plodu. Plod, který se vyvíjí, má až o padesát procent nižší schopnost vylučovat alkohol ze svého těla oproti matce. Fetální alkoholový syndrom, vzniklý závislostí těhotné ženy

na alkoholu, působí na vývoj nenarozeného dítěte, na poruchy inteligence, počítání, paměti a poruchy pozornosti (Čech a kol., 2006). U těchto dětí hrozí v pozdějším věku také alkoholová závislost (Koukolík a Drtilová, 2008). **Kouření** v období těhotenství způsobuje předčasný porod, nebo také předčasný odtok plodové vody, předčasné odlučování placenty, dochází i k retardaci růstu a hmotnosti plodu. Nikotin má negativní vliv na prokrvování placenty, proto se u plodu mohou objevovat tachykardie. Zvýšená srdeční frekvence se projeví již po vykouření jedné cigarety. Jediný pozitivní účinek má kouření v těhotenství na snižující se výskyt preeklampsie (Ratislavová, 2008). Ženy by se měly v těhotenství kouření zcela vyhnout. Je nutné se vyhybat i zakouřenému prostředí. I pasivní kouření působí na plod a vede k omezení růstu (Čech a kolektiv, 2006).

4.1 Prenatální komunikace

4.1.1 Význam prenatální komunikace

Komunikace znamená předávání informací mezi zdrojem a příjemcem. Nejedná se jen o proudění informací, ale i o samotné podílení se na komunikaci už jen svou přítomností (Vybíral, 2009). Prenatální komunikace je různý kontakt matky s nenarozeným dítětem, které se postupně vyvíjí v děloze. Toto praktikovaly, už ženy od pradávných let. Mnoho žen provádí prenatální komunikaci instinktivně, aniž by je do toho někdo nutil (Teusen, Goze – Hänel, 2003). Samotnou komunikací se posiluje kognitivní vývoj. Rodiče vnímají své dítě ještě před narozením a včas si s ním vytvářejí vazbu, která je důležitá pro přijetí děťátka po porodu. Fetus vnímá prožívání matky, vytváří si důvěru a otevřenost. Je prokázáno, že rodiče, kteří dokážou svým dětem projevit lásku, náklonnost, jsou jejich potomci fyzicky uvolněnější, spokojenější a v dospělosti dosahují i lepších studijních výsledků Ondriová a Cínová, (2012); (Solter,2014). Prvním komunikátorem v prenatální komunikaci je matka. Ta nosí svůj poklad v lůně již od počátku těhotenství dříve, než jsou vyvinuté smyslové orgány. Skoro žádná matka nehovoří o svém dítěti jako o embryu či plodu. Od začátku mluví o něm jako o svém děťátku. V pozdějších stadiích těhotenství ho oslovuje jménem. Do prenatální komunikace mohou být v členění i další členové rodiny a hlavně otec dítěte. Ostatní členové se do prenatální komunikace zapojují později. Teusen, Goze – Hänel, (2003), (2015); (Marek, 2002). Otec dítěte má nevýhodu v tom, že nemá

možnost plod cítit ve vlastním těle. A to, jak se pohybuje a vyvíjí se. Ale i tak má možnost se svým nenarozeným dítětem navázat kontakt. Hlavní komunikační prostředek otce je dotyk. Dítě na dotyky může reagovat pohybem. Další komunikační technikou je mluvení. Plod dokáže rozeznat hluboký hlas a tím rozlišuje otcův hlas od matky (Hüther a Weser, 2010).

Tři způsoby vedení prenatální komunikace mezi matkou a dítětem. Navzájem se prolínají. Fyziologická komunikace je komunikace spojená s matkou a plodem přes placentu. Pomocí krve se dostávají látky, které jej nějakým způsobem mohou ovlivnit. Matka může prožívat nežádoucí stres, podporuje se vylučování neurohumorálních látek v těle a to může zatížit také organismus plodu. Druhým způsobem prenatální komunikace je smyslová neboli behaviorální komunikace závislá na aktivitě. Formou kopání, kdy plod vyjadřuje svou nelibost, reaguje na podněty, které mu dává matka zvenčí. Dále zde patří hlas, změna polohy. Poslední způsob prenatální komunikace je emoční a racionální postoj matky k fetu. Zde matka soustředí svou pozornost pomocí myšlenek. Fetus lze pozitivně ovlivnit. Ženy, které si těhotenství nepřály, vysílají negativní informace (Vágnerová, 2012).

4.1.2 Impulz k prenatální komunikaci

Těhotná žena zahajuje sdělování se svým plodem zcela instinktivně. Komunikaci může zahájit dříve, než plod začne cítit. Ke konci třetího měsíce se může plod v děloze pohybovat. Žena může cítit jemné záškuby (Teusen, Goze – Hänel, 2003).

4.1.3 Způsoby prenatální komunikace

S plodem v děloze lze komunikovat různými způsoby. Zpočátku je komunikace mezi matkou a dítětem založená na citech. Plod je již velmi citlivý a dokáže vnímat, vstřebávat emoce i pocity, které těhotná žena prožívá. Ženy dokážou pak rychle rozeznat jednotlivé **pohyby**, a co jim zrovna chce oznámit. Trhavý pohyb znamená, že se plod lekl. Houpavé a mazlivé pohyby, nebo také radostné pohyby, jimi dokáže rozhýbat celé břicho. Plod také brzy rozezná **hlas** matky od jiných členů domácnosti. Dítě slyší tak, jako kdybychom ucho ponořili pod vodní hladinu. Dítě rozpozná i tón hlasu, jakým matka k němu mluví, vnímá i zvuky matčina těla. Vnímá, jak jí tluče srdce, pulzuje krev, kručí v žaludku, nebo jak jí tráví střeva. **Zvuky** se přenáší intenzitou šedesát decibelů. Zvuky přenášené do dělohy

zvnějšku plod vnímá intenzitou dvaceti až třiceti decibelů. U plodu mohou vyvolat zpomalení, ale také i zrychlení tepové frekvence srdce Ondriová a Cínová, (2012); (Teusen, Goze-Hänel, 2003). Dítě ještě nenarozené je schopno si zapamatovat hudbu, zvuky, které se v průběhu těhotenství opakovaly (Ciccotti, 2008). Komunikací *dotekem* vyjadřuje matka svou náklonnost. Tento způsob komunikace je možno vidět v jakýchkoli okamžicích a také při jakékoli aktivitě ženy. Reakce na dotyk matky se v průběhu těhotenství mění. Zpočátku se dítě při doteku oddálí a otočí se směrem od zdroje. V pozdějších fázích těhotenství se plod otáčí směrem ke zdroji podráždění a žena cítí opětovnou odpověď. Studie ukázaly, že pokud žena využívala doteky po celou dobu těhotenství, děti byly více pozorné, začaly dříve mluvit a lépe se přizpůsobily různým situacím. Naopak u dětí, kde komunikace dotykem ze strany matky vázla, se objevují citové problémy, děti se špatně začleňují do společenského života, jsou více plačtivé. Výborná je i masáž břicha (Deansová, 2004); (Nesnídalová, 2015); Ondriová a Cínová, (2012); Ženy, které více svým dětem v průběhu těhotenství *zpívají* příjemné, klidné a melodické písně, mají více uvolněné, méně plačtivé děti po narození. Také to rozvíjí u dětí talent a kreativnost. Odborníci tvrdí, že dobře zvolená *hudba* dokáže ovlivnit psychický vývoj dítěte Ondriová a Cínová, (2012); (Průcha, 2011). Každá matka se svým dítětem mluví. Zpočátku jen v duchu, později, když matka dítě více vnímá, cítí jeho pohyby, s ním hovoří i nahlas. Matka volí jemný a melodický *tón*. Dítě díky němu pozná, že matka hovoří k němu. Tón je velmi důležitý. Protože dítě nevnímá, to co říkáme, ale jakým tónem danou věc říkáme. Žena může dítěti *zpívat*, číst pohádky, vyprávět mu, jak se na něho těší (Solter, 2014). *Hudba* má velmi dobré účinky na vývoj dítěte. Má vliv na rozvoj mozku. Dítě se cítí klidně. Rodiče záměrně vybírají klasickou hudbu, Mozartovu či Vivaldiho. V Nizozemsku existuje obchod, který je zaměřen na prenatální dítě. Zde se dá vybrat velká škála speciální hudby (Teusen, Goze-Hänel 2003); (Tylová, 2000). *Vizualizace* hraje důležitou roli. Všichni rodiče mají představu, jak jejich dítě bude vypadat. K tomu pomáhá ultrazvuk. Rodiče vlastní fotografii svého dítěte. Následně se mohou pochlubit i známým. V 3D projekci je vidět vše. Rodiče si pak mohou představit, jaké bude mít vlásy, jak bude veliké, komu z rodičů se bude podobat, jaké bude mít oči (Teusen, Goze-Hänel 2003). Těhotné si často během dne *hladí břicho*. Patří to také ke způsobu komunikace. Může se to stát i rituálem. Žena může

provádět masáž, do níž lze zapojit i partnera. Tak se dá pokračovat i po porodu, kdy se mohou provádět kojenecké masáže, které vedou ke zklidnění, uvolnění dítěte, prohlubování vztahu mezi matkou a dítětem, vzájemnému respektu a pocitu lásky (Chopra, 2006); (Teusen, Goze-Hänel 2003).

4.1.4 Role sestry v prenatalní komunikaci

Sestry mají v podpoře zdravého těhotenství velký vliv. V praxi nevyužívají všechny možnosti, kterými by podpořily vztah mezi matkou a nenarozeným dítětem. Návštěva zdravotnického zařízení vyvolává důvěru, sníží se i práh strachu z velké životní změny, která ženu čeká. Sestry jsou jakousi „vrbou“ v prenatalní poradně, kam budoucí maminky dochází. Většinou se jedná o důvěrný vztah. Každá sestra má znalosti o tom, jak se v jednotlivých fázích těhotenství plod vyvíjí, jež získala ve škole, samostudiem v odborné literatuře, účastí na seminářích, přednáškách, ale také v každé knize o těhotenství. Sestry by měly znát a umět si poradit s různými druhy komunikačních prostředků a přispět tak ke zdravému vývoji dítěte. Sestry musí být ve střehu při každé návštěvě žen v poradnách. Vysvětlí matce, že pokud je sama v psychické pohodě, bude i její dítě spokojené. I sestry svým přístupem navazují kontakt s nenarozeným dítětem. Tím, že těhotné se dotýkají břicha, pohladí jí břicho, ptají se ženy, jak se miminku daří. Zároveň tak podporují sebevědomí ženy. Sestry působí v oblasti poradenské a také vzdělávací. Sestra by si měla vždy uvědomit, o čem informuje těhotné ženy, proč je o tom informuje a jaký mohou mít informace vliv na psychiku a chování žen. Žena by měla mít dostatek informací, které jí pomohou projít celým těhotenstvím v klidu a v pohodě a donosit a porodit zdravé dítě. Sestra by měla do edukace zapojit i partnera, protože i otec hraje důležitou roli v životě člověka (Štromerová, 2010). Sestra by měla rozpoznat matky, které mohou ohrožovat své dítě záměrně či nezáměrně především užíváním návykových látek, pitím alkoholu a kouřením. Zde je potřeba dostatečně těhotné ženy poučit o všech nebezpečných důsledcích. Psychické rozpoložení matky, její emoce, mají vliv na psychiku dítěte a mohou zásadně ovlivnit jeho následující život. Prenatální psycholog Fedor-Freybergh doporučuje, aby byl v prenatalní poradně vždy porodník, porodní asistentka a také psycholog (Fedor-Freybergh, 2008).

4.1.5 Sestra a prenatální komunikace

Sestra doporučuje nastávající matce metody, jak komunikovat se svým dítětem, jak se s ním sblížovat již před narozením. Tyto informace lze předávat i během prenatálních kurzů. Kurzy jsou většinou zaměřeny na těhotenská cvičení, informace o tom, co ženu čeká v porodnici, při porodu. Chybou jsou informace, aby se ženy pečlivě soustředily na situace tady a teď. Sestry mohou naučit matky, jak své dítě stimulovat a také, jak dítě odpovídá na jejich stimuly. To vede k tomu, že žena poté lépe porozumí potřebám svého dítěte. Pokud již byl vztah navázán během těhotenství, pak je snadněji a intenzivněji navázán po porodu (Brisch, 2012); (Marek, 2010). Vztah s prenatálním dítětem mohou navázat i další blízké osoby, samozřejmě otec, sourozenci, prarodiče. Tyto osoby občas neví, jak správně ještě s nenarozeným dítětem komunikovat. Zde se uplatní sestra a doprovod. Pomáhá ženám chápat, co se v těle matky děje, jak mají s dítětem komunikovat a jak jim dítě může odpovídat. Tímto způsobem se prohlubuje vztah mezi partnery. Prohlubuje to i aktivitu partnera při porodu (Fedor-Freybergh, 2002).

5.1 Čas změn v těhotenství

Fyziologické těhotenství je časově omezeno a jedná se o normální proces. Tento proces začíná oplozením vajíčka a končí porodem plodu. Z psychologického pohledu se těhotenství vnímá jako období psychofyziologické zhoršení a nestability (Leifer, 2004). Těhotenské změny se týkají hlavně somatické, fyziologické, endokrinní, sociální a psychické oblasti (Heretik, 2007). Velmi podobně popisuje těhotenství také autor Caron, který uvádí, že těhotenství i porod a také následná doba po porodu představují v životě ženy senzitivní období, které zahrnuje velké přeměny, a to jak z psychologické perspektivy, dále z pohledu sociální role ženy a také z fyziologického hlediska (Caron, citováno podle Correia, 2007).

5.1.1 Somatické změny v těhotenství

Ženy přijímají negativně somatické změny. Tělo se během těhotenství mění, zvyšuje se tělesná hmotnost, zvýrazňuje se pigmentace, mohou se vytvářet strie, mění se celkový tvar těla, prsy jsou napjaté. Ženy, které mají před těhotenstvím nižší sebevědomí, jsou zranitelnější. Ženy ve vyšších stádiích těhotenství se pak obávají ztráty atraktivity,

váhového přírůstku, trvalého poškození svého těla a také ztráty kontroly nad svým tělem. Endokrinní změny v těhotenství jsou výrazné a vlivem ženských hormonů velmi ovlivňují psychiku (Heretik, 2007).

5.1.2 Fyziologické změny v těhotenství

Fyziologické změny v těhotenství ženy vnímají jako obtíže. Patří sem nevolnost, bolesti zad, otoky, varixy dolních končetin, zvracení, pálení žáhy, obstipace, dušnost, zvýšené pocení, únava, omezená pohyblivost a potíže s močovými cestami. Toto se odráží v psychických reakcích, prožívání a chování ženy (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2006).

5.1.3 Emocionální změny v těhotenství

Emoce patří v těhotenství mezi jeho intenzivní známky. Během těhotenství se objevují situace, které lze v běžné populaci označit jako patologické. Patří sem deprese, náladovost, vysoká hladina úzkosti (Heretik, 2007). Psychické změny v těhotenství a po porodu jsou z velké části podmíněny osobností těhotné, dále věkem, postojem k těhotenství, zralostí, momentálním životním prostředím, ekonomickým a sociálním zázemím (Ratislavová 2008). První trimestr znamená pro ženu zátěžové období. Dostaví se první psychické i fyziologické změny. Žena se postupně smiřuje s tím, že v sobě nosí živý plod, který nemusí cítit. Je to období nejistoty, strachu a pochybností, ale také štěstí a radosti (Ratislavová, 2008). V druhém trimestru se objevují pozitivní pocity a také spokojenost. Žena vnímá pohyby plodu, na ultrazvukovém vyšetření nabývá plod lidského vzhledu a ženě roste břicho. Mluví se o plodu, jak asi vypadá a jakého je pohlaví (Ratislavová, 2008). Ve třetím trimestru se jedná o období příprav pro nový přírůstek do rodiny. Pro ženy je toto období velmi fyzicky náročné a nekonečné. Větší břicho často překáží, špatně spí. U některých matek se ke konci těhotenství objevuje strach z porodu, ale střídá ho radost z příchodu miminka (Ratislavová, 2008).

5.1.4 Změny v hormonálním systému

V období gravidity dochází k mnohočetným změnám v činnosti endokrinních žláz, které ovlivňují organismus. Organismus gravidní ženy reaguje intenzivněji na hormonální změny i na běžnou zátěž (Roztočil 2008);(Vágnerová, 2005).

6.1 Životospráva těhotné

Je potřeba mít během těhotenství dostatečný příjem bílkovin a vhodný výběr tuků. Dostatek kyseliny listové, železa, jódu, vápníku či vitamínu D. Jejich nedostatek během těhotenství může mít vážný dopad na vývin plodu i zdraví matky. Je vhodné se vyhnout požití alkoholu a kofeinu. Do výživy spadá i péče o zuby. Od druhého měsíce mohou být záněty dásní. Dochází k hormonálním změnám, ovlivněn je celý organismus, tedy i kůže, nehty a vlasy (Pařízek, 2009). Těhotné ženy by se měly stravovat zdravě a bohatě, ale neměly by jíst za dva. Strava by měla být vyvážená. Měla by obsahovat dostatek minerálů, vitaminů, stopových prvků. Důležitý je i pitný režim (Teusen, Goze – Hänel, 2003). Žena potřebuje minimálně šest hodin pravidelného nočního spánku. Důležitý je i odpočinek během dne. Nejsou vhodné noční práce Roztočil a kol., (2001). Jakýkoli pohyb je v životě velice důležitý a to i v průběhu těhotenství. Proto by se těhotná žena určitě neměla vyhýbat cvičení. Cvičení v průběhu těhotenství je součástí přípravy na porod, ale je také důležité pro udržení dobré tělesné a duševní kondice. Existuje řada speciálních cvičení pro těhotné. Je vhodné cvičit již od počátku těhotenství, až do porodu (plavání, turistika, procházky). Zaměřit se především na posilování břišních a prsních svalů, svalů pánevního dna, či na prevenci křečových žil a plochých nohou. Jsou ale i sporty, kterým by se těhotná měla vyhnout. Patří sem jízda na koni, potápění, míčové sporty, tenis, aerobik, adrenalinové sporty (Čermáková, 2010). Pohyb je v těhotenství důležitý a neměl by se zanedbávat. Některé sporty jsou méně vhodné. Doporučeno je plavání, těhotenské cvičení, turistika, procházky přírodou. Nevhodná je jakákoliv nadměrná tělesná námaha s otřesy těla. Není vhodný volejbal, jízda na koni či atletika (Teusen, Goze – Hänel, 2003); Roztočil a kol., (2001). Již v desátém týdnu těhotenství má plod ucho. V polovině pátého měsíce je sluchový aparát plně funkční. Plod může naslouchat. Zvuky, které plod slyší, se dělí do dvou skupin. K první skupině patří zvuky, které vytváří tělo matky. To je tlukot srdce, pohyby zažívacího traktu, řeč matky, zpěv matky, zvuk placenty, pulzace krve v žilách. Druhou skupinu tvoří zvuky přicházející z vnějšího okolí. Musí být dostatečně silné, aby pronikly k plodu. Hudba nás všechny provází celý život. Výzkum ukázal, že když si žena zpívá či poslouchá opakovaně v prenatálním období hudbu, dítě ji preferuje i po narození. Reaguje na známou hudbu více, než na ostatní (Tomatis, 2005); (Franěk,

2005). T. Blum v devadesátých letech dvacátého století vytvořil výzkum pro těhotné ženy, který se nazýval Leonardo 180. Bylo v něm vytvořeno schéma deseti skladeb různých žánrů, těhotné ženy tyto skladby poslouchaly po dobu čtrnácti měsíců. Na začátku vždy zazněl úder gongu. To mělo upozornit nenarozené dítě na hudbu a začátek experimentu. Asi týden po porodu mělo mnoho matek dojem, že jejich dítě čeká na zvuk a reaguje na něj (Blum, 1998).

7.1 Duševní rovnováha těhotné ženy

7.1.1 Úzkost

V našem životě po tisíce let plní úzkost pozitivní a nezastupitelnou roli. Společně se strachem nás chrání před reálným nebezpečím. Dále nás vede ke zdravé zdrženlivosti, připravuje nás na fyzický a duševní výkon. Adaptivní emoce jsou strach a úzkost. Psychologickými pokusy bylo dokázáno, že člověk podává nejlepší výkony, když se cítí úzkostný. Mezi tělesné projevy úzkosti patří pocení, rychlá srdeční akce nebo nevolnost. Při těžších formách je pak nutno vyhledat odbornou pomoc. Jedna ze základních forem úzkosti je nervozita. Synonymem pro úzkost je tenze, neklid, stísněnost (Jaspers). Úzkost není strachem, úzkost je emoční potenciál, který strach aktivuje. Je prokázáno, že lidé lépe bojují s něčím viditelným, hmatatelným, měřitelným, a také se lépe před tím utíkají (Janíček, 2008); Praško, Vyskočilová a Prašková, (2006).

7.1.1.1 Těhotenství a úzkost

Úzkost během těhotenství a šestinedělí je zkoumaná méně než deprese. Během těhotenství pocítují ženy úzkost následkem přechodu do gravidního stavu. Oplodnění, těhotenství, porod a období po porodu patří mezi důležité etapy, jak v životě ženy, tak rodiny. Pokud se jedná o chtěné těhotenství, je pokládáno za radostnou událost. To vše je spojeno s klidem, vnitřním vyrovnaním, což vede k dozrávání ženy, zvýšení sebeúcty a sebedůvěry. Těhotné ženy a především nové matky jsou nepatrně úzkostné. Být matkou poprvé je nová role, s novým člověkem a s novými zodpovědnostmi. Tato úzkostná reakce je pochopitelná, ale řada odborníků si to nepřipouští. V období těhotenství a po porodu potká devadesát procent žen ambivalentní vztah k budoucímu dítěti (Andersson, 2006).

Projevuje se únava, obavy a starosti, pocity slabosti, náladovost, depersonalizace, problémy s koncentrací, nejistota, podrážděnost, slabost. Ve studiích prováděných v severských zemích bylo odhadnuto, že pět až deset procent těhotných žen trpí těžkým strachem z porodu (Ryding, 2007); Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmäki a Saisto, (2008). Další studie prokázaly, že stoupající strach a úzkost může zastínit celé těhotenství, vést ke komplikacím při porodu, dále může vést k problémům mezi matkou a dítětem a následně i k poporodním depresím. Strach byl zkoumán pouze na konci těhotenství, tedy před porodem. Jedna studie prokázala, že strach je mírnější v raném stadiu než v pozdním těhotenství. V těhotenství je úzkost nejnižší v období dvacátým druhým a dvacátým šestým týdnem a poté se zvyšuje. Výsledkem je, že dvacátý druhý a dvacátý šestý týden je ideálním časem pro zahájení léčby strachu z porodu.

7.1.1.2 Vliv úzkosti v těhotenství na matku a dítě

Emoce ovlivňují celé těhotenství Hofberg, Ward, (2003). Čtrnáct nezávislých studií dokázalo spojitost mezi stresem matky a předporodní úzkostí. Toto bylo spojené s kognitivními a behaviorálními a emocionálními problémy u dětí. Z pohledu psychosomatického je si potřeba uvědomit, že u osobnosti může těhotenství vyvolat krizi zrání. Toto vede k hyperaktivitě limbického systému, následně ke spuštění celé kaskády psychofyziologických reakcí, ke zvýšenému vylučování serotoninu, katecholaminu, zvýšené parasympatikotonii se všemi následky pro těhotnou dělohu (Tress, Krusse a Ott, 2008); (Bergh, 2005). Těhotné ženy s vysokou hladinou úzkosti v těhotenství měly více epidurálních bloků během porodu, než ženy s menší úzkostí. Strach z porodu vede i k častějším indikacím k císařskému řezu (Alehagen, Wijma a Wijma, (2006).

7.1.1.3 Vliv úzkosti na somatický vývoj dítěte

Ženy během těhotenství trpěly úzkostí. Tito autoři byli přesvědčeni, že psychika matky může ovlivnit již nenarozené dítě. Studie prokázaly, že děti úzkostných nebo stresovaných matek měly nižší průměrnou porodní hmotnost a také tendenci se dříve narodit Teixeira, Fiska a Glover, (1999).

7.1.2 *Stres*

Nízká hmotnost a vliv stresu v těhotenství byly zkoumány pomocí srovnávání životních událostí žen. Bylo vybráno dvě stě padesát žen. Se všemi ženami byly vedeny tři rozhovory v průběhu těhotenství. A také následně po porodu. Některé ženy přišly o děti již v průběhu těhotenství, sto devadesát pět žen porodilo zdravé dítě, které bylo bez následků a s nízkou porodní hmotností. Dvacet žen porodilo dítě předčasně, nebo dítě s nízkou porodní hmotností. Vše bylo spojeno s významnou životní událostí, ale ne s úzkostí. Dalším činitelem pro nízkou porodní hmotnost bylo kouření. Kouření může být stresorem pro dítě. V prenatální péči se musí věnovat pozornost stresu matky a včas mu zabránit. Bránit pocitům, jako jsou úzkost, strach a deprese. Vše začíná v hypotalamu a odtud se šíří do endokrinního a nervového systému. Těhotné se rozšíří zorničky, zvýší se krevní tlak, srdeční frekvence, potí se ruce a tělo produkuje stresové hormony Newton a Hunt, (1984); Matějček a Langmeier, (1986).

7.1.3 *Deprivace*

Deprivace znamená strádání, ztráta něčeho, co organismus potřebuje. Další definicí je nedostatečné uspokojování základních potřeb (Hartl a Hartlová, 2010). Slovo deprivace se dá připojit k dalším slovům. Například mateřská deprivace, emoční deprivace nebo smyslová deprivace. Deprivace se dá hodnotit jako žádná deprivace, mírná deprivace, středně těžká deprivace a těžká deprivace.

7.1.3.1 *Psychická deprivace*

Autor Matějček ve své knize hovoří o deprivaci jako o psychickém stavu, který vznikl následkem různých životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojit některé své základní psychické potřeby (Matějček, 1992). Izolace je bránění ve styku s přirozeným a společenským prostředím. Separace je odloučení od matky. Na vnitřní vývojové podmínky dítěte má vliv zdravotní stav, pohlaví. Dítě by mělo navázat vztah k matce. Vztah, ale i závislost dítěte na matce, má velký význam pro pocit jistoty. Utváří se do sedmého měsíce života dítěte. Dále je důležitý i zdravotní stav. Může se jednat o poruchy smyslové, motorické, psychické. Pokud rodiče mají handicapované dítě

a nejsou na něj připraveni, tak se mohou nacházet v deprivacní situaci (Langmeier a Matějček, 2011).

7.1.3.2 Nedostatek mateřské lásky

Často je způsoben nedostatkem zájmu o děti, nedostatkem času tráveného s dětmi, nedostatkem pozornosti, projevy lásky se kompenzují materiálními věcmi, nebo dlouhými hodinami u televize. Je to i například tam, kde profesionálně angažovaní rodiče nemají na dítě čas. Projevuje se pak poruchou chování, horším prospěchem, poruchou sociálních vztahů, alkoholovými a drogovými závislostmi dítěte (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000).

7.1.3.3 Deprivace v rodině

Rodina má pro dítě velký význam. Každý člen plní určitou roli. Tím dochází k naplňování potřeb dítěte. Deprivace se dělí na vnější a psychologické příčiny. K vnějším příčinám patří složení rodiny, socioekonomická úroveň a kulturní úroveň. Složení rodiny se týká role rodičů, celkové atmosféry, která napomáhá utvářet osobnost dítěte. Pokud v rodině chybí jeden člen, který není nahrazen nebo není zastoupen, je dítě ohroženo deprivací. (Langmeier a Matějček, 2011).

7.1.4 Deprese

Deprese je závažná, dlouhotrvající porucha psychiky. Projevuje se snížením až vymizením schopností prožívat své potěšení. Poklesem nálady jedince. Podle Agency for Healthcare Research and Quality deprese postihuje čtrnáct až dvacet tři procent těhotných žen. Jedenáct až třicet dva procent, se začíná projevovat už v prvních třech měsících po porodu. Většinou se jedná o recidivu. Studie zahrnuje dvě stě jedna respondentek, které v době otěhotnění netrpěly depresí. K recidivě došlo u šedesáti osmi procent žen, které přerušily léčbu v těhotenství (Shari Lusskin, 2008). Poporodní deprese, kterou popisuje Lazar jako stav, který se nachází mezi poporodní psychózou, může vzniknout během šesti měsíců po porodu. Myšlenky na sebevraždu jsou vzácné. Somatickými projevy jsou gastrointestinální obtíže. Depresivní ženy méně kojí. Může dojít až k zástavě laktace (Lazar, 2005).

Luskin považuje za poporodní depresi každou depresi zjištěnou v prvním roce po porodu. „*Lékaři a pacientky často špatně přičítají příznaky deprese jako je nespavost, nedostatek energie a změna chuti k jídlu nebo tělesné hmotnosti, očekávaným změnám v těhotenství. Smutek, sklíčenost, beznaděj nebo pocit bezmoci jsou příznaky možné poruchy nálady; myšlenky na sebevraždu nejsou normální nikdy*“ (SHARI I. Luskin, 2008, str. 34).

Poporodní psychóza je psychotické onemocnění, které bylo dříve označováno jako „laktační psychóza“. S laktací však neměla nic společného. Jedná se o nejzávažnější psychické onemocnění po porodu. Vzniká v prvním týdnu po porodu. Vyskytuje se u 0,1–0,2% žen. Mezi příznaky se řadí vyčerpanost, návaly vzteku, halucinace, ztráta s realitou, myšlenky na sebevraždu anebo vraždu dítěte (Čech a kol. 2006).

7.1.5 Agresivita

Agresivita z latinského slova Agressivus znamená útočný. Jedná se o vlastnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresii. Schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu, k dosažení cíle a schopnost vzdorovat těžkostem (Edelsberger, 2000). Agresivita je stálá predispozice konat či jednat agresivně v různých situacích. Agresivita je sklon k útočnému jednání vůči věcem, ale také zvířatům a lidem. Většinou souvisí s vnitřní nepohodou (Šimanovský, 2002).

7.1.6 Strach

Strach charakterizujeme jako krátkodobý, emocionální, nepříjemný stav, který daná osoba zpracovává kognitivně jako podnět, který ji ohrožuje nebo škodí, nebo je také nebezpečný. Jedinec je schopen identifikovat příčinu strachu. Vnitřní, subjektivně specifický zážitek nečekaného vzrušení. Strach vyvolá u jedince snahu vyhnout se ohrožení. Únik z dané situace, nebo útok. Vystupňování obav může vést až k fobii (Mareš, 1997). Prožitkově zahrnuje pocity neklidu, napětí, ochromení až sevřenosti. Strach je spíše nespecifický a zahrnuje všechny orgány a také funkční systémy. Zrychlená srdeční činnost, dýchání je rychlé nebo i zpomalené, v ústech pociťuje člověk sucho, může naskakovat husí kůže, zvýší se svalové napětí. Mimika ustrašeného, silně úzkostného člověka, je popisována

jako vyděšený výraz. Pootevřená ústa, mimika je strnulá, bledý obličej, pohyby jsou nekoordinované, nepřesné (Vymětal, 2004).

7.1.7 Regrese

Patří k nevědomému obrannému mechanismu. Únik na vývojově nižší úroveň chování, která se obvykle vyjadřuje odmítnutím samostatnosti, ale také větší potřebou závislosti na okolí (Vágnerová, 2005).

Pochází z latinského slova *Regressus*, což znamená návrat, pokles, ústup. Únik z napjatých situací. Útěk do minulosti (Slovní analytické psychologie, 2006).

Řízené vzpomínání je postup, kdy se člověk pod vedením terapeuta může vrátit do minulosti. Vybaví se mu potlačené vzpomínky, může se vyrovnat s minulými traumaty, negativními zkušenostmi (Wikipedia).

7.1.8 Pocit viny

Vina je jedna ze základních zkušeností člověka. Sigmund Freud uvádí, že východiskem není tíha konfliktu, frustrace či stresu z nevyhnutelného prožitku viny, která na člověka doléhá, ale i závazek. Člověk není konfrontován s hloubkami své duše. Vina nastává, když člověk zůstává ve své konkrétní existenci (Kocvrlichová, 2006).

7.1.9 Frustrace

Jedná se o stavy, které vznikají ze skutečnosti, v níž jedinec nemohl náležitě uspokojit své potřeby. Definice frustrace je „stav organismu, kdy je jeho integrita ohrožena a on musí zapojit všechny schopnosti na svoji ochranu“ (Chomátová et al., 2006, str. 15).

8.1 Porod

Těhotenství končí porodem. Jedná se o proces, kdy dítě opouští dělohu. Porod je děj namáhavý. Průběh ovlivňuje průchod, síly, psychika (Evanc, 1997); (Leboyera, 1995). Spontánní porod se označuje jako děj, kdy dochází k vypuzení dítěte z dělohy přes porodní cesty s pomocí porodních sil. Jako porod operační se označuje porod, kde je nutný chirurgický zásah. Děložní svalovina, břišní svaly a bránice tvoří břišní lis. Břišní lis během spontánního porodu vypuzuje dítě z dělohy do porodních cest. Porod probíhá ve třech fázích (Hellbrügge a kol., 2010).

8.1.1 První doba porodní

Je také nazývaná dobou otevírací. Cílem je otevřít porodní cesty natolik, aby jimi prošlo dítě ven. K tomu slouží kontrakce, jež jsou důležité i v druhé době porodní a u samotného porodu. Tato fáze je nejintenzivnější a nejdelší. U prvorodiček první doba trvá přibližně 8-12 hodin, u vícerodiček 4-8 hodin (Hellbrügge a kol., 2010).

8.1.2 Druhá doba porodní

Porodní cesty se úplně otevírají, branka je otevřena na deset centimetrů. Tato doba se nazývá vypuzovací a během ní dochází k samotnému porodu dítěte. Děložní stahy jsou častější a intenzivnější. Hlavička tlačí na pánevní dno. Podle autora Koláře druhá doba porodní u primipar trvá 1–1,5 hodiny a u multipar cca 30 minut. Konec druhé doby porodní končí porodem dítěte (Hellbrügge a kol., 2010).

8.1.3 Třetí doba porodní

Porod placenty. Placenta se nejprve odlučuje, pak dojde k jejímu vypuzení a následně k zástavě krvácení. Tato doba trvá 15–30 minut. V tomto období je důležitý bonding (Hellbrügge a kol., 2010).

9.1 Bonding

Vzájemný vztah dítěte a rodičů. Jedná se o celoživotní spojení mezi matkou a dítětem. Vazba vzniká už od početí. Vědci zastávají názor, že existuje vědomí buněk. Vědomí celého procesu výhry spermatu při získání vajíčka. Od této doby se počíná vývoj lidského jedince. Pro zdravý vývoj plodu je podstatné fyzické i duševní zdraví ženy, rodiny a manžela. Při prvním kontaktu s děťátkem se mu dává najevo, že je s láskou vítáno (Rheinwaldová, 1997). Jozef Hašto je autorem publikace „Vztahová vazba“ (2005) a podporovatelem poporodního bondingu. Přirozený porod vedený vaginálně, podpora nerušeného kontaktu kůže na kůži ihned po porodu, alespoň do prvního kojení, působí blahodárně na matku, dítě a na jejich vztah a interakci. Dítě zná hlas matky ještě z prenatálního období, ale také ji pozná i podle pachu. Když si matka sama vezme narozené dítě, obvykle se ho jemně dotýká konečky prstů. Dotýká se končetin, hlavičky, tváříček, pak se dotýká i celými dlaněmi. Následně si ho vezme do náručí. Vyplývá z toho, že dítě je

o hodinu bdělejší a čilejší. Po dvaceti až třiceti minutách od narození se dítě přisává k prsu. Tím dochází k vylučování prolaktinu. Oxytocin se dostává nejen do krevního oběhu, ale působí také jako neurotransmitter. Oba hormony mají příznivý vliv na matku. Oxytocin vyvolává kontrakce dělohy a mírní krvácení, také navozuje psychický klid, důvěru a vnímavost, ale také něhu vůči dítěti. Matky, které měly kontinuální a včasný nepřerušovaný kontakt s dítětem, za měsíc projevovaly ještě větší míru náklonnosti vůči dítěti. Víc si s dítětem povídaly, byly ochotnější kojit a kojit dlouho. Tato skutečnost byla porovnávána se skupinou matek, které měly přirozený porod, ale v rámci nemocniční rutiny jim bylo dítě odebráno na dvanáct hodin. Viděly ho tedy krátce. Závěrem se dá říci, že včasný nepřerušovaný kožní kontakt napomáhá nastavení matky na rodičovství. Je základem pro zdravý psychický vývoj a psychickou odolnost dítěte v dalším životě. Matka, která je oddělená od svého dítěte po jeho porodu, má zbytečně těžký start. Je to stres pro dítě, které více pláče, je neklidné. Hůře se rozbíhá sání a tvorba mateřského mléka, což vede k nejistotě matky, jež se zvyšuje při vážení, měření dítěte, oblékání, koupání. I toto dvacetiminutové odloučení působí narušení sacího reflexu. V průběhu času se našťestí vše upravuje, jak interakce, tak i vztahy. Matky, které mají dítě od porodu a ihned z porodního sálu mají plný rooming in, mají menší výskyt poporodního blues. Jedná se o stav plačtivosti, starostí, podrážděnosti, poruchy spánku, poruchy koncentrace (Hašto, 2005). Podle kvality komunikace mezi matkou a dítětem si dítě už do jednoho roku vše podstatné osvojí. Tím si utváří i vztahy s lidmi. Dokonce také v dospělosti. Matka, která čte správně potřeby dítěte, umožňuje jedinci správně nastavit důvěru k lidem, k sobě samotnému, světu, utváří harmonické vztahy. Chladné matky nebo matky úzkostné, které nechtějí být rušené potřebami svého dítěte, vychovávají ve svých dětech nejistotu a mohou tak děti frustrovat, týrat fyzicky i psychicky, či zanedbávat. To vše pak vede k depresím, úzkostným poruchám, závislosti, poruše osobnosti a poté k somatickému onemocnění. Šanci má jen intenzivní psychoterapie. Proto by měla být kolegiální, pracovní a odborné spojení mezi gynekology, porodníky, neonatologem, sestrami, dulemi, psychiatry, ale také psychology a psychoterapeuty. Přirozený vaginální porod, ve známém prostředí, v klidné atmosféře, bez hluku, hlasitých hovorů, nepřerušovaným bondingem do prvního přisátí a následným bondingem, by měl být součástí každé gynekologicko-porodnické kliniky,

případně neonatologie. Bonding se provádí i v zahraničí. Bondingem se zabýval Rubashkin, gynekolog z USA. Jestliže porod proběhne v pořádku, tak v jejich porodnici položí ženě na břicho dítě kůži na kůži ihned po porodu. Pokud jsou nějaké obavy o dítě, pediatr ho na matčině břichu vyšetří. V případě speciálních úkonů je dítě uloženo do inkubátoru hned vedle matky. K matčině prsu je přiloží ihned, jak je to možné. Vítají přítomnost rodinných příslušníků při vyšetřování dítěte. Rutinní procedury jako je vážení, měření, umývání novorozence, jsou v jejich porodnici vykonány až po několika hodinách od narození. Po císařském řezu je důležité zabezpečit nerušený kontakt matky s dítětem.

10.1 Novorozenecké období

Toto období trvá dvacet osm dní, to je od narození miminka, do šesti týdnů. Zde patří i adaptačním období, kdy se dítě přizpůsobuje prostředí, které je pro něj nové. Vnější svět se výrazně liší od světa interuterinního. Přizpůsobují se reflexy, chování a také smysly. Období je charakterizované především spánkem (Šulová, 2004). Vágnerová (2005), dělí reflexy dle jejich významů. Na reflexy základní, které slouží pro orientaci a adaptaci. Zde patří reflex sací, hledací. Dále zde patří reflex poznávací, pátrací, dýchací, polykací, mrkací. Důležitá je interakce matky a dítěte. Interakce probíhá při kojení. Důležité je naplnění či uspokojení všech základních biologických potřeb. Mozkový kmen novorozence, je plně vyvinutý. Mozkový kmen, který zajišťuje základní životní funkce, kde patří srdeční činnost, dech. Novorozenec spí dvacet hodin denně. Neonatologie, medicínský obor zaměřený na péči o novorozence, je v dnešní době považován za samostatnou medicínskou disciplínu mezi porodnictvím a pediatrií. Období novorozenecké je v České republice vymezeno okamžikem narození až po šestinedělí. V tomto časovém období se odehrávají zážitky, které se v životě neopakují. Prvním okamžikem po narození je střed v rozmezí prenatalním a postnatalním obdobím. U novorozence dochází k prvnímu nadechnutí po porodu. Následným dýcháním dochází k přeměně kardiovaskulárního systému. Dále k prvnímu pohledu, přiložení na holou hrud' matky a následně k prsu matky. Dochází také k prvnímu pláči, úsměvu (Fendrychová, 2009).

11.1 Role otce

Rodiče jsou nedílnou součástí celého průběhu těhotenství. Přítomnost otce v období těhotenství je velmi důležitá. Pokud jsou vztahy vyrovnané, poklidné, dodává muž ženě psychickou podporu a pohodu během celého těhotenství. Plod je klidný, má pocit bezpečí a chůně. Dříve byl brán muž jako živitel rodiny a většinou se neúčastnil výchovy dítěte. Dnes je tomu naopak. Muž má úlohu zabezpečit rodinu a také jeho emocionální vliv na matku a nenarozené dítě je velmi silný. V době před narozením a následně potom zastává otec důležitou roli. Pro svou dceru znamená první setkání s mužským pohlavím. Pro svého syna je vzorem. Po dobu prvních dvou let je matka u dítěte prioritní Hüther a Weser, (2010). Muž i žena si v průběhu těhotenství musí zvyknout na své nové rodičovské role. Muž se stává otcem, žena matkou. Není to vždy jednoduché. Vše je ovlivněno dětstvím obou rodičů. Někdy se může stát, že partner ve své ženě vidí svou matku. A naopak, že žena může ve svém muži vidět svého otce. O těhotných rodičích mluví i autor Velemínský. Většinou si muži v druhé polovině trimestru mohou připadat zbyteční. Veškerá péče a pozornost přechází na partnerku a oni stojí stranou. Důležité je začlenit svého partnera do děje těhotenství. U mužů v poslední fázi nastává pocit nejistoty, zda roli otce zvládnou, zda dokážou zabezpečit svou rodinu. Existují případy, kdy se u mužů vyskytuje tzv. „těhotenství tatíneků“ nebo také couvade. Je možné se s tím setkat u jedenácti až třiceti pěti procent případů nastávajících otců. Především u mužů staršího věku, kdy je silná vazba k ženě. Tito muži trpí typickými těhotenskými změnami. Přibývají na váze, bolí zuby a mohou mít také zažívací problémy (Ratislavová, 2008).

12.1 Vazba matka – dítě

Počátky utváření vnitřního prožívání spadají do prenatálního období. Zahrnuje dobu od početí po narození dítěte a trvá čtyřicet týdnů. V tomto období se vytváří všechny předpoklady pro budoucí samostatný vývoj jedince. Ke všemu patří schopnost učení, bez níž bychom nemohli postupovat dále v psychickém ani fyzickém vývoji. Ke schopnosti učení se, patří i přizpůsobování se plodu různým polohám v děloze matky. Matka na tyto pohyby emocionálně reaguje, což v jejím těle vyvolává chemické změny. Ty lze považovat za prvotní dorozumívání se mezi matkou a dítětem, na kterou po narození společně navazují pomocí nonverbální komunikace (Langmeier a Matějček, 1981). Vedle

neurohumorálního spojení je další rovinná interakce matka – dítě v komunikaci smyslové, kdy při dotecích, masážích břicha a poslechu matčina hlasu se plod zklidní. Matka je základním zdrojem podnětů a informací. Toto vše vnímá díky smyslovým schopnostem citění, sluchu, zraku a chuti. V prenatálním období se začíná utvářet tzv. proto sociální chování, kdy dítě napomáhá rodičům přijímat novou rodičovskou roli (Šulová, 2004).

13.1 Duše plodu v zrcadle psychoanalýzy

Spousta lidí si i v dnešní době myslí, že duše člověka začíná svůj začátek až po narození. Až do začátku dvacátého století byli psychoanalytici toho názoru, že duševní život začíná až po porodu. Nenarozené dítě je do té doby jen biologickým tvorem bez vědomí, vnímání a pocitů. Až porod je teprve prvním zážitkem strachu. Freud, který vedl rozhovor s porodní asistentkou, jež tvrdila, že mekonium v plodové vodě znamená, že plod má strach, usoudil, že plod má pocity. V povědomí psychoanalytiků se jen vyvíjelo poznání pomaleji. Život probíhá kontinuálně a nezačíná porodem, ale počtím. Mezi to patří také sny. Porodní sny dobře zviditelňují spojení mezi generacemi. Existují úzkostlivé sny. Nejsou to jen představy, ale mohou to být také vzpomínky. Freudova pacientka měla sen. Během jejího letního pobytu u jezera se vrhne do tmavé vody, tam, kde se odráží bledý měsíc ve vodě. Sny tohoto druhu jsou sny porodní. Konkrétně zobrazení vrhnout se do vody je jako vylézt z vody, to znamená narodit se. Dá se v tom také rozpoznat místo, kde se člověk narodí, nebo kdy. Bledý měsíc dostane význam bílého zadku, ze kterého se dítě narodí. Matka cítí první pohyby od osmnáctého do dvacátého týdne těhotenství, vidí své dítě pomocí ultrazvukového vyšetření. Hudba působí na plod jako kouzlo. Jestliže v těhotenství byla plodu pouštěna hudba, pak tatáž hudba přispěla po porodu k tomu, že se dítě uklidnilo. Dále se dítě uklidní, když slyší a cítí tlukot srdce, matčin hlas. Hněv a strach rodičů, které dítě v děloze zažívá, škodí jeho vývoji a zdraví v takové míře, v jaké se emocionální stres na dítěti biochemicky projeví. Z výzkumů vychází, že inteligence závisí na rodinných podmínkách v děloze (Hidas a Raffai, 2010).

2. EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce s názvem Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte je:

1. zhodnotit psychosomatickou situaci těhotné ženy
2. zhodnotit vliv psychosomatické situace na prenatální vývoj dítěte
3. určit míru psychické (ne) pohody během těhotenství
4. zhodnotit stav novorozence po porodu.

Výzkumná studie představuje přehled o důležitosti vztahu mezi prenatálním a postnatálním attachmentem. V souvislosti s těmito cíli bylo stanoveno pět výzkumných otázek.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Kolik žen v průběhu těhotenství, po porodu a v jakém trimestru neprožije žádnou deprivaci?

Výzkumná otázka 2: Kolik žen v průběhu těhotenství, po porodu a v jakém trimestru prožije mírnou deprivaci?

Výzkumná otázka 3: Kolik žen v průběhu těhotenství, po porodu a v jakém trimestru prožije středně těžkou deprivaci?

Výzkumná otázka 4: Kolik žen v průběhu těhotenství, po porodu a v jakém trimestru prožije těžkou deprivaci?

Výzkumná otázka 5: Jak míra deprivace ovlivní stav novorozence po porodu?

3. METODOLOGIE VÝZKUMU

Diplomová práce „Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte“ je zpracována jako teoretická a empirická. K dosažení stanovených cílů byla využita metoda sekundární analýzy literárních, tuzemských i zahraničních zdrojů. K získání dat jsem využila Národní lékařskou knihovnu v Praze, Akademickou knihovnu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, knihovnu Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Relevantní zdroje byly vyhledávány prostřednictvím vědeckých databází (např. EBSCO, ProQuest, Pubmed, ScienceDirect, Scopus). V databázi Scopus bylo hledání pomocí klíčových slov neúspěšné. K vypracování rešerše byla použita tato klíčová slova: Prenatální vývoj; prenatální péče; vývoj dítěte; psychosomatická situace matek v těhotenství; psychika; těhotenství; plod; ošetrovatelská péče v prenatálním období; deprivace; úzkost; role dětské sestry; psychologie těhotenství; prenatální komunikace; teorie citové vazby; mateřství. Teoretická část se zabývá prenatálním vývojem plodu během celé gravidity - změnami v těhotenství, prenatálním obdobím, životosprávou těhotné ženy, rolí otce, prenatální psychologií, prenatální historií, prenatální péčí, psychickými poruchami a také nejdůležitější oblastí prenatální komunikací. Dále se zabývá významem a důležitostí bondingu. Další část se zabývá rolí sestry v prenatální komunikaci a také edukací matky v prenatální psychologii. Poslední kapitoly jsou věnovány porodu a vytváření vazby mezi matkou a dítětem, a také novorozeneckému období. Empirická část diplomové práce je zpracována na téma „Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte“. Cílem diplomové práce s názvem Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte je: za prvé zhodnotit psychosomatickou situaci těhotné ženy. Za druhé zhodnotit vliv psychosomatické situace na prenatální vývoj dítěte. Za třetí určit míru psychické (ne) pohody během těhotenství. Za čtvrté zhodnotit stav novorozence po porodu. V souvislosti s těmito cíli bylo stanoveno pět výzkumných otázek (viz. 2.2).

Použitá výzkumná metoda: Předmětem výzkumu je psychosociální a psychosomatická situace objektem jsou těhotné ženy. V diplomové práci je použito standardizované hodnocení pomocí Freyberghovy škály tvořené uzavřenými sedmdesáti otázkami. Vzor Freyberghovy škály (viz Příloha č. 6). Osloveno bylo třicet gravidních žen, v různé věkové

kategorii, z celé České Republiky, s různým počtem parity. Návratnost výzkumného souboru byla od patnácti gravidních žen, které souhlasily s vyplněním anonymní standardizované škály a ženy souhlasily se zveřejněním jejich odpovědí a některých osobních údajů jako je věk, vzdělání, parita, stav, kraj pobytu, pohlaví dítěte. Stav novorozence byl hodnocen pomocí Apgar skóre. Respondentky byly oslované od února 2017 až do února 2018. Výzkumný soubor tvořily těhotné ženy a ženy po porodu z blízkého a vzdáleného okolí. Vyplnění Freyberghovy škály probíhalo přes vytvořený webový odkaz z pohodlí domova. <http://mail.scac.cz/mrIWeb/mrIWeb.dll?I.Project=V31> **TEHOTENSTVI PORIZOVANI.** Prvním krokem je uvítání. Druhým krokem je vyplnění rodného čísla, prvních šest znaků před lomítkem, není povinné. Třetím krokem je vyplnění fáze těhotenství, ve kterém se žena nachází, anebo je již po porodu. Čtvrtým krok se týká počtu gravidit v minulosti. Pátým krokem je vyplnění samotné Freyberghovy škály tvořené sedmdesáti otázkami. Každou respondentku jsem oslovila ve třetím, v šestém, v devátém měsíci těhotenství, po porodu, stav novorozence po porodu, kdy vyplnily vždy stejnou hodnotící škálu se sedmdesáti uzavřenými otázkami. Hodnotící škála se skládá ze sedmi kategorií. Kategorie stres (S) se týkají otázky číslo 11, 18, 25, 32, 39, 46, 49, 53, 60, 67. Kategorie strach (A) se týkají otázky číslo 3, 10, 17, 24, 31, 38, 45, 52, 59, 66. Kategorie deprese (D) se týkají otázky číslo 5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54, 61, 68. Kategorie regrese (R) se týkají otázky číslo 6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55, 62, 69. Kategorie pocit viny (SG) se týkají otázky číslo 1, 4, 8, 15, 22, 29, 36, 43, 50, 57, 64. Kategorie frustrace (F) se týkají otázky číslo 2, 9, 16, 23, 30, 37, 44, 51, 58, 65. Kategorie agresivita (AG) se týkají otázky číslo 7, 14, 21, 28, 35, 42, 56, 63, 70. Úkolem respondentek bylo vyjádřit v dané otázce frekvenci výskytu pocitů na čtyřbodové stupnici od „nikdy, vůbec,“, „zřídka, výjimečně,“, „někdy, příležitostně,“, „často,“ až po „vždy, stále, pořád.“ Osm oslovených žen bylo poprvé těhotné (primipara). Sedm respondentek, měly alespoň už jednu zkušenost s těhotenstvím (multipara). A na závěr je pár otázek o samotné respondentce. Rok narození vypsát, anebo nechci uvést. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání ženy. Odpovědi lze vybrat z nabídky možností. V jakém kraji má trvalý pobyt. Odpovědi lze vybrat z nabídky možností. Konkrétní město, ve kterém bydlí, anebo nechce uvést. Jaké je PSČ města, anebo nechce

uvést. Jaký je rodinný stav. Odpovědi lze vybrat z nabídky možností. Zda žije s partnerem, ano, ne. Zda žije s otcem, se kterým čeká dítě, ano, ne. Zda, už má nějaké děti a kolik. Jaký je respondentky osobní čistý příjem. Odpovědi lze vybrat z nabídky možností, anebo nechce uvést; neví. Další otázka je, zda prodělala v minulosti potrat. Odpovědi ano, ne, nechci odpovídat. Toto je poslední otázka. Děkuji Vám za Váš čas a ochotu a přeji hezký den. Prostor pro poznámky k dotazníku. Dotazník dokončen. Děkuji Vám za Váš čas. Data získaná výzkumem byla roztríděna a vyhodnocena pomocí třístupňového kódování. Po zpracování standardizovaného dotazníku byla využita smíšený kvantitativní a kvalitativní výzkum. Výsledky kvantitativního výzkumu jsou prezentovány ve výsledcích „míra deprivace“ kvalitativní zpracování zakotvené teorie, kam patří otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování. Kvalitativní přístup jsem zvolila proto, že umožňuje odkrýt to, co ještě nevíme (Strauss, Corbin, 1999). Na závěr celého kódovacího procesu pak byla vytvořena zakotvená tvrzení, která pokládají nové teoretické poznatky, jež jsou platné minimálně v souboru dotazovaných informantek. Jednotlivé kategorie doprovázejí grafické výstupy, jež pocházejí se softwarového programu ATLAS.ti. Další získané výsledky, zpracované pomocí statistiky nám určily míru deprivace těhotných žen v jednotlivých trimestrálních období a po porodu, dle zkušeností s těhotenstvím. Výsledky z dostupného výběru od žádné deprivace, až po těžkou deprivaci.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Jako výzkumný soubor jsem si zvolila patnáct gravidních žen, v různé věkové kategorii, z celé České Republiky, s různým počtem parity. Z oslovených žen, kterých bylo třicet, spolupracovalo a odpovědělo patnáct a také souhlasily s vyplněním anonymní standardizované škály a ženy souhlasily se zveřejněním jejich odpovědí a některých osobních údajů jako je věk, vzdělání, parita, stav, kraj pobytu, pohlaví dítěte. Stav novorozence byl hodnocen pomocí Apgar skóre. Škála ženám byla rozdána ve třetím měsíci těhotenství, v šestém měsíci těhotenství, v devátém měsíci těhotenství a po porodu. Jednalo se o individuální standardizovanou škálu, tvořenou sedmdesáti uzavřených otázek. Schéma upřesňuje oblasti, na které budou respondentky výzkumu dotazovány.

Sběr dat je pro nás tazatele velmi závazný. Ve výzkumném vzorku jsou zastoupeny jak primipary - 8, tak i multipary - 7 (Miovský, 2006).

3.2 Metodika vyhodnocování dat

Standardizované dotazníky byly vyhodnoceny, zaznamenány doplňující informace a jejich souhrny jsou uvedeny v příloze. Každá informantka má své číslo (R1, R2...), pomocí nichž byly dále označovány.

Data jsem pečlivě seřadila a roztřídila. Dále bylo provedeno třístupňové kódování a v konečném důsledku proběhla formulace zakotvených tvrzení pomocí techniky zakotvené teorie. Prvním stupněm kódování bylo otevřené kódování. Kódy byly dále roztříděny do jednotlivých subkategorií a kategorií, pod které spadaly. Dále bylo využito kódování axiální a jeho průběh je popsán výše v této kapitole. Naposled jsem využila selektivní kódování, pomocí něhož jsem vytvořila hlavní, tedy centrální, kategorii výzkumu.

3.3 Operacionalizace pojmů

Prenatální období. V posledních letech dvacátého století se změnil postoj k prenatálnímu období i k období těhotenství ženy. K této změně pomohl technický pokrok, kam patří ultrasonografie, mikrokamery, termovize, videozáznamy z nitroděložního vývoje plodu. Tímto způsobem se získávají informace o fyziologickém i psychickém vývoji plodu. Psychologové a porodníci se zabývají prenatálním obdobím, vyzdvihují aktivitu plodu, schopnost plodu učit se a přípravu na přežití po narození. Dále sledují interakci mezi matkou a dítětem (Šulová, 2010). V České republice se prenatální péče řadí do tří stupňů. Důležité je vyšetření u gynekologa, kterého si každá žena vybírá svobodně. Gynekolog zve těhotnou ženu na pravidelné kontroly do prenatální poradny a na podkladě vyšetření vystavuje těhotenskou průkazku. Když mají ženy jakékoliv riziko, závažnější komplikace, pak jsou pro ně určena gynekologicko – porodnická oddělení a poradny pro rizikové

a patologické těhotenství. Předporodní péče předchází komplikacím, které ohrožují průběh těhotenství (Gregora, Velemínský 2005).

Prenatální psychologie je oborem mladým. Jedná se o interdisciplinární vědní obor, který studuje plod uvnitř dělohy, jeho duševní život a chování. Disciplína je založená na lékařských a psychologických výzkumech a spolupracuje s obory, jako je antropologie, sociologie, filosofie a další. Obecně se prenatální psychologie řadí do vývojové psychologie (Ratislavová, 2008). Období prenatálního vývoje dítěte začíná oplodněním, pokračuje do blastocysty a vytvoří se tři zárodečné listy. Tento proces trvá asi tři týdny, kdy koncem třetího týdne vzniká nervová trubice jako nový základ nervové soustavy. Od čtvrtého do dvanáctého týdne pokračuje embryonální období, kdy dochází k vytváření všech základních orgánů a k intenzivnímu růstu. V této době je embryo velmi citlivé a působí na něho vliv patogenních faktorů. V tomto období vznikají základy závažných vývojových vad. Poslední období, od dvanáctého týdne až do narození, se nazývá fetální, kdy se dokončuje vývoj orgánových systémů a dále probíhá růst. Do prenatálního období patří i psychický vývoj jedince. Většina lidí se dodnes domnívá, že vlastnosti dítěte jsou dány dědičností. Nebylo lidem známo, že i plod v děloze má již vyvinuté smysly, dále i paměť, ale také i schopnost vnímání (Rheinwaldová, 2011)...*„Již od početí vzniká lidský jedinec, konkrétní člověk, který ve vývoji udělá ještě v matčině lůně bouřlivý pokrok, jeho lidský život začíná již zde“* (Špaňhelová, 2003, str. 17).

Těhotenství znamená zázračné období. Dříve těhotné ženy měly označení jako ženy v naději, kdy těhotenství patřilo k období očekávání a nejistoty (Mrowetz, 2011). Těhotenství je dále doprovázeno nevolností, zvracením, bolestmi zad. Každá žena prožívá těhotenství individuálně (Ratislavová, 2008).

Perinatální období dítěte je označena doba těsně před porodem, porod samotný a následně doba ihned po porodu. Na tělesný i duševní vývoj dítěte mohou mít negativní vliv i případné porodní komplikace Dokoupilová et al., (2009).

Komunikace – toto slovo je definováno jako tok informací z jednoho zdroje, bodu, k druhému příjemci, bodu. Komunikační výměna je jak sdělování, tak sdílení. Komunikaci s lidmi spoluvytváříme, přispíváme k ní, jsme její součástí, ovlivňujeme ji. Jedná se o sociální proces. Lidskou komunikací se zabývá psychologie, zkoumá úlohy motivace

komunikace, nedorozumění a dorozumění při komunikaci, účinky na psychiku. Lidská komunikace zkoumá úmyslnou i neúmyslnou komunikaci. Sdělení jsou různá. Buď je sdělení slovní, nebo neverbální, mezi něž patří gesta, pohledy, mimika či doteky (Vybíral, 2005).

Bonding – jedná se o vzájemný vztah dítěte a rodičů. Jedná se o celoživotní spojení mezi matkou a dítětem. Vazba vzniká už od početí. Vědci zastávají názor, že existuje vědomí buněk, vědomí celého procesu výhry spermatu při získání vajíčka. Od této doby se počíná vývoj lidského jedince. Zdravý vývoj plodu je podstatné fyzické, duševní zdraví ženy, rodiny a manžela. Při prvním kontaktu s děťátkem se mu dává najevo, že je s láskou vítáno (Rheinwaldová, 2011).

Attachment – vztahová vazba nebo – li teorie citové vazby. Význam přilnutí dítěte k matce a dalším blízkým osobám. Teorii vazby „Bowlby – Ainsworth“ byla publikována Ainsworthovou v roce 1978. Další práce pak upozorňují na negativní vliv absence attachmentu na psychiku žen. Hašto (2005) se zabývá velmi podrobně vztahovou vazbou mezi rodiči a dítětem, a to již v prenatálním období.

4. ZPRACOVÁNÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI A VÝSLEKDY VÝZKUMU

4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 1: Identifikační údaje

Respondentka	Gestační věk	Věk respondentky	Kraj pobytu	Sociální prostředí	Těhotenství	Pohlaví dítěte	Apgar skóre
Respondentka č. 1	40+3	39 let	Středočeský	Rozvedená, OSVČ	Sekundára	Chlapec	8-9-10
Respondentka č. 2	40+5	34 let	Plzeňský	Svobodná, personalistka	Primipara, 2 potraty	Chlapec	10-10-10
Respondentka č. 3	40+2	28 let	Jihomoravský	Svobodná, nezaměstnaná	Primipara	Chlapec	8-9-10
Respondentka č. 4	41+4	24 let	Moravskoslezský	Svobodná, nezaměstnaná	Primipara	Děvče	8-9-10
Respondentka č. 5	40+6	27 let	Frýdecko – místecký	Svobodná, uklízečka	Porod 1x, potrat 3x	Děvče	8-10-10
Respondentka č. 6	39+0	43 let	Středočeský	Vdaná, majitelka ve firmě	Primipara	Chlapec	9-10-10
Respondentka č. 7	37+4	30 let	Olomoucký	Svobodná, číšnice, kuchařka	Primipara	Děvče	8-10-10

Respondentka č. 8	40+ 3	25 let	Moravskosle zský	Svobodná, manažerka	1x porod, 1x abort	Děvče	9-10-10
Respondentka č. 9	39+ 4	34 let	Moravskosle zský	Vdaná, technolog, Zentiva	Primipara	Děvče	9-9-10
Respondentka č. 10	41+ 2	27 let	Moravskosle zský	Vdaná, manažerka	Primipara	D ěvče	8-9-10
Respondentka č. 11	41+ 4	31 let	Středočeský	Vdaná, podnikatel ka	Primipara	Chlapec	10-10-10
Respondentka č. 12	40+ 6	28 let	Středočeský	Vdaná, manažerka	Primipara	Děvče	8-9-9
Respondentka č. 13	39+ 6	30 let	Středočeský	Vdaná, učitelka	Sekund a	Chlapec	10-10-10
Respondentka č. 14	38+ 4	19 let	Moravskosle zský	Svobodná, myčka aut	Sekund a	Chlapec	10-10-10
Respondentka č. 15	38+ 6	36 let	Středoče ský	Rozveden á, kadeřnice	Porody 3x, potraty 1x	Děvče	10-10-10

Zdroj: Vlastní zdroj

V tabulce 1 jsou zveřejněny identifikační údaje jednotlivých respondentek. Konkrétně sociální prostředí ženy, těhotenství. Dalšími údaji týkající se gestačního stáří novorozence, Apgar skóre, rok narození žen, kraj pobytu, pohlaví dítěte.

Respondentka (dále jen R) 1 je Sekundypara. Porod 40+3 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (8, 9, 10). Rok narození 1978. Kraj Středočeský. Rozvedená, OSVČ.

R 2 je Primipara, 2x potrat. Porod 40+5 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (10,10,10). Rok narození 1983. Kraj Plzeňský. Svobodná, personalistka.

R 3 je Primipara. Porod 40+2. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (8,9,10). Rok narození 1989. Kraj Jihomoravský. Svobodná, nezaměstnaná.

R 4 je Primipara. Porod 41+4. Pohlaví děvče. Apgar skóre (8,9,10). Rok narození 1993. Kraj Moravskoslezský. Svobodná, nezaměstnaná.

R 5 je Primipara, 3x potrat. Porod 40+6. Pohlaví děvče. Apgar skóre (8,10,10). Rok narození 1990. Kraj Frýdecko – místecký. Svobodná, uklízečka.

R 6 je Primipara. Porod 39+0. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (9,10,10). Rok narození 1974. Kraj Středočeský. Vdaná, majitelka firmy.

R 7 je Primipara. Porod 37+4. Pohlaví děvče. Apgar skóre (8,10,10). Rok narození 1987. Kraj Olomoucký. Svobodná, číšnice, kuchařka.

R 8 je Primipara, 1x potrat. Porod 40+3. Pohlaví děvče. Apgar skóre (9,10,10). Rok narození 1992. Kraj Moravskoslezský. Svobodná, manažerka.

R 9 je Primipara. Porod 39+4. Pohlaví děvče. Apgar skóre (9,9,10). Rok narození 1983. Kraj Moravskoslezský. Vdaná, technolog, Zentiva.

R 10 je Primipara. Porod 41+2. Pohlaví děvče. Apgar skóre (8,9,10). Rok narození 1990. Kraj Moravskoslezský. Vdaná, manažerka.

R 11 je Primipara. Porod 41+4. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (10,10,10). Rok narození 1986. Kraj Středočeský. Vdaná, podnikatelka.

R 12 je Primipara. Porod 40+6. Pohlaví děvče. Apgar skóre (8,9,9). Rok narození 1989. Kraj Středočeský. Vdaná, manažerka.

R 13 je Sekundypara. Porod 39+6. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (10,10,10). Rok narození 1987. Kraj Středočeský. Vdaná, učitelka.

R 14 je Sekundypara. Porod 38+4. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (10,10,10). Rok narození 1998. Kraj Moravskoslezský. Svobodná, myčka aut.

R 15 je Tercipara, 1x potrat. Porod 38+6. Pohlaví děvče. Apgar skóre (10,10,10). Rok narození 1981. Kraj Středočeský. Rozvedená, kadeřnice.

4.2 Přehled odpovědí respondentek

Tabulka 2: Odpovědi respondentek

ID	V jaké fázi těhotenství jste?	Může te, prosím zadat Apgar skóre při narození dítěte?	Můžete, prosím zadat Apgar skóre po 5 minutách po narození?	Můžete, prosím zadat Apgar skóre po 10 minutách po narození?	Byla jste již v minulosti těhotná??	Vypiš te, prosím kolikrát:	Jaký je Váš rok narození?	Jaký je Váš rodinný stav?	Žijete s partnerem?	Žijete s otcem dítěte, kterého máte práve čekáte?	Máte děti?	Strach - součet bodů	Agresivita - součet bodů	Deprese - součet bodů	Frustrace - součet bodů	Stres - součet bodů	Vinová - součet bodů	Dotazník je úspěšně dokončen - interní proměnná scac
----	-------------------------------	--	---	--	-------------------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------	---	------------	----------------------	--------------------------	-----------------------	-------------------------	---------------------	----------------------	--

P80 1A	1. trim estr - cca do 14 tt				ano	1	1978	rozved ená	ano	ano	1	9	19	6	5	19	9	26	Ano
P80 1B	2. trim estr - 15tt- 28tt				ano	1		rozved ená	ne	ne	1	24	37	44	41	43	24	43	Ano
P80 1C	3. trim estr - 29- 42tt				ano	1		rozved ená	ne	ne	1	24	37	44	41	43	24	43	Ano

P80	Již jsem po poro du	8	9	10	ano	2		rozve dená	ne	ne	2	9	18	12	16	19	34	19	Ano
------------	---------------------------------	---	---	----	-----	---	--	---------------	----	----	---	---	----	----	----	----	----	----	-----

Zdroj: Vlastní zdroj

Zpracování dalších respondentek naleznete v Příloze č.4 v Pdf formátu na CD.

4.3 Míra deprivace u rodiček

Prvorodičky

	3. měsíc	6. měsíc	9. měsíc	Po porodu
R_3	201	198	237	201
R_4	261	190	241	243
R_6	242	238	225	238
R_7	98	244	165	165
R_9	244	204	261	244
R_10	211	118	209	207
R_11	241	275	98	241
R_12	256	133	235	133

Min. 1 zkušenost

	3. měsíc	6. měsíc	9. měsíc	Po porodu
R_1	93	256	256	127
R_2	239	98	310	298
R_5	236	184	310	310
R_8	232	261	244	244
R_13	310	244	232	232
R_14	223	363	231	370
R_15	249	252	249	249

**MÍRA
DEPRIVACE**

Žádná	40	Mírná	260	Středně těžká	480	Těžká
-------	----	-------	-----	---------------	-----	-------

Na základě průzkumu byla vytvořena tabulka, ve které se nacházejí výsledky míry deprivace v těhotenství. Prvorodičky jsou respondentky č. 3,4,6,7,9,10,11,12. Minimálně

jednu zkušenost s těhotenstvím mají respondentky č. 1,2,5,8,13,14,15. Výsledky zpracované formou statistiky. Všechny respondentky prožijí deprivaci. Žádná respondentka v těhotenství, ani po porodu neprožije žádnou deprivaci. Žádná respondentka v těhotenství, ani po porodu prožije těžkou deprivaci. R1, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou. R2, ve třetím a v šestém měsíci, prožije míru deprivace mírnou, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace středně těžkou. R3, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou. R4, ve třetím měsíci, prožije míru deprivace středně těžkou, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou. R5, ve třetím měsíci, v šestém měsíci prožije míru deprivace mírnou, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace středně těžkou. R6, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou. R7, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou. R8, ve třetím měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou, v šestém měsíci, prožije míru deprivace středně těžkou. R9, ve třetím měsíci, v šestém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou, v devátém měsíci, prožije míru deprivace středně těžkou. R10, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou. R11, ve třetím měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou, v šestém měsíci, prožije míru deprivace středně těžkou. R12, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou. R13, ve třetím měsíci, prožije míru deprivace středně těžkou, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou. R14, ve třetím měsíci, v devátém měsíci, prožije míru deprivace mírnou, v šestém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace středně těžkou. R15, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, prožije míru deprivace mírnou. Ve 3. měsíci mírnou deprivaci prožily 13 respondentek, 2 respondentky prožily středně těžkou deprivaci. V 6. měsíci mírnou deprivaci prožily 12 respondentek, 3 respondentky prožily středně těžkou deprivaci. V 9. měsíci mírnou deprivaci prožily 13 respondentek, 2 respondentky prožily středně těžkou deprivaci. Po porodu mírnou deprivaci prožily 13 respondentek, 2 respondentky prožily středně těžkou deprivaci. Použitá byla SUMAČNÍ HODNOTA, kdy sumačním indexem u prvorodiček 0–40

hraniční, střední 260–448, těžká nad 500. U vícerodiček 80–220 hraniční, střední 221–360, těžká nad 360. Při daném počtu respondentek jsme neprokázali vztah mezi prenatální patologií, psycho somatické a postnatálním vztahem novorozence. Apgar skóre u novorozenců byl mezi osmi až deseti body a ne nižší.

Stav novorozenců u všech 15 ti rodiček, které dostaly Oxytocin, se hodnota Apgar skóre pohybovala mezi 8 až 10 body (neprokázala se závislost na stavu matky).

4.4 Kategorizace dat

Během výzkumu bylo získáno velké množství dat, které bylo díky otevřenému kódování možno seskupit a sloučit do jednotlivých podkategorií a kategorií. V konečném výsledku kategorizace vzniklo pět hlavních kategorií. Vzhledem ke kvalitativní analýze dat a zpracování v programu ATLAS.ti. Každá z kategorií doprovázena grafickým výstupem, jež ilustruje vztahy mezi jednotlivými dílčími kódy v kategoriích. Kategorie na sebe navazují a jsou i vzájemně provázané, což je důvodem toho, že některé kódy jsou obsaženy ve více kategoriích.

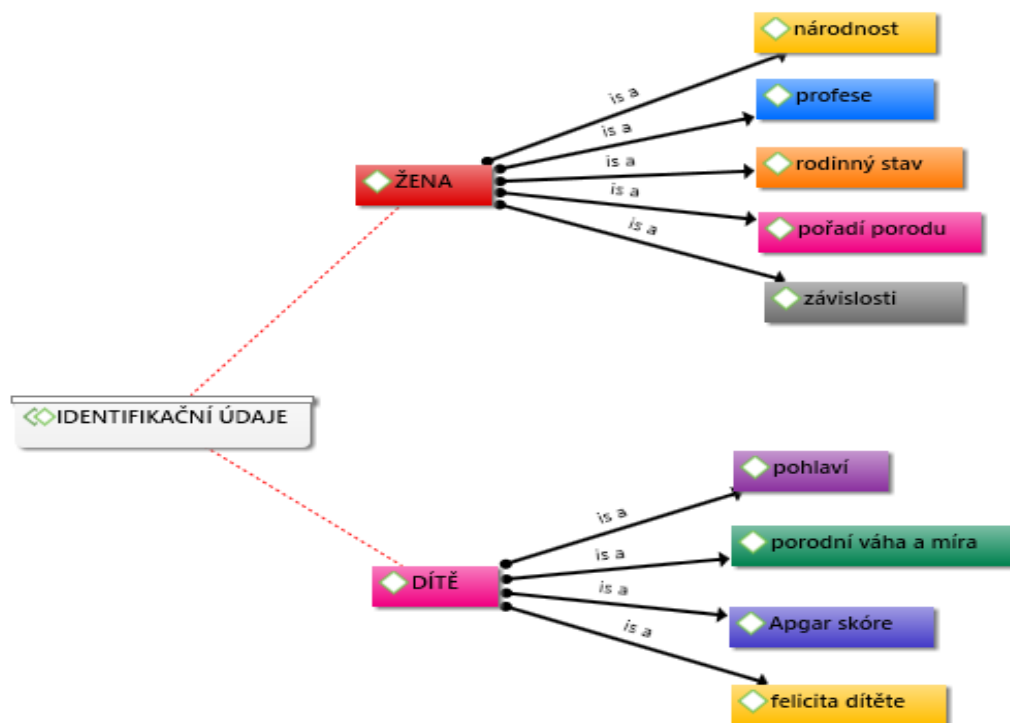
Vznikly tyto hlavní kategorie:

- **K1 – Identifikační údaje** – kategorie obsahuje údaje o rodičce a dítěti.
- **K2 – Sociální vazby** – kategorie uvádí informace ohledně sociálního začlenění rodičky.
- **K3 – Průběh gravidity** – tato kategorie sleduje celý průběh těhotenství a možné situace, které na něj měly vliv či se v průběhu něj vyskytly.
- **K4 – Psychický stav v těhotenství** – kategorie psychický stav v průběhu těhotenství sleduje psychické rozpoložení těhotných.
- **K5 – Porod a život po něm** – kategorie porod a život po něm shrnuje průběh porodu a následné změny.

4.4.1 K1 – Identifikační údaje

Identifikační údaje jsou především základními informacemi o informantkách, které se zúčastnily výzkumu a jejich dětech. U rodiček se jedná například o národnost, profesi, rodinný stav, pořadí porodu či závislosti. Dítě je charakterizováno z hlediska pohlaví, porodní váhy a míry, Apgar skóre či felicity. Přehled identifikačních údajů je uveden ve schématu č. 1.

Schéma č.1 – Identifikační údaje



Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnilo 15 informantek v rozličném věkovém rozmezí od 19 do 43 let. Značné množství informantek bylo prvorodičkami, pouze pro informantku R15 se jednalo již o 3. porod. Informantky R1, R5, R13 a R14 byly již zkušenými matkami, neboť již jednou rodily a jednalo se tak již o jejich druhý porod. Přesto, že informantka R14 je ze všech matek nejmladší, syn narozený ve 38+4 týdnu je již jejím druhým dítětem. Naopak informatika R6, jež byla věkově nejstarší rodičkou se porodem syna stala matkou poprvé. Pořadí a počet porodů však ne vždy souvisí s počtem těhotenství informantek. Informantka R8 prodělala v minulosti spontánní potrat a byla tedy těhotná již podruhé, přesto, že byla prvorodičkou. V případech informantek R2, R5 a R15 se pak jednalo o těhotenství, která byla uměle přerušena. V případě R5 třikrát a v případě informantky R2 dvakrát.

Z hlediska rodinného stavu je téměř polovina informantek svobodných, pouze informantky R1 a R15 jsou rozvedené. V manželském svazku se nachází informantky R6, R9, R10, R11, R12 a R13. Bydliště dotazovaných bylo rozličně po České republice,

převážně však informantky žily v moravských krajích a ve Středočeském kraji. Výjimku tvoří pouze informantka R2, jejímž bydlištěm je Plzeňský kraj.

Informantky měly českou národnost s výjimkou informantky R6 a R12, jež jsou cizinkami. Informantka R6 má ukrajinskou národnost, ale v České republice žije již 25 let a je zároveň i nejstarší rodičkou, která se zúčastnila výzkumu. Slovenskou národnost má informantka R12.

Co se týče zaměstnanosti a profesí informantek, lze ve výsledcích výzkumu nalézt rozličná data. Informantky R1, R2 a R5 byly na mateřské dovolené, přičemž R2 a R5 byly dříve zaměstnané jako personalistka a uklízečka. Informantka R1 před nástupem na mateřskou dovolenou podnikala, stejně jako informantka R11. Z hlediska profesí lze mezi informantkami najít jednatelku ve firmě, číšnici/kuchařku, manažerku, technologku ve firmě Zentiva, učitelku ZŠ, myčku aut či kadeřnici. Pouze informantky R3 a R4 byly nezaměstnané.

Z hlediska závislostí lze za jediný nešvar označit kouření. Užívání alkoholu a drog žádná z matek neuvedla. Kouření v těhotenství uvedly informantky R3, R4, R5, R7, R8 a R14. Nejčastěji se jedná o množství mezi 5 a 10 cigaretami denně. Pravidelnými uživatelkami nikotinu jsou R3, R7 a R14. Příležitostně si cigaretu dá informantka R5 a R8. Informantka R6 přiznala abúzus kouření a informantka R4 zmínila kouření na počátku těhotenství. Zajímavé je, že právě v souvislosti s kouřením se pak často u matek objevují pocity viny, jako například u informantky R3, jejíž dítě bylo navíc po porodu značně neklidné díky vytvořené závislosti na nikotinu již z těhotenství. Pocit viny za kouření měla i informantka R4, přes to, že kouřila pouze na počátku těhotenství ještě v době, kdy nevěděla, že je těhotná.

Z hlediska pohlaví lze konstatovat, že ve zkoumaném vzorku bylo téměř rovnoměrné rozložení děvčat a chlapců. Dívka se narodila informantkám R4, R5, R7, R8, R9, R10, R12 a R15. Chlapec se pak narodil informantkám R1, R2, R3, R6, R11, R13 a R14. Porodní váha a míra se pohybovala v rozmezí 2940 – 4200 gramů a 46 – 53 centimetrů, přičemž nelze nalézt souvislost mezi váhou a mírou dítěte. Syn infromantky R6 vážil 4200 gramů, zřejmě vzhledem ke zdravotnímu stavu matky a jejímu gestačnímu diabetu a přes to měřil 52 centimetrů. Naopak dcera informantky R15 měřila 46 centimetrů a její váha byla 3030

gramů. Žádné z dětí se nenarodilo předčasně, všechny porody proběhly v termínu přirozenou cestou s výjimkou informantky R4, která měla indukovaný porod z důvodu potermínové gravidity.

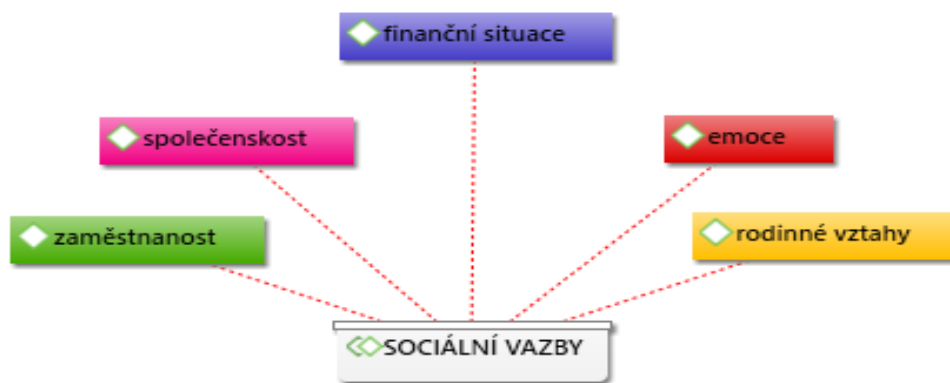
Apgar skóre se pouze u dětí informantek R2, R11, R13, R14 a R15 pohybovalo ve výborných hodnotách 10, 10, 10. Nelze zřejmě vysledovat příčinný vztah, ale z těchto rodiček kouření v těhotenství uvedla pouze informantka R14. U matek užívajících nikotin se ve většině případů vyskytlo v Apgar skóre číslo 8, mimo informantku R6. Příčinný vztah však vysledovat nelze a číslo 8 se v Apgar skóre objevilo i u nekuřaček. Nejhorší hodnoty Apgar skóre (8,9,9) měla dcera informantky R12, která po porodu trpěla periferní cyanózou, hypotonií, eupnoe a srdeční aktivitou nad 100 tepů za minutu. Všechny děti se dle hodnocení Apgar skóre vešly do hranice normality, navíc pozitivní je, že u všech dětí se stav upravil dále a nastala dobrá poporodní adaptace.

Co se týče felicity dítěte, matky uváděly dobrou poporodní adaptaci a plné či postupné kojení dítěte v případech informantek R10 a R12. Na neklid dítěte vzhledem k získané závislosti na nikotinu si stěžovala pouze informantka R3, která taktéž jako jediná využívá dokrm formou Nutrilon premium, neboť laktace se teprve rozbíhá.

4.4.2 K2 – Sociální vazby

Kategorie sociální vazby se zabývá především sociálním začlenění rodičky. Jedná se například o finanční situaci, zaměstnání či společenskost, ale i její rodinné vztahy a emoce. Názorně ilustruje schéma č. 2.

Schéma č. 2 – Sociální vazby



Zdroj: Vlastní výzkum

Zaměstnanost u informantek výzkumu byla relativně vysoká. Stav nezaměstnaná označila pouze informantka R3 a R4. Další informantky pak dále uváděly mateřskou dovolenou, jako třeba R1, R2 a R5, i tyto matky však před nástupem na mateřskou dovolenou měly finanční příjem, stejně jako zbylé informantky ve výzkumu. Osobou samostatně výdělečně činnou byly pouze informantky R1 a R11.

Se zaměstnaností se značně pojí finanční situace. Některé informantky jsou se svojí finanční situací vcelku spokojené a zvládají, u jiných převládají obavy z toho, jak do budoucna zvládnou výpadek jednoho platu, který mateřská dovolená a posléze rodičovský příspěvek nejsou schopny nahradit. Tyto obavy byly i značně proměnlivé v průběhu těhotenství. Obavy z finanční situace uvedla informantka R1 v 6. a 9. měsíci, ale na počátku gravidity ani po porodu těmito obavami již netrpěla. Jako důvod uvedla především finanční náročnost vybavičky a to i přes to, že se chystala na příchod dítěte již podruhé, tentokrát však jiného pohlaví. Na finanční náročnost vybavičky si stěžovala i R7 a R14. K náročnosti finanční situace R1 přispěl jistě i fakt, že dcera nastupovala do školky,

což vedlo ke zvýšeným výdajům a také odchod partnera od rodiny. Ten se však naštěstí na finančním chodu rodiny i nadále podílel a situaci tak informantka nakonec zvládla. Komplikací, která již ve výzkumu uvedena nebyla, by se však ještě mohlo stát podnikání této respondentky za předpokladu, že nebyla účastna nemocenského pojištění a neměla by tak nárok na peněžitou pomoc v mateřství, což by mohlo ztížit její finanční situaci a měsíčně tak snížit příjem. Taktéž informantka R2 ve vyšších stupních gravidity a po porodu pocítovala obavu z finančního nedostatku. Pomoc může hledat u rodiny, ale dle svých slov na nich nechce být závislá. Oporu v sociálním zázemí má taktéž informantka R3, která přes to, že je nezaměstnaná, tak svou finanční situaci s pomocí rodiny a sociálních dávek zvládá, stejně jako informantka R4, která taktéž s penězi vychází. R6 je se svou finanční situací taktéž často spokojená, stejně jako R8, R9, R10 či R12. Příležitostně s penězi vychází ale například informantka R11 či R5, která uvedla, že je to tak napůl, někdy jsou na tom lépe a někdy vyjdou tak tak. Taktéž i R13. Naopak výjimečně s penězi vychází informantka R15, která se stala již trojnásobnou matkou, zřejmě i to je důvod, že svoji finanční situaci nemá pod kontrolou tak, jak by si představovala. Péče o tři děti je značně nákladnou položkou rodinného rozpočtu. Zajímavé je, že informantky, které zmínily finanční náročnost vybavičky, své obavy z nezvládnutí finanční situace vyjadřovaly především v 6. měsíci těhotenství, je to tedy zřejmě měsíc, kdy matky pořizují nejnákladnější věci a vůbec se tedy připravují na příchod svého dítěte. Pro informantku R14 bylo v tomto ohledu náročné ještě období po porodu, kdy měla zvýšené výdaje na chod domácnosti a vyšla jen tak tak.

Problémy ale i radosti často vyžadují oporu v rodině a rodinných vztazích. Z hlediska tohoto výzkumu se jednalo především o vztahy s rodiči a to, jak si informantky svých rodičů váží. Všechny informantky uvedly, že svých rodičů si váží nebo dokonce moc váží. Z těchto výsledků lze usuzovat, že rodinná zázemí jsou v pořádku. Z hlediska partnerských vztahů je situace popsána v kapitole K1 – identifikační údaje. Rozvedené jsou pouze informantky R1 a R15. Zbylé informantky žijí v manželských nebo partnerských svazcích. S partnerem žila však i informantka R1, ten ji však v průběhu druhého trimestru opustil.

Těhotenství je emočně vysoce náročné období, není tedy divu, že asi všechny informantky v určitých chvílích neměly své emoce plně pod kontrolou, s výjimkou

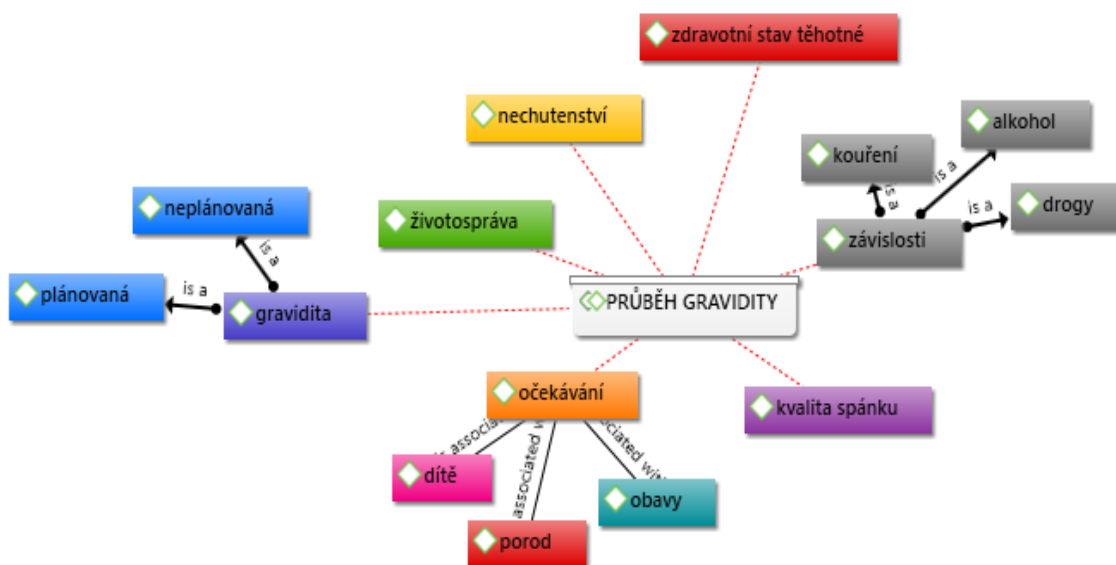
informantek R11 a R4, které uvedly, že své emoce zvládaly plně nebo velmi často. Naopak vůbec své emoce neměly pod kontrolou informantky R13, R1 a R2. Emoce R1 byly značně rozjitřené hlavně ve vyšších stupních gravidity, na počátku těhotenství a po porodu však emoční nestabilitu nepociťovala. Jinak tomu bylo u R13, která své emoce vůbec nezvládala ve 3. měsíci těhotenství a nadále pak již ano. Zásadní zlom v emocích a vůbec emočním prožívání označila R2. Na počátku těhotenství zvládala emoce příležitostně, pak často, ale před porodem a po něm vůbec. Za zásadní uvedla narůstající váhu a obavu, že ji partner opustí. Rodina i partner pro ni však měli pochopení a pomohli jí toto složité období překonat. Informantky R3, R6, R7, R8, R9, R10, R12, R13, R14 a R15 své emoce zvládaly příležitostně, dle konkrétní situace. Informantka R12 si stěžovala, že v určitých situacích své emoce nezvládá vůbec a informantka R7 uvedla, že emoční vypětí u ní někdy doprovází pláč a jemný třes rukou.

Četnost návštěv společnosti byla u informantek různorodá. Informantky R1, R3, R4, R7, R11 a R12 uvedly, že do společnosti chodí často. Naopak informantky R6 a R15 do společnosti téměř nevyrážejí. R6 z důvodu absence přátel a R15 uvedla, že do společnosti nechodí nikdy. Vzhledem k tomu, že je matkou třech dětí, je pravděpodobné, že ji péče o děti bere téměř veškerý volný čas. Příležitostně do společnosti ale vyráží informatiky R8, R9, R10, R13 či R14. Informantka R2 k tomuto tématu uvedla, že ve vyšších stupních těhotenství do společnosti moc nevyrážela vzhledem k tomu, že měla pocit, že nemá důstojné oblečení a po porodu jí zaměstnávala péče o syna a kojení. Informantka R5 v nižším stupni gravidity do společnosti vyrážela často a ráda, posléze však již méně z důvodu únavy a vytíženosti.

4.4.3 K3 – Průběh gravidity

Tato kategorie sleduje celý průběh těhotenství a možné situace, které na něj měly vliv či se v průběhu něj vyskytly. Do kategorie spadá plánovanost či neplánovanost těhotenství, závislosti, očekávání, zdravotní stav, ale i životospráva a s ní související nechutenství či kvalita spánku, což lze vysledovat ze schématu č.3.

Schéma č. 3 – Průběh gravidity



Zdroj: Vlastní výzkum

Schopnost ovlivnit průběh těhotenství má mnoho faktorů. Jedním z těchto faktorů je i plánovanost či neplánovanost těhotenství. Informantky se ne vždy zmínily, zda bylo jejich těhotenství plánované a dítě tak vytoužené, ale neplánovanost těhotenství zmínily R2 a R8. Neplánované těhotenství se pro informantku R8 ve 3. měsíci stalo značným stresem, možná i proto, že již jednou prodělala spontánní potrat. Informantka R2 těhotenství taktéž neplánovala, naopak si představovala, že zhubne, uvedla: „*Moje představa byla zhubnout, ale těhotenství si člověk nenaplňuje.*“

Co se týče životosprávy, pak kvalitní životosprávu uvedly informantky R1, R4, R15. Snahu o často kvalitní životosprávu pak uvedly R10 a R11. Životosprávu naopak nikdy nedodržovala informatika R3 a to ani v době těhotenství ani po porodu. Ostatní informantky uvedly, že se příležitostně snaží o kvalitní životosprávu. Například v případě

informantky R2 to znamená kvalitní stravu a režim s občasným zhrěšením v podobě sladkostí, Coca – Coly či hamburgera.

Nechutenství je taktéž jeden z faktorů, který se silně pojí k těhotenství a může ovlivňovat jeho průběh. Pozitivní zjištění však je, že často nechutenstvím trpěly pouze informantky R2 a R3. K tomuto R3 uvedla, že hlavní důvod je stres, nechut' k masu a těhotenství jako takové. Nikdy či výjimečně pak nechutenstvím trpí informantky R1, R4, R6, R7, R8, R10, R14 a R15. Ve výsledcích výzkumu se však objevila i změna v nechutenství v průběhu těhotenství. Informantka R5 uvedla, že na počátku těhotenství nechutenstvím trpěla pouze výjimečně, ale pak došlo k prohloubení. Informantky R9 a R11 trpěly ve vyšších stupních gravidity nechutenstvím příležitostně, ale na počátku se u nich nechut' k jídlu neobjevila. Přesně naopak to bylo u informantek R12 a R13, které trpěly nechutenstvím na počátcích těhotenství, což s postupem času odeznělo.

Zdravotní stav matek nevykazoval žádné odchylky nebo je alespoň informantky nezmínily. Jediným zdravotním problémem, který se v rámci výzkumu vyskytl, byl gestační diabetes u informantky R6.

Závislostní chování se v rámci zkoumaného vzorku projevilo naštěstí pouze formou kouření. Užívání alkoholu ani jiných omamných látek neuvedla žádná z matek. Kouření v těhotenství uvedly informantky R3, R4, R5, R6, R7, R8 a R14, přičemž pravidelnými uživatelkami nikotinu jsou R3, R7 a R14. Úplný přehled závislostního chování matek je uveden v kategorii K1 – Identifikační údaje. Jisté však je, že kouření v průběhu těhotenství ovlivňuje psychický stav matky, neboť se nezřídka pojí s pocity viny.

Spánek v průběhu těhotenství informatiky hodnotily jako kvalitní případně napůl kvalitní. Pouze R5, R8 a R15 měly spánek nekvalitní. Informantka R5 trpí nekvalitním spánkem celý život a R8 špatně spala vzhledem k rostoucímu břichu. Spánek kvalitní tak napůl uvedly informantky R6, R9, R10, R13 a R14. Naopak vysoce kvalitní spánek bez problémů si pochvalovaly informantky R1, R3, R7, R11 a R12. Kvalitní spánek, který je ovšem výjimečně narušen sníženou kvalitou pak uvedla R4. Informantka R2 pak uvedla, že na počátku těhotenství byl její spánek kvalitní, ale s rostoucím břichem pak méně, neboť si nebyla schopná nalézt vhodnou polohu a vše ji bolelo.

Příchod dítěte na svět je velkou událostí a všechny matky se na něj velmi těšily. Jedinou výjimku v tomto směru uvedla informantka R14, která se na své dítě samozřejmě také těšila, avšak těsně před porodem v 9. měsíci se její těšení stávalo záležitostí příležitostnou, neboť věděla, že těhotenství brzy skončí, přijde porod a po něm starosti. Očekávání ohledně porodu byla veskrze spíše pozitivní. Obavy, že porod nezvládne, měla pouze informantka R15, přesto, že se chystala již na svůj třetí porod. Oproti tomu argumentovala například informantka R1, která obavy z porodu neměla, neboť, jak uvedla: „ví, co ji čeká“. Přesvědčení, že porod bez problémů zvládne, vyjadřovala i informantka R3, u porodu se to však nepotvrdilo, matka nespolupracovala a porod byl nepostupující. Zvládnutí porodu dále předpokládaly informantky R6, R8, R9, R10, R12 a R14. Určité obavy z porodu pak měly informantky R2, která stejně jako R4 byla přesvědčená, že porod zvládne, s vyššími stupni těhotenství, ale měla strach z komplikací. R4 pak netušila, na co se má připravit, co ji čeká. Informantka R5 byla přesvědčena, že porod zvládne tak napůl a s blížícím se porodem se její obavy stupňovaly. Obavy z porodu měla i R7 a to konkrétně v 6. měsíci těhotenství. O zvládnutí porodu byly příležitostně přesvědčeny informantky R11 a R13.

Těhotenský stav mohou provázet různé obavy a nejinak tomu bylo i v případě informantek, jež se zúčastnily výzkumu. Informantka R7 trpěla v těhotenství obavami v důsledku rozjitřených emocí a strachu z porodu. Ostatně obavy z porodu vyjadřovalo více informantek. Obavy ze zvládnutí finanční situace pak vyjadřovaly například informantky R1 a R2. Informantka R1 všeobecně měla obavy z více věcí. Jednou z nich byl i strach, zda plod donosí, ale taktéž, zda situaci bez partnera dokáže zvládnout a bude schopná dát stejnou lásku oběma svým dětem. Obavu ze ztráty partnera pak vyjadřovala i informantka R2, která se obávala, že jej ztratí z důvodu své vyšší váhy

4.4.4 K4 – Psychický stav v těhotenství

Kategorie psychický stav v průběhu těhotenství sleduje psychické rozpoložení těhotné v jednotlivých trimestrech, ve kterých byl prováděn výzkum, dále její pocity viny, agrese, deprese, regrese či frustrace, ale i prožívání emocí, spokojenost s vlastním bytím či její vztahy s rodiči, jak ilustruje schéma č. 4.

Schéma č. 4 – Psychický stav v těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Jak již bylo zmíněno, průběh těhotenství může ovlivňovat mnoho faktorů, mnohé z nich se pak promítají i do psychického stavu matky, i to je důvod, proč se některé subkategorie v kategoriích opakují. Taktéž je nutno uvést, že psychický stav i hodnoty obranných mechanismů se u matek v průběhu těhotenství individuálně měnily v závislosti na jejich osobním prožívání. Každá z matek tak může mít nejvyšší hladinu určitého obranného mechanismu v jiném období, v jiném měsíci těhotenství. Pro přehlednost výzkumu však byly tyto hodnoty zkoumány a vyhodnocovány ve 3., 6. a 9. měsíci gravidity. Vztah s rodiči byl u informantek veskrze pozitivní a všechny si svých rodičů váží.

Prožívání **emocí** bylo ve výzkumu již taktéž zmíněno v kategorii K2 – Sociální vazby. Lze tedy souhrnně říci, že informantky zvládaly své emoce spíše příležitostně v závislosti na konkrétní situaci. Vůbec své emoce neměly pod kontrolou informantky R13, R1 a R2. Je však nutno podotknout, že těhotenství je velmi složité období, kdy jsou matky citlivější a není tedy divu, že v určitých chvílích nedokážou své emoce plně zvládat. **Pocity viny** se vyskytovaly hojně v souvislosti se závislostmi, tedy konkrétně kouřením. Matky, které kouřily, trpěly největším pocitem viny hlavně v nižších stupních gravidity a některé z nich svůj pocit viny i slovně okomentovaly, jako například informantka R3, která pocitem viny trpěla hlavně ve 3. měsíci těhotenství, ale pak i po porodu a to z důvodu, že ví, že udělala chybu a už ji nelze napravit. Značně si uvědomuje vliv kouření na dítě i jeho poporodní

závislost na nikotinu a tedy i důvod, proč bylo dítě po porodu velmi neklidné. Informantka R4 taktéž vyjádřila pocit viny v souvislosti s kouřením, neboť kouřila ještě v době, kdy nevěděla, že je těhotná. Nejvyšší pocit viny se tak u ní vyskytoval ve 3. měsíci gravidity. Stejně to cítila i R6, jež uvedla abúzus kouření. U dalších matek, které v průběhu těhotenství kouřily, se pocit viny vyskytl hlavně v 6. měsíci – informantky R5, R7, R8 a R14. Určitou mírou pocitu viny však v určité době těhotenství trpěly i zbylé informantky, u kterých se však pocity viny objevovaly častěji až ke konci těhotenství. 9. měsíc těhotenství uvedly informantky R9, R1, R2, R10, která trpěla pocitem viny i po porodu. V 6. měsíci se cítily provinile R1, R11 a R15. První trimestr pak byl v pocitu viny zlomový pro R10, R12 a R13. Důvod, proč se cítily provinile, pak uvedly informantky R1 a R2. Informantka R1 se cítila provinile, neboť, si nebyla jistá, zda udělala dobře a měla strach, zda nebude zklamaná. Paradoxní v tomto případě je, že těhotenství této matky bylo plánované, neboť nastalo po IVF nebo-li in vitro fertilizaci. R2 se pocítovala vinu, neboť průběhu těhotenství několikrát přemýšlela, zda bylo dobré vzhledem ke své váze otěhotnět.

Pocit bezpečí. Pozitivním zjištěním je, že žádná z informantek nepocítovala pocit nebezpečí, všechny uvedly, že se cítí bezpečně nebo alespoň příležitostně dle situace. Pocit bezpečí po celou dobu těhotenství zažívaly informantky R1, R6, R7, R8, R9, R10, R12 a R15, přičemž R7 k tomu dodala, že se cítí bezpečně díky tomu, že má oporu v rodině a partnerovi. Příležitostně, dle situace, případně tak napůl zažívají pocit bezpečí informantky R2, R3, R5, R11, R13 a R14. U informantky R2 neúplný pocit bezpečí zapříčinily obavy z odchodu partnera, vzhledem k tomu, že v těhotenství hodně přibrala. Nic takového se však nestalo, partner ji ubezpečoval o své lásce a po porodu i dokonce požádal o ruku. Informantka R11 se zcela bezpečně cítila v průběhu prvního trimestru a pak po porodu. V průběhu druhého trimestru se však bezpečně cítila pouze příležitostně.

Užívání si života. Život si některé informantky užívají plnými doušky. Jedná se o R1, R2, R3, R4, R7 a R11. Naopak zřídka si život plnými doušky užívá informantka R5 a R6 dokonce pouze výjimečně. Užívání si života příležitostně či dle situace vyhodnotily informantky R8, R9, R10, R12, R13, R14 a R15.

Spokojenost s vlastním bytím. Pozitivním zjištěním je opět fakt, že žádná z informantek neuvedla, že by se svým bytím byla zcela nespokojena. Naprostá většina dotazovaných matek se sebou byla spokojena příležitostně.

Jednalo se o informantky R1, R2, R3, R5, R6, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14 a R15. Společným jmenovatelem této příležitostné spokojenosti byla nejenom situace, ve které se matky zrovna nacházely, ale často i jednotlivé fáze těhotenství, které prožívala každá individuálně. R1 se sebou byla spokojena na počátku těhotenství a po porodu, ve vyšších stupních těhotenství však jen zřídka. R11 naopak na počátku gravidity a po porodu pociťovala spokojenost s vlastním bytím jen někdy, v 6. měsíci těhotenství se sebou nebyla spokojena vůbec, ale v 9. měsíci naopak často. Podobně to vnímala i informantka R6, která se sebou byla v různých obdobích spokojena různě, někdy více, jindy méně. Informantka R2 taktéž prožívala v různých obdobích příležitostnou spokojenost s vlastní osobou. V jejím případě se však opět jednalo o problém s váhou a pocit méněcennosti vlastního těla. Na počátku těhotenství se sebou byla spokojena pouze občas, s vyššími stupni gravidity pak často. Po porodu se sebou však nebyla spokojena vůbec. Dle jejích slov to souvisí i s kvalitou spánku. Zajímavý je postřeh informantky R14, která se sebou taktéž byla spokojena příležitostně. Její pohled však směřoval opačně. Ve chvílích, kdy se sebou spokojena nebyla, přemýšlela o vlivu kouření a nikotinu na plod a mrzelo ji, že kouří tak hodně cigaret denně. Zcela spokojena se sebou byla informantka R7. R4 k tomuto uvedla, že je se sebou spokojena často, jen v 9. měsíci a po porodu má občas pochyby a je se sebou spokojená jen někdy. *Mezi obranné mechanismy*, případně jiné pocity, jež byly v tomto výzkumu zkoumány lze zařadit stres (S), strach (A), depresi (D), regresi (R), frustraci (F) a agresi (AG). Ve výsledcích bylo hodnoceno, zda byly tyto pocity v přímé rovině, tedy v normě a případně ve kterém měsíci dosáhly nejvyšších hodnot. Tyto hodnoty se však v některých případech mohly po porodu ještě navýšit. Poporodní pocity matky jsou však shrnuty v kategorii K5 – Porod a život po něm. *Stres*. Nejvyšší hodnotu stresu ve 3. měsíci uvedla informantka R4, jež uvedla, že tento trimestr pro ni byl nejvíce stresový vzhledem k tomu, že na počátku těhotenství kouřila, aniž by věděla, že čeká dítě a stresující pak pro ni byl taktéž ultrazvuk ve 20. týdnu těhotenství. Nejvíce stresový byl 3. měsíc taktéž pro R13 a R10. U informantky R10 se vyskytla nejvyšší hodnota ještě v 9. měsíci, avšak obě tyto hodnoty byly v přímé rovině. 6. měsíc znamenal nejvíce zvýšenou míru stresu pro R7, R3, R11 a R14. Jako jednoznačně nejstresovější měsíc informantek, jež se výzkumu zúčastnily, lze označit měsíc 9., tedy těsně před porodem. Nejvyšší hodnotu stresu,

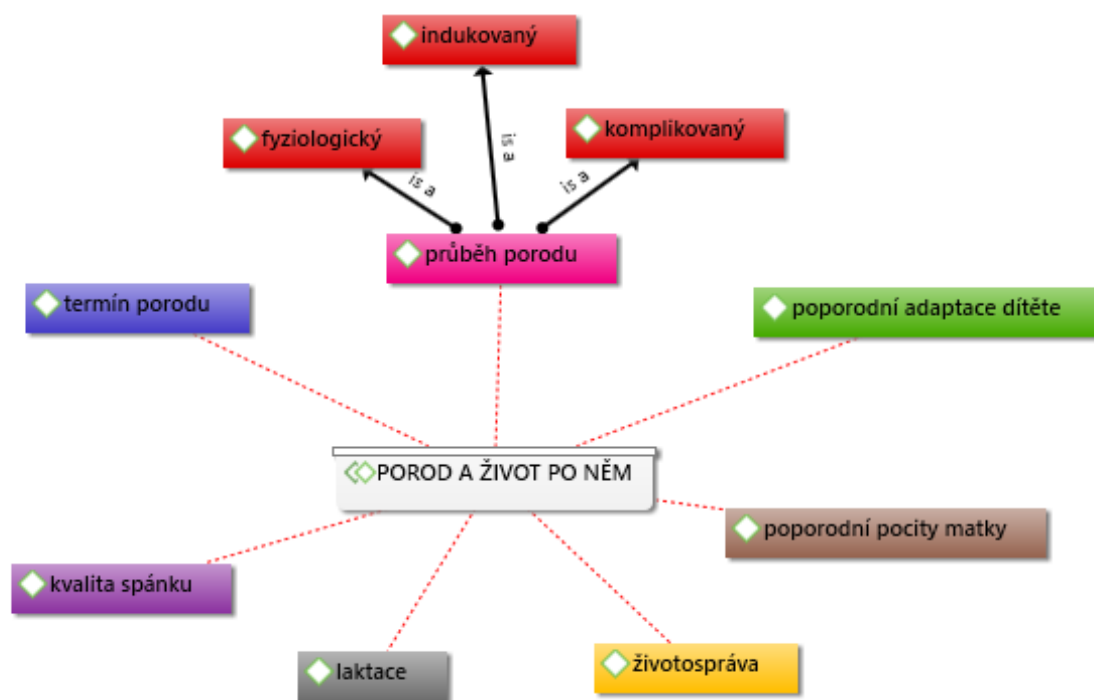
který byl zároveň v přímé rovině, označily informantky R5 a R10. U dalších informantek – R2, R3, R6, R9 a R12 se pak jednalo o nejvyšší hodnoty stresu v průběhu celého výzkumu. Po celou dobu těhotenství neměla hodnotu stresu zvýšenou pouze informantka R15, neboť její hodnoty byly po celou dobu výzkumu v přímé rovině. **Strach.** Ve třetím měsíci těhotenství pocítily strach nejvíce informantky R6, R12, R15 a R10. U poslední zmíněné informantky se jednalo opět o hodnotu v přímé rovině, kterou uvedla i v měsíci 9., stejně jako v subkategorii stres. 6. měsíc znamenal největší stres pro informantky R11, R13 a R14, u které se hodnoty pohybovaly v přímé rovině, byl 9. měsíc opět jednoznačně s nejvyšší mírou strachu u informantek. Nejvyšší hodnoty v tomto měsíci uvedla R3, R5, R7, R8, R9 a R10, přičemž u R5, R7, R8 a R10 byla hodnota v přímé rovině. Hodnoty v přímé rovině po celou dobu těhotenství uvedla informantka R1. **Deprese.** Co se týče subkategorie deprese, zde byly hodnoty u informantek více rozděleny mezi jednotlivé měsíce bez nadměrné převahy některého z nich. Každá informantka v určité fázi výzkumu uvedla zvýšenou míru depresivity. Výjimkou byla pouze R15, která měla hodnoty v přímé rovině po celou dobu těhotenství. Pro informantky R1, R4, R6, R12 a R13 byl z hlediska deprese nejnáročnější 3. měsíc těhotenství. 6. měsíc těhotenství jako vrchol deprese označila informantka R7, R8, R11 a R14, přičemž pouze u R14 se hodnota pohybovala v přímé rovině. 9. měsíc gravidity byl nejvíce depresivní pro informantky R2, R3, R5, R9 a R10, přičemž opět pouze pro R5 se jednalo o hodnotu v přímé rovině. **Regrese.** Obranný mechanismus regrese jako nejvyšší ve 3. měsíci uvedly informantky R9, R12 a R13. Hodnota u R9 byla v přímé rovině. V 6. měsíci nejvyšší hodnotu, která byla zároveň v přímé rovině, uvedla informantka R14. Tento měsíc pak byl nejvíce regresivní pro R7 a R11. Nejvíce regresivním měsícem pro informantky zúčastněné výzkumu byl opět měsíc 9., přičemž nejvyšší hodnotu v přímé rovině uvedly R4 a R5. Nejvyšší hodnota regresivity v rámci celého výzkumu pak byla zjištěna u informantek R2, R3, R6, R8 a R10. Po celou dobu těhotenství pak měly hodnotu regrese v přímé rovině informantky R1 a R15. **Frustrace.** V subkategorii frustrace převládaly nejvyšší hodnoty především v 6. měsíci těhotenství. Výrazně frustrující však byl i 3. měsíc gravidity. Naopak 9. měsíc byl zastoupen nejméně. Vyšší hodnoty frustrace uvedla informantka R2. Informantky R1, R13 a R15 pak měly hodnoty v přímé rovině. 3. měsíc gravidity znamenal nejvyšší hodnotu

frustrace pro informantky R4, R5 a R12. U R9, R10 a R15 se pak sice jednalo o nejvyšší hodnoty získané ve výzkumu, avšak pohybovaly se v přímé rovině. V 6. měsíci gravidity pak byly nejvyšší hodnoty zjištěny u informantek R6, R7, R8, R11, R3, R1, R13 a R14. V případech R1, R3, R13 a R14 se jednalo o hodnotu v přímé rovině. *Agrese*. Agresivita se ve 3. měsíci těhotenství projevovala v nejvyšších hodnotách u informantek R4, R5, R10, R11 a R2. V případě informantek R11 a R2 byla nejvyšší hodnota dosažena v přímé rovině. U informantky R11 byla pak stejná hodnota dosažena ještě v 6. měsíci těhotenství a u R2 v 9. měsíci těhotenství. Přímá rovina naznačuje, že informantka měla tuto emoci pod kontrolou, což dokládá i její tvrzení, že se agresivně určitě nechovala, neboť ví, že to má vliv na miminko. 6. měsíc těhotenství se nejvyšší hodnotou agresivity projevil u informantek R7, R8, R1, R11 a R14. U posledních třech zmíněných byla nejvyšší zaznamenaná hodnota v přímé rovině. R8 ke své hodnotě dodala, že si však nepřipadala agresivní. V posledním měsíci těhotenství byla nejvyšší agresivita zaznamenaná u informantek R2, R1, R6, R9, R12 a R13. V přímé rovině to pak bylo u R1, R2 a R13. Hodnoty agresivity v přímé rovině po celou dobu těhotenství pak měla informantka R15.

4.4.5 K5 – Porod a život po něm

Kategorie porod a život po něm shrnuje průběh porodu a se zaměřuje hlavně termín a průběh porodu a dále na poporodní adaptace. Do této kategorie spadají poporodní pocity matky, laktace, životospráva či kvalita spánku. Výsledky ukazuje schéma č. 5.

Schéma č. 5 – Porod a život po něm



Zdroj: Vlastní výzkum

Vrcholem gravidity je porod, který naštěstí proběhl u všech informantek v pořádku. Všechny děti se **narodily v termínu**, u žádné z informantek nedošlo k předčasnému porodu. Ve 40. týdnu se narodilo nejvíce dětí a to konkrétně informantkám R1, R2, R3, R5, R8 a R12. 41. týden těhotenství si pro příchod na svět zvolily děti informantek R4, R10 a R11. Děti informantek R6, R9 a R13 se narodily ve 39. týdnu těhotenství, ve 38. týdnu pak rodily informantky R14 a R15. Nejkratší dobu těhotenství pak měla informantka R7, která rodily v 37. týdnu. Téměř ve všech případech proběhl porod fyziologicky, pouze v případě informantky R4 byl porod indukovaný, tedy vyvolán uměle vzhledem k tomu, že lékaři usoudili, že se již jedná o „potermínovou“ graviditu. Porody probíhaly bez komplikací s výjimkou informantky R12, jež měla porod komplikovaný a dítě po porodu trpělo periferní cyanózou, hypotonií, eupnoí a frekvencí tepu nad 100 za minutu. Naštěstí se stav holčičky následně upravil a došlo k dobré poporodní adaptaci. **Poporodní adaptace** proběhla u všech dětí dobře a nastala i laktace se ve většině případů dobře rozběhla a děti

jsou tak plně kojeny. Výjimkou jsou pouze informantky R10, R12 a R3. Děti informantek R10 a R12 jsou kojeny postupně a u R3 se laktace teprve rozbíhá a syn je dokrmován Nutrilonem premium. Co se týče kvality spánku, po porodu se k němu vyjádřily jen informantky R1 a R2. V případě R1 je kvalita *spánku* dobrá i po porodu, ale u R2 z těhotenství přetrval méně kvalitní spánek. Jako důvod uvedla, že má nekvalitní spánek z důvodu nemocničního režimu, nestálého režimu dítěte a i strachu o něj. **K životosprávě** po porodu se vyjádřila informantka R3, která uvedla, že životosprávu nedodržovala ani v těhotenství, ani po porodu. **Poporodní pocity matky**. Nejen těhotenství, ale i porod a příchod dítěte na svět je značnou změnou, která hýbe s emocemi matky a dotýká se různých jejích pocitů i obranných mechanismů. **Zvýšenou hodnotu stresu** po porodu uvedly informantky R1, R2, R5, R10 a R14. V případě R10 se jednalo o hodnotu stresu v přímé rovině. Informantka R1 pak ke zvýšené hodnotě stresu po porodu uvedla, že má strach, zda vše zvládne bez partnera a zda dá dvěma dětem stejně lásky a času. **Strach** ve zvýšených hodnotách po porodu uvedly informantky R4, R5, R7, R8, R10 a R14. S výjimkou R4 se však jednalo o hodnoty v přímých rovinách. **Depresivní** pocity po porodu uvedla informantka R2, R5 a R14. U posledních dvou zmíněných však byly pocity v přímé rovině. Informantka R2 k tomu uvedla, že se několikrát rozplakala, vnímala to jako větší stres a mockrát se zamýšlela. Nakonec je ale ráda, že svého syna má a věří, že bude spokojená, až skončí šestinedělí. Uvedla: „*Muž mě má rád takovou, jaká jsem, a dokonce mě požádal i o ruku.*“ **Regresi** po porodu pociťovala informantka R2, R4, R5, R8, R9 a R14. V přímé rovině pak byly hodnoty u R4, R5, R9 a R14. Nejvyšší hodnotu **frustrace** po porodu uvedla informantka R6. U informantek R3, R9, R10, R13, R14 a R15 byly nejvyšší hodnoty v přímé rovině. **Agresi** po porodu vykazovala informantka R3 a R15. Přímé hodnoty byly zaznamenány u informantek R11, R13 a R14.

4.5 Konstrukce teorie

Teorii výzkumu tvoří vztahy, jejich příčiny a následky. Přínosem zakotvené teorie je možnost vytvořit nové teoretické poznatky, jež jsou v rámci kvalitativního výzkumu validní a v souboru dotazovaných informantek mají i vypovídající hodnotu.

4.5.1 Paradigmatický model

Axiální kódování neboli nahlížení na data z jiné perspektivy dává možnost vidět vztahy mezi daty jinak. Tyto vztahy však nejsou přísně závazné a v kategoriích se mohou prolínat a navzájem se ovlivňují. Pomocí tohoto typu kódování pak vznikl paradigmatický model, jak ukazuje tabulka č. 1.

Tabulka č.1 – Paradigmatický model

Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie jednání	Následky
těhotenství; sociální situace	psycho – sociální stav matky	sociální situace; rodinné vztahy; průběh gravidity	psychický stav matky; sociální vazby; pořadí porodu; zdravotní stav matky; závislosti; životospráva; kvalita spánku; očekávání	spokojenost s vlastním bytím; užívání si života; prožívání emocí; obranné mechanismy; pocity viny	termín a průběh porodu; zdravotní stav dítěte; poporodní adaptace dítěte; laktace; felicita dítěte; pocit bezpečí

Zdroj: Vlastní výzkum

Jev je hlavní myšlenkou výzkumu, ke které se vše váže, ať již se jedná o příčinné podmínky, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání či následky (Strauss, Corbinová, 1999).

V tomto výzkumu je jevem psycho – sociální stav matky.

Příčinné podmínky jsou podmínky, za kterých dochází ke vzniku určitého jevu a to buď přímo, nebo nepřímo. Mohou ovlivnit vznik, ale i vývoj díky samotné příčině či její vlastnosti (Strauss, Corbinová, 1999). V rámci výzkumu této diplomové práce lze za příčinné podmínky označit těhotenství a sociální situaci matky. Těhotenství je proces, v rámci kterého dochází ke značným změnám a to nejen na hormonální úrovni. Příprava na mateřství značně ovlivňuje prožívání matky i její psychický stav a pocity. Některé informantky měly v průběhu těhotenství značný strach z porodu, což ovlivnilo i jejich celkový psychosociální stav. Těhotenství ovlivňuje i pocity bezpečí, které se například u informantky R11 ve vyšších stupních těhotenství objevovaly jen příležitostně. Těhotenství taktéž ovlivňuje i spokojenost s vlastní osobou či zvládání emocí. Propad ve zvládání emocí v těhotenství byl zaznamenán například u informantky R13 ve 3. měsíci těhotenství, taktéž informantka R1 své emoce nezvládala, ta však až ve vyšších stupních gravidity. Taktéž sociální situace je příčinou změn v psychosociálním prožívání matky. Stres z nástupu na mateřskou dovolenou a tím pádem i snížený příjem či vyšší náklady na pořízení vybavičky a celkově péči o dítě, mohou způsobovat pocity nejistoty, a to například u matek, které byly před otěhotněním nezaměstnané, jako informantka R1, jež měla v konečné fázi těhotenství obavu ze zvládnutí finanční situace. **Kontext** jsou vlastně konkrétní součásti jevu, v rámci kterých se vytvářejí strategie jednání a interakce (Strauss, Corbinová, 1999). V rámci tohoto výzkumu lze do kontextu zařadit sociální situaci, rodinné vztahy a průběh gravidity. V kontextu tohoto se odehrává psychosociální stav matky. Sociální situaci lze zařadit jak jako příčinnou podmínku, tak jako kontext, neboť sociální situace může být nejenom příčinou změn v psychosociálním stavu a prožívání, ale psychosociální stav může neměně probíhat i na jejím podkladě. Například, pokud je matka dobře zajištěna, dítě je plánované a očekávané, má podporu rodiny, pak sociální situace nijak neintervenuje do jejího psychosociálního prožívání, ale to naopak probíhá na jejím pozadí. Příkladem může být třeba informantka R7. Dobré rodinné vazby a vztahy v rodině jsou taktéž kontextem psychosociálního prožívání, neboť díky nim má matka možnost zvládat nápor stresu a emocí. Nebo naopak, v případech, kdy se matka nemůže spolehnout na své rodinné vazby, jsou pro ni zátěžové situace mnohem těžší. Opora v rodině je tak důležitou součástí jevu psychosociální stav matky. **Průběh gravidity**

tvorí taktéž pozadí psychosociálního stavu, neboť to, jak těhotenství probíhá, zda-li matka trpí silnými nevolnostmi, pocity, jež v těhotenství prožívá nebo i různá vyšetření indikovaná v případě potíží či podezření na ně, tvoří podhoubí toho, jak se matka cítí, ale i například toho, jak je společensky aktivní. Silné nevolnosti či rizikové těhotenství mohou kupříkladu značně omezit společenskost matky a její sociální kontakty. Různá vyšetření pak mohou zvyšovat míru stresu v různých obdobích těhotenství. Příkladem může být informantka R4, u které ultrazvuk ve 20. týdnu způsobil nejvyšší hodnotu stresu za všechna sledovaná období jejího těhotenství. **Intervenující podmínky** společně s kontextem vstupují do jevu a značně ovlivňují reagování na situace a vytváření strategií jednání (Strauss, Corbinová, 1999). Dle Hendla (2012) je v určitých případech těžké rozlišit, co je vlastně kontext a co již intervenující podmínka. Za intervenující podmínku lze v tomto výzkumu označit psychický stav matky, sociální vazby, pořadí porodu, zdravotní stav matky, závislosti, životosprávu, kvalitu spánku či očekávání. Psychický stav matky je jedním ze základních stavebních kamenů jejího psychosociálního stavu, neboť tvoří jeho psychickou složku. Je tedy intervenující podmínkou, která v určitém kontextu pak tvoří strategii jednání a všeobecně reakci na situace. Sociální vazby jsou taktéž zásadní intervenující podmínkou, neboť vztahy s rodiči, partnerem či okolím tvoří základní společenskou síť, na kterou se člověk v případě problémů může obrátit. Absence sociálních vazeb představovala značný problém pro informantku R6, která si stěžovala, že do společnosti téměř vůbec nechodí, vzhledem k tomu, že v České republice nemá dostatek sociálních vazeb. Opora pramenící ze sociálních vztahů je tak často jednou z nejzásadnějších pomoci pro zvládnání situace. Stejně to vnímala i informantka R2 či R7, které obě uvedly, že rodina a partner pro ně byli oporou a díky nim se dokázaly postavit zpět na nohy a zvládly nápor všech stresových situací. Psychosociální stav matky je ale ovlivněn i pořadím porodů, neboť to znamená, že matka je buď prvorodičkou a neví, co ji čeká nebo naopak je již zkušenou matkou a dokáže si představit, co je porod a co bude následovat po něm. Například informantka R4 uvedla obavu z porodu, neboť neví, co ji čeká – čekala své první dítě. Naopak informantka R1 uvedla, že porod pro ni není neznámou a věděla tedy, co ji čeká. Avšak ani vícečetné těhotenství nemusí znamenat pro matku úplnou jistotu, že těhotenství a porod zvládne. Obavy, že těhotenství ani porod

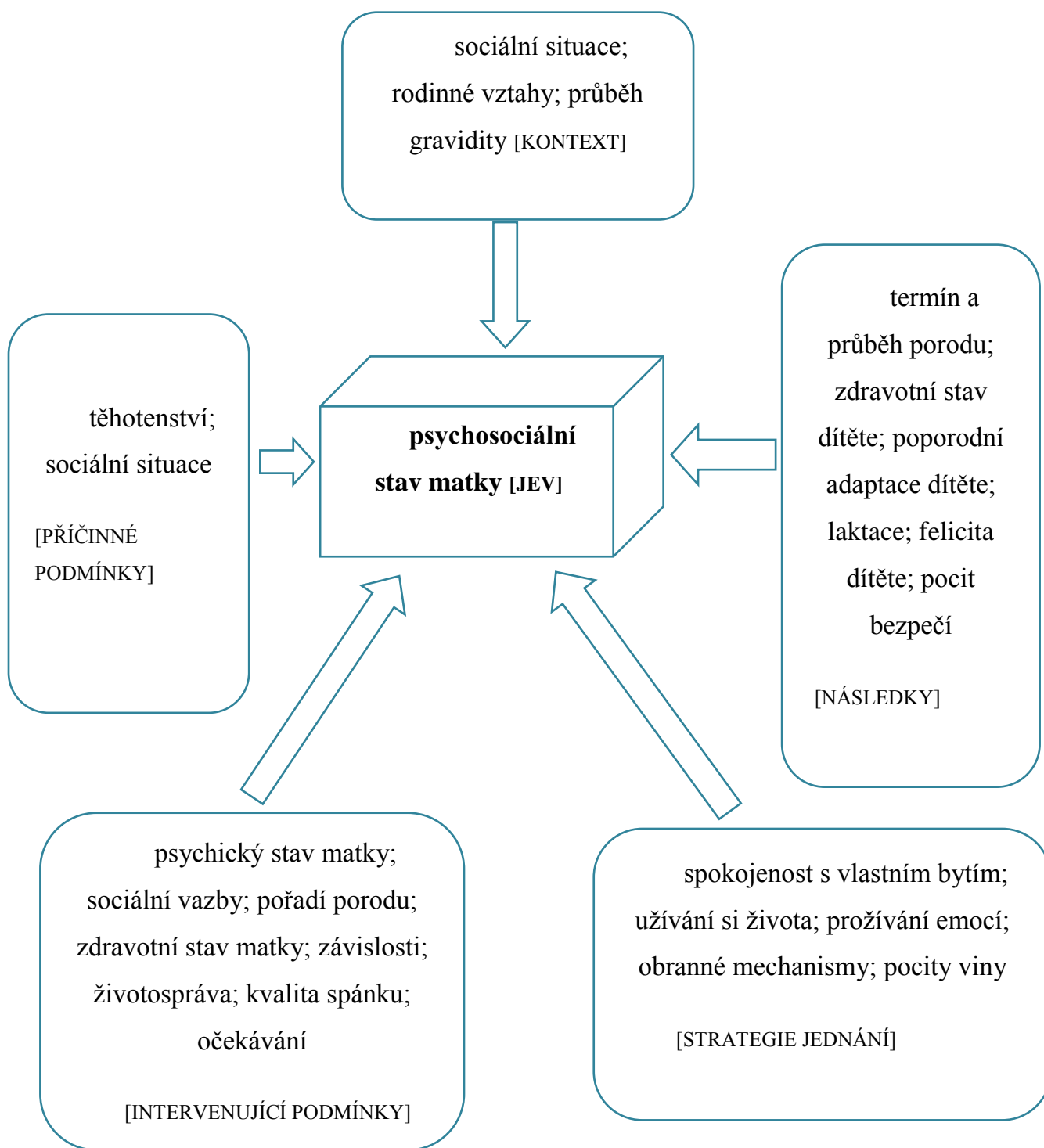
nezvládne, vyjádřila například informantka R15 přes to, že je v současné chvíli již trojnásobnou matkou. Je však otázkou, zda tyto obavy nepramenily z předešlých špatných zkušeností s porodem. Taktéž je fakt, že péče o více dětí je náročná i po stránce finanční a ovlivňuje tak i sociální situaci matky. Lze tedy shrnout, že pořadí porodu je jistě významnou intervenující podmínkou pro psychosociální stav matky. Zdravotní stav u každého člověka značně ovlivňuje psychiku i oblast jeho sociální situace a má vliv na celkové prožívání. Z hlediska informantek tohoto výzkumu lze naštěstí říci, že zdravotní stav všech byl v normě, pouze informantka R6 trpěla gestačním diabetem. Závislosti i životospráva pak mají vliv nejenom na zdravotní stav matky, ale i jejího dítěte. To jsou opět zásadní intervenující podmínky, které ovlivňují prožívání matky či její pocity. Špatná životospráva či ve výzkumu tak rozšířené kouření ovlivňují prožívání matky minimálně například ve smyslu pocitu viny. Většina informantek, jež kouřily, si tuto závislost vyčítaly a pociťovaly vinu za svoje kouření, neboť si uvědomovaly, že plodu či dítěti škodí. Kvalita spánku může být dobrá či špatná v souvislosti s graviditou. Pocit svěžesti po dobré noci či naopak značná únava po noci probdělé pak mají vliv na emoce či aktivaci obranných mechanismů, čímž opět ovlivňují psychosociální stav matky. Očekávání matek jsou samy o sobě významnou kapitolou, která ovlivňuje jejich prožívání. Očekávání či obavy z porodu, těšení se na dítě, to jsou významné intervenující podmínky, jež ovlivňují jejich momentální stav i sociální situaci. Vzhledem k sociální situaci lze zmínit například pořizování vybavičky, kterou snad všechny informantky pořizovaly rády a s láskou, v některých případech to však pro ně bylo finančně náročnější. Příkladem mohou být informantky R1, R7 či R14. **Strategie jednání** je chování a postupy či procesy, pomocí nichž informantka dokáže situaci zvládat a adekvátně reagovat v určitém kontextu a intervenujících podmínkách (Strauss, Corbinová, 1999). Strategiemi jednání, které se v rámci jevu vytvořily, jsou spokojenost s vlastním bytím, užívání si života, prožívání emocí, obranné mechanismy a pocity viny. Jako strategie jednání se v závislosti na centrálním jevu proměňuje spokojenost s vlastním bytím. Některé informantky se sebou byly spokojené více, jiné téměř vůbec či příležitostně dle situace. Spokojenost s vlastní osobou je vlastně reakcí na aktuální životní situaci a chování v ní. To, zda je tedy informantka spokojená sama se sebou souvisí s tím, v jaké zrovna je životní situaci a jak

na ni reaguje. Dobrým příkladem může být informantka R2, která si jako strategii jednání odvodila nespokojenost s vlastní osobou, neboť značně řešila váhu a to, že v těhotenství přibrala. Většina informantek pak se sebou byla spokojena příležitostně právě v návaznosti na určitou situaci. Užívání si života taktéž značně souvisí s psychosociálním stavem matky, neboť v případě, že těhotenství je pro matku značnou zátěží, ať již z hlediska zdravotního či finančního, může docházet k větší sociální izolaci. Matka se tak může častěji stranit společnosti vzhledem k tomu, že jí není dobře nebo nemá dostatek financí na to, aby si mohla život užívat plnými doušky. Například informantky R5 a R6 uvedly, že si život užívají zřídka. U R5 lze podstatu hledat v horší sociální situaci, kdy finančně vychází s penězi tak napůl. U R6 se pro změnu jedná spíše o zdravotní problém ve formě gestačního diabetu a nedostatku sociálních vazeb vzhledem k tomu, že je cizinka. Prožívání emocí je samo o sobě značnou strategií jednání již samotného těhotenství. Hormonální nerovnováha v tomto stav zapříčiňuje silnější či jiné prožívání emocí. Pokud se k tomu přidá ještě nějaký jiný faktor v podobě sociální situace či faktor psychického rázu, matka začne emoce prožívat jiným způsobem a to vlastně tvoří strategii jednání v dané situaci. Obranné mechanismy jako je třeba strach či deprese a frustrace, jež byly u většiny matek před porodem zvýšené, pak mohou zapříčiňovat nezvládání emocí v tomto období. To uvedla například informantka R1. Většina dalších informantek emoce zvládala příležitostně dle situace. Jak již bylo zmíněno, obranné mechanismy souvisí se zvládáním emocí a jsou prostředkem, kterým člověk reaguje na zátěžovou situaci. Jsou však strategií jednání a to ryze individuální, neboť se u každé informantky v různém období projevovala jinak. Například informantka R4 pociťovala nejvyšší hladinu depresivních pocitů ve 3. měsíci těhotenství, hlavně v souvislosti s pocitem viny za kouření. Naopak informantka R9 trpěla depresivními pocity nejvíce v 9. měsíci gravidity. Jak je vidět, obranné mechanismy jsou opravdu subjektivní strategií jednání, aby matka zvládala svůj psychosociální stav. Za další strategii jednání lze označit i pocit viny, který informantky měly hlavně v souvislosti s kouřením. Pocit viny se tak vyvinul jako prostředek psychohygieny v reakci na prožívání těhotenství v souvislosti s kouřením. Jednalo se například o informantky R3, R4, R5, R6, R7, R8 či R14. Pocit viny však může být i reakcí na vlastní očekávání a vůči sobě. Informantka R1 pociťovala vinu za myšlenky, zda bylo správné podruhé otěhotnět,

aby nebyla zklamaná a neselhala jako matka. Informantka R2 naopak pocítovala vinu vůči sobě, protože celé těhotenství trpěla otázkou, zda bylo s její váhou vhodné otěhotnět, když chtěla zhubnout. **Následky** jsou často výsledkem strategií jednání, ale vliv mohou mít i ostatní kategorie (Strauss, Corbinová, 1999). Následky pak částečně mohou i zpětně ovlivňovat jev. Za následek jevu lze v rámci tohoto výzkumu označit termín a průběh porodu, zdravotní stav dítěte, poporodní adaptaci dítěte, laktaci, felicitu dítěte či pocit bezpečí. Pocit bezpečí v těhotenství značně souvisí nejen s emocemi, prožíváním a oporou v rodině, ale i se sociální situací rodiny. Nedostatek financí či nevyhovující bydlení na matku často působí jako stresový faktor, který ovlivňuje pocit její bezpečnosti a zajištění. Kupříkladu informantka R3 se cítí bezpečně dle situace, s penězi sice často vychází díky tomu, že je přítel zaměstnaný a pobírá sociální dávky, avšak je nezaměstnaná. Psychosociální stav matky ovlivňuje její prožívání, to, jak je v klidu, jak se cítí, z čeho má obavy či jak prožívá. To vše má zároveň vliv i na plod či dítě v jejím lůně. Následkem silného stresu či většího leknutí může dojít k předčasnému porodu či porod nemusí probíhat zcela běžně a fyziologickou cestou. K předčasnému porodu u žádné z informantek nedošlo. Problémový porod ale měla informantka R12, příčinu potíží nelze jednoznačně určit, avšak ve výzkumu uvedla, že těsně před porodem, tedy v 9. měsíci těhotenství, měla nejvyšší míru stresu a agresivity. S průběhem porodu, jež může být značně ovlivněn psychosociálním stavem matky, pak souvisí zdravotní stav dítěte. Těžký či předčasný porod může způsobit různé zdravotní komplikace či různá perinatální postižení. Všechny děti informantek, které se zúčastnily výzkumu, naštěstí žádným takovýmto postižením netrpěly, avšak v souvislosti s těžkým porodem měla dcera informantky R12 zdravotní komplikace, které se naštěstí rychle po porodu upravily. Poporodní adaptace dítěte na matku taktéž značně souvisí s tím, jak matka v těhotenství prožívá, jak se cítí a jak se na dítě těší. Prvotní vazba mezi matkou a dítětem vzniká již po porodu a dále se pak rozvíjí. Ve chvíli, kdy se matka na své dítě netěší, nemusí dojít k dobrému připoutání a tím se může narušit i poporodní adaptace dítěte. Naštěstí se špatná poporodní adaptace netýkala žádné informantky a jejího dítěte. S tím dále souvisí i laktace. Informantka R3 porod nezvládla, dle lékařů byl porod nepostupující a matka nespolupracovala a rodila déle než jeden a půl dne. Její syn tak má s kojením zatím problémy. Laktace se u matky teprve rozbíhá a syn

musí být dokrmován Nutrilonem premium. Felicitu dítěte nebo-li spokojenost dítěte a jeho chování je často závislé na prožívání matky. Nejedním výzkumem dokázáno, že dítě pocity matky v těhotenství vnímá a přenáší si je do svého života. Dalším faktorem, který může felicitu dítěte ovlivňovat jsou i závislosti. Kouření v těhotenství zapříčiňuje abstinenci příznaky na nikotin po porodu. Dítě je pak velmi neklidné a tuto abstinenci musí překonat. Příkladem těchto abstinenci příznaků je opět syn informantky R3, která v těhotenství pravidelně kouřila. Její syn byl po porodu velmi neklidný a nespokojený. Díky možnosti uchopit data jinak, je možné nahlédnout na vztahy z jiné perspektivy a objevit jiné souvislosti a provázat mezi sebou jednotlivé kategorie jiným způsobem, jak ukazuje schéma č.6. Jak schéma naznačuje, v centru všeho lze najít jev, ke kterému se všechny ostatní kategorie vztahují, a je to tedy kategorie určující. Zároveň se však jednotlivé kategorie ovlivňují a lze je v určitých případech vzájemně zaměnit. Co je na jedné straně příčinou, může být jindy následkem.

Schéma č. 6 – Model



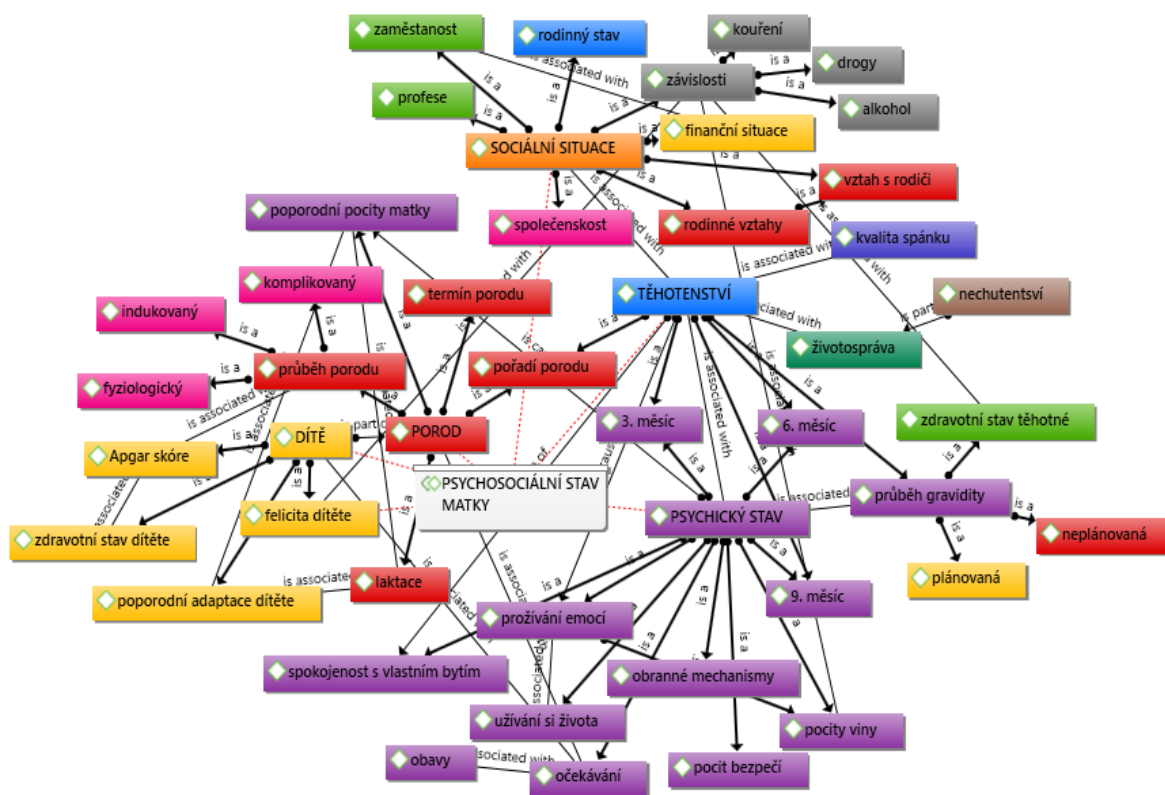
Zdroj: Vlastní výzkum

4.5.2 Klíčová kategorie výzkumu

Selektivním kódováním dat byla získána centrální kategorie, ke které se vztahují všechna ostatní data z výzkumu. Pro vytvoření platné teorie v rámci kvalitativního výzkumu byla získaná data několikrát analyzována, až byla vytvořena centrální kategorie „Psychosociální stav matky“ (Schéma č. 7).

Psychosociální stav matky se vztahuje ke všem kategoriím a to až již v době těhotenství, tak po porodu a souvisí i s identifikačními údaji matek. Data i kategorie se k sobě vztahují a v závislosti na sobě se i mohou proměňovat. Základem je však psychosociální stav, který ve výzkumu vyšel jako hlavní kategorie.

Schéma č. 7 – Psychosociální stav matky – centrální kategorie



Zdroj: Vlastní výzkum

4.6 Formulace zakotvených tvrzení

Podrobným zkoumáním výzkumu vyplynulo několik teoretických poznatků, jež zachycují prožívání matek v těhotenství a po porodu, jejich psychický stav i ovlivnění jejich sociální situací. Zakotvená tvrzení nově vztahují různé příčiny a následky jevů získaných výzkumem a tvoří tak novou teorii, která by měla být validní minimálně v rámci toho vzorku kvalitativního výzkumu.

Zakotvená tvrzení:

- **Psychosociální stav matky určuje sociální situace**
- **Psychický stav matky se v průběhu těhotenství mění**
- **Felicita a vývoj dítěte souvisí s psychickým stavem matky, její životosprávou a závislostmi**
- **Poporodní pocity matky mohou souviset s průběhem porodu a poporodní adaptací dítěte**
- **Sociální situaci matky ovlivňují zaměstnanost a rodinné vztahy**
- **Závislosti ovlivňují sociální situaci a zdravotní stav matky**
- **Rodinný stav má vliv na sociální situaci matky, ale ne na její psychický stav**
- **Obranné mechanismy mají zásadní dopad na psychický stav matky**
- **Zvýšené hodnoty obranných mechanismů (agrese, regrese, frustrace, deprese, stres i strach) jsou na sobě povětšinou závislé a jejich zvýšení probíhá ve stejnou dobu**
- **Pocity viny souvisí se závislostmi**
- **Těhotenství ovlivňuje prožívání emocí a spokojenost s vlastním bytím**

5. DISKUZE

Prenatální psychologie patří k novým vědním disciplínám. Nezabývá se jen vlivy emocí těhotné ženy, ale také jak působí na plod. Zkoumá prožívání samotného těhotenství matkou, dále zkoumá sociální vazby a další účinky, které mohou ovlivnit vývoj a život již nenarozeného člověka. Jak se plod chová, je v dnešní době možno sledovat pomocí řady technik. Problematikou v rámci lékařské psychologie se zabýval také Vymětal (2003). Problematikou těchto vztahů se významně zabývali také Matějček a Langmeier (1986), kteří své názory shrnuli do bodů, ve kterých hodnotí získané schopnosti plodu dítěte: vnímání, formování postojů, samostatné jednání. Smysly se u plodu začínají rozvíjet ve druhé polovině gravidity. Prostřednictvím smyslů se intenzivněji připravuje na svět. Lze však jmenovat celou řadu známých autorů, např. proslulého porodníka Michaela Odenta, lékaře a psychiatra Sigmunda Freuda či anglického filozofa Johna Lockeho atd. Problematikou tohoto oboru se v současné době zabývá také Ratislavová (2008); Teusen a Goze-Hänel (2003).

Vztahová vazba (attachment) je vrozený systém fungování mozku, díky němuž dítě přirozeně vyhledává blízkost, nejčastěji matky (otce nebo jiné náhradní osoby). Zakladatelé prenatální psychologie vycházeli ze shora uvedené definice i s tím, že celý problém umístili do prenatálního období (Brisch, 2011).

Bonding je vzájemný vztah dítěte a rodičů. Jedná se o celoživotní spojení mezi matkou a dítětem. Vazba vzniká už od početí. Vědci zastávají názor, že existuje vědomí buněk, vědomí celého procesu výhry spermatu při získání vajíčka. Od této doby se počíná vývoj lidského jedince. Zdravý vývoj plodu je podstatné fyzické, duševní zdraví ženy, rodiny a manžela. Při prvním kontaktu s děťátkem se mu dává najevo, že je s láskou vítáno (Rheinwaldová, 2011). Práce je zaměřena sledování významu a forem prenatálního attachmentu, pro matky a pro dítě. Po zpracování byla využita metoda obsahové analýzy tuzemských i zahraničních dokumentů. Relevantní zdroje byly vyhledávány prostřednictvím vědeckých databází – EBSCO, Pubmed, Scopus. Vyhledávání bylo realizováno pomocí klíčových slov „maternal-fetal attachment“ s využitím booleovských operátorů „and“ a „or“. Výsledný počet prací použitých pro zpracování naší přehledové studie byl 60.

Význam prenatálního attachmentu

Celá řada prací je zaměřena na teorii a praktické dopady attachmentu. Zde se zdůrazňuje význam vazby (přilnutí) dítěte k matce a dalším blízkým osobám. Teorii vazby „Bowlby-Ainsworth“ (Ainsworthovou, 1978). Další práce pak upozorňují na negativní vliv absence attachmentu, na psychiku žen. Autor Hašto se zabývá velmi podrobně vztahovou vazbou mezi rodiči a dítětem, a to již v prenatálním období (Hašto, 2005). Počet publikací vztahujících se k významu prenatálního attachmentu se v posledních dvou letech výrazně zvýšil. Lze je v zásadě rozdělit do tří oblastí:

- Vliv prenatálního attachmentu k postnatální vztahové vazbě
- Vztah kvality prenatálního attachmentu k psychické pohodě ženy a vlivu na vznik a průběh depresí
- Vliv sociálního prostředí na kvalitu prenatálního i postnatálního attachmentu

Fedor– Freybergh (2013) vypracoval metodický model (škálu), který hodnotí faktory ovlivňující především prenatálním attachment. V tomto modelu bylo vytvořeno sedm položek po deseti otázkách. Ty pak zhodnotily míru psychosociální situace matky. Busonera et al. (2016a) upozorňují, že prenatální attachment je prediktorem kvality vztahu matky s dítětem po porodu. Pro zhodnocení využil 20 verzi „Maternal-Fetal Attachment Scale“. Busonera et al. (2017) srovnávali pět hodnotících škál využívaných pro posuzování prenatálního attachmentu. Zvolenou metodikou získali stejné výsledky ve čtyřech škálách. Přínos uvedených prací hodnotí proto kladně. Zdolska-Wawrzkiwitz et al. (2018) zdůrazňují potřebu budoucích matek uplatnit vlastní představu o vytváření attachmentu. V souborech, které autoři sledovali, byla tato skutečnost statisticky významně ověřena. Ohara et al. (2016) využili pro hodnocení attachmentu dotazník MIBQ (Mother-Infant Bonding Questionnaire). Tento dotazník lze využít při jeho hodnocení v období prenatálního i postnatálního bondingu. Výsledky hodnotili kladně a doporučují k využití v praxi. Rossen et al. (2016) zdůrazňují pozitivní vztah mezi prenatálním a postnatálním bondingem. Zjistili, že vyšší kvalita prenatálního bondingu predikuje i jeho vyšší kvalitu postnatálně. Význam postnatálního bondingu na postnatální attachment zdůrazňuje Mrowetz et al. (2011). Maddahi et al. (2016) potvrdili vliv kvality zdravotní péče v průběhu těhotenství, která kladně ovlivňuje postnatální bonding. Navaro-Aresti et al. (2016) se

zabývali vztahem mezi kvalitou předporodního attachmentu a jeho dopady na vývoj plodu, průběhem porodu a budoucí úrovní vztahové vazby. Toto negativně ovlivňuje nízká úroveň předporodního attachmentu. Glover a Capron (2017) upozorňují, že cestou placenty mohou nálady a stresy matky (včetně vyvolaného partnerského násilí) ovlivnit vývoj plodu a pozdější rodičovské chování. De Cock et al. (2017) upozorňují, že negativní vztah rodičů k prenatálnímu bondingu je nepříznivě ovlivňován partnerským stresem. Doporučují proto monitorovat rodiče, kteří mají odmítavý vztah k vytváření prenatálního bondingu. Busonera et al. (2016b) potvrdili u 428 těhotných žen význam edukace pro pozitivní attachment. Fraser (2016) se snaží objektivizovat komunikaci plodu s matkou pomocí ultrazvuku. Güney and Ucar (2018) monitorovali vztah mezi pohybem plodu v děloze a prenatálním a postnatálním attachmentem. Handelzalts et al. (2016) sledovali vztah mezi postnatálním attachmentem a silou a frekvencí kontrakcí. Petri et al. (2017) na souboru 106 žen zjistili, že kvalita „maternal – fetal“ vztahu může predikovat kvalitu poporodního attachmentu a ovlivnit vznik poporodní deprese a úzkosti ženy. Delavari et al. (2018b) upozorňují, že nízká kvalita předporodního attachmentu je jedním z faktorů, který ovlivňuje vznik a hloubku poporodní deprese. Kvalitní předporodní příprava matek na porod snížila výskyt poporodních depresí. Delavari et al. (2018a) prokázali u 242 sledovaných iránských žen, že pozitivní attachment je faktor, který podporuje u žen jejich sebevědomí. Doster et al. (2018) vyšetřili 324 žen. Při špatné kvalitě partnerského vztahu byla zajištěna významná korelace mezi depresí a porušením po porodní vztahové vazby. V poporodní fázi se totiž u těchto žen objevila silná negativní korelace spojená s projevy mateřské úzkosti. Zanardo et al. (2017) ve studii použili testy MIBS (Mother-to-Infant Bonding Scale) a sledovali rozdíly mezi laktací matek, které rodily předčasně, a matek, které rodily v termínu. Matky, které rodily předčasně, se cítily více smutné a stresované. Byl zjištěn vztah mezi depresí a limitací bondingu. Koss et al. (2016) zjistili u žen, které měly rizikové těhotenství, že v prvních dnech po porodu se objevila deprese a slabší vztah k dítěti. Chang et al. (2016) uvádějí, že deprese, sociální podpora a attachment v těhotenství jsou faktory predikující psychosociální situaci těhotných žen. Pisoni et al. (2016) zjistili u hospitalizovaných těhotných žen nižší attachment k plodu a vyšší výskyt deprese. Lamba et al. (2018) zjistili u náhradních matek vyšší úroveň deprese během těhotenství a po porodu. Andrek et al.

(2016) tvrdí, že kvalita rodinné situace, tj. nejistota a gestační věk, souvisí s úrovní prenatálního a postnatálního attachmentu. Baghari et al. (2016) hodnotili adaptaci matek, u kterých došlo ke ztrátě plodu. Výzkum proběhl u 60 těhotných žen, 30 žen uvádělo úmrtí plodu, 30 žen tuto skutečnost neuvádělo. Autoři před intervencí nenašli žádný rozdíl ve vztahu k attachmentu. Po intervenci došlo však k signifikantně nižší adaptaci k attachmentu u žen s úmrtím plodu. Kraft et al. (2017) upozorňují, že matky trpící sociální fobií mají nižší úroveň attachmentu. Je proto nutné pomáhat tyto fobie vhodně řešit. Yesilcinar et al. (2017) doporučují zajistit v péči o matky v poporodní fázi dostatečnou sociální podporu. Matky by měly být informovány o možnostech využívání zdrojů sociální podpory. Delavari et al. (2018c) upozorňují na významný vztah mezi attachmentem, depresí a sociální podporou. Doporučují vytvořit plány pro zvýšení podpory žen v těchto oblastech. Tani a Castagna (2017) přikládají přijetí sociální podpory ze strany matky během těhotenství významnou roli stejně tak jako ochranné faktory proti poporodním depresím. O významu prenatální komunikace v attachmentu referuje celá řada autorů. „*Komunikace znamená předávání informací mezi zdrojem a příjemcem. Nejedná se jen o proudění informací, ale i o samotné podílení se na komunikaci už jen svou přítomností*“ (Vybíral, 2009, str. 25). Prenatální komunikace znamená různý kontakt matky s nenarozeným dítětem, které se postupně vyvíjí v děloze. Toto praktikovaly již ženy od pradávných let. Komunikace je zahájena matkou dříve, než plod začne cítit. Ke konci třetího měsíce se může plod v děloze pohybovat. Žena může cítit jemné záškuby (Teusen, Goze – Hänel, 2003). Do druhé fáze psychologického těhotenství vstoupí žena tehdy, když vnímá, cítí pohyby plodu. V tomto období i uvědomí existenci plodu. Mnoho žen provádí prenatální komunikaci instinktivně, aniž by je do toho někdo nutil (Teusen a Goze-Hänel, 2003); Roztočil et al. (2008). Samotnou komunikací se posiluje kognitivní vývoj plodu (Solter, 2014). Rodiče vnímají své dítě ještě před narozením a včas si s ním vytvářejí vazbu, která je důležitá pro přijetí děťátka po porodu. Dítě intrauterinně vnímá prožívání matky, vytváří si důvěru a otevřenost. Je prokázáno, že rodiče dětí, kteří dokážou svým dětem projevit lásku, náklonnost, mají v prenatálním, ale i v postnatálním období své děti fyzicky uvolněnější, spokojenější a v dospělosti dosahují i lepších studijních výsledků (Ondriová and Cínová, 2012). Prvním komunikátorem, ale i hlavním partnerem plodu

v prenatalní komunikaci je matka. Ta je ve vztahu k nenarozenému dítěti již od oplození, tj. ještě dříve, než jsou vyvinuté smyslové orgány. Skoro žádná matka nehovoří o svém dítěti jako o embryu či plodu. Od začátku o něm mluví jako o svém děťátku, které v pozdějším období oslovuje i jménem (Freybergh, 2013). Do prenatalní komunikace mohou být zapojeni i další členové rodiny a hlavně otec dítěte. Ostatní členové se do prenatalní komunikace zapojují později. Prenatální attachment formou komunikace kladně ovlivňuje vývoj dítěte v děloze (Teusen, Goze – Hänel, 2003). Čtvrté Freyberghovy dny v Bratislavě v roce 2017 se zabývaly problematikou vztahové vazby (elektronický záznam přednášek ZSF JCU). Z výše uvedených údajů vyplývá úzký vztah mezi prenatalním a postnatálním attachmentem. Tento vztah je založen na komunikaci citové, dotykové, hlasové a zvukové, zrakové a sluchové. Kvalita attachmentu je ovlivňována celou řadou faktorů, např. špatným partnerským vztahem, vztahem k budoucímu dítěti, sociální situací ženy a rodin a celkovou psychosociální situací ženy. Lze sledovat vliv prenatalního attachmentu na kvalitu postnatálního attachmentu. Je prokázán vztah mezi prenatalním bondingem a výskytem depresí u ženy. Tyto údaje zdůrazňují význam attachmentu. Nebylo možno srovnat závěry kvantitativního šetření. Výsledky Freyberghovy škály, totiž nejsou v dostupné literatuře uvedeny. A sám autor ve svých publikačních aktivitách výsledky neuvádí. U naší pilotní studie jsme zjistili, že všechny ženy mají nějakou obtíž, tedy míru deprivace a to především střední. V našem souboru neměli novorozenci poruchu adaptace, na rozdíl od uvedených jiných literárních údajů. Zřejmě je problém malý počet žen. Dále nebylo úkolem práce sledovat delší období než těsné období po porodu. Další práce sledující problematiku vlivu psychosociální situace žen v těhotenství na prenatalní i postnatální attachment však vliv potvrzují. Získané výsledky shora uvedených autorů potvrzují závěry utvrzené teorie. Důležité jsou však výsledky z kvalitativního výzkumu, definované teorií zakotveným tvrzením Z výsledků vyplývá, že sociální podpora v těhotenství je predikujícím faktorem attachmentu prenatalního i postnatálního Chang et al. (2016) Na stejný vliv sociální situace na kvalitu psychosociální situace ženy a kvalitu prenatalního i postnatálního attachmentu upozorňují Kraft et al. (2017). Yesilcinar et al. (2017) Delavari et al. (2018c) Tani a Castagna (2017).

Kvalitativní výzkumnou strategii jsem zvolila hlavně proto, že je hlouběji zaměřena a lze díky ní podrobněji zkoumat sociální jev či jevy (Hendl, 2012). Jak autor dále uvádí, hlavním cílem tohoto typu výzkumu je získání komplexního obrázku dané problematiky, jak je vnímána a chápána společností. Dále pak také, jak je tato problematika v určitém kontextu řešena. Jako hlavní metu Hendl (2012) stanovuje stanovení komplexního a především validního popisu skutečnosti, vzhledem k tomu, že kvalitativní výzkum dokáže zachytit realitu individuálně a pohlíží na ni jako na sociálně konstruovanou. Počátkem výzkumu je formulování otázky, pak sběr dat, v nichž se tazatel snaží hledat cykličnosti a díky tomu pak lze zpracovat předběžné výsledky. Ty se pak dle autora dalšími výzkumy mohou buď potvrdit, anebo vyvrátit, čímž lze stanovit nově formulovanou teorii (Disman, 2011). Stejný pohled na věc má i Švaříček (2007), který označuje logiku kvalitativního výzkumu jako induktivní, neboť vychází z principu opakování. Kvalitativní výzkum ukazuje data bohatá, popisuje běžný každodenní život, který je specifický dle lokality, ale zároveň data nejsou izolována od okolního dění (Hendl, 2012). Dle autora je kódování dat užitečnou metodou, kdy výzkumník text rozebere až na jednotky, které nově pojmenuje. Údaje jsou tak dle Hendla (2012) rozebrány, setříděny a znovu složeny do celku jinak a nově. Zakotvená teorie je jedním ze základních uspořádání kvalitativního výzkumu. Jsou díky ní stanoveny podmínky, ve kterých je výzkum prováděn (Lewis-Beck et al., 2004). Dle Lewis-Beck et al. (2004) je zakotvená teorie sadou systematických postupů, které výzkumníka dovedou až k vytvoření teorie. Strauss a Corbinová (1999) zakotvenou teorii představují jako induktivně odvozenou pomocí zkoumání určitého jevu. Dále autoři tvrdí, že je vytvořena pomocí shromažďování různých dat o problematice a jejich následnou analýzou. Nespornou výhodou je možnost přemýšlet trochu jinak a díky kódovacím technikám na data pohlédnout z jiné perspektivy (Lewis-Beck, 2004). Kódovací techniky zakotvené teorie jsou jednoduché i složitější, jejich použití je však značně propojeno (Ezzy, 2002). Nejjednodušším stupněm kódování je otevřené kódování, následuje kódování axiální a nakonec selektivní (Hendl, 2012).

Otevřené kódování

V první fázi je analýza údajů. Tím je myšlen rozbor otázek a odpovědí, určení jména každé myšlenky. Dá se to nazvat i jako vyhledávání a označení určitých jevů v textu. Postup byl

následující. Vše jsem si důkladně a několikrát přečetla. V textu jsem si vyhledala témata, která jsem si vyhodnotila jako významná. Každé téma má svůj konkrétní kód. Kódy získané v první fázi u otevřeného kódování je potřeba seskupit, aby nebylo velké množství pojmů. Druhá fáze otevřeného kódování se nazývá kategorizace. Každá jednotlivá kategorie reprezentuje určitý jev, který je potřeba pojmenovat. Důvodem pojmenování je, že lze pak jednodušeji určit, která skupina kódů, tedy podkategorie, spadá pod každou vytvořenou kategorii (Strauss a Corbin, 1999). Sdružila jsem základní kódy, které tvořily kategorie. Poté jsem hledala pojmy, které vytvořily podkategorie, ke každé dané kategorii. Kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy jsem několikrát upravovala, aby výsledný seznam odpovídal obsahu standardizované škály.

Axiální kódování

Další analýzou bylo provedeno axiální kódování. U otevřeného kódování se sdružovaly jednotlivé pojmy do kategorií. U tohoto kódování se pokoušíme dané pojmy skládat dohromady, pomocí jiné formy, nacházet vazby mezi kategoriemi a subkategoriemi (Miovský, 2006). Vztahy mezi danými kategoriemi, ale také podkategoriemi, se určují na základě tzv. Paradigmatického modelu. Tento model má tuto podobu: příčinná podmínka – jev – kontext – intervenující podmínka – strategie – následek. Příčinné podmínky jsou události, které vedou ke vzniku jevu. Jev je ústřední myšlenka, interakce, která má nějaký vztah. Kontext je konkrétní soubor vlastností. Intervenující podmínky jsou strukturální podmínky, které souvisí se strategií jednání či interakce. Strategie je ovládnání jevu nějakého souboru. Následky jsou výsledky jednání či interakce. Díky tomu chápeme myšlenku, k jejímuž vzniku vede jistá příčinná podmínka (Strauss a Corbin, 1999).

Vzhled paradigmatického modelu: A – PŘÍČINNÉ PODMÍNKY..... B – JEV C – KONTEXT..... D – INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY E – STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE..... F – NÁSLEDKY

Axiální kódování je však pouze pomůckou pro jiné utřídění dat a výzkumník pak má možnost na data pohlédnout trochu jinak. Nejedná se však o závazné vykládání jevů (Strauss, Corbinová, 1999).

Selektivní kódování

Výzkumník začíná s integrací výsledků a to identifikací hlavního tématu. Základ tvoří axiální kódování. Tím jsem získala obraz o vztazích mezi kategoriemi. Přezkoumávají se data, kódy a tím dochází k jejich selektivnímu zpracování. Prováděla jsem porovnání. Interpretace je v okamžiku, kdy kódování nepřináší žádné další nové poznatky. Vytvoří se kostra, pak se provede konceptualizace – centrální kategorie.

Softwarový program ATLAS.ti

Program ATLAS.ti byl vyvinut kvalitativní analýzu dat různého formátu a je významným pomocníkem pro sledování komplexnosti jevů, jež data ukrývají (Konopásek, 2005). Prostředí programu umožňuje soustředit se na analyzovaný obsah a pak výsledky i graficky zpracovat a vytvořit tak zajímavá schémata (Friese, 2014).

3.5 Etika výzkumu

Všechny informantky se výzkumu zúčastnily dobrovolně a dotazník vyplňovaly s vědomím, k jakému účelu bude využit.

Výsledky našeho kvantitativního i kvalitativního výzkumu potvrzují, že psychický stav matky se v průběhu těhotenství mění Velemínský et al (2018). Nelze však prokázat signifikantní rozdíly mezi trimestry. Pisoni et al. (2016) zjistili u hospitalizovaných těhotných žen nižší attachment k plodu a vyšší výskyt deprese. Lamba et al. (2018) zjistili u náhradních matek vyšší úroveň deprese během těhotenství a po porodu. Naše výzkumy rovněž potvrzují tyto závěry. Maddahi et al. (2016) potvrdili vliv kvality zdravotní péče v průběhu těhotenství, která kladně ovlivňuje postnatální bonding –opět obsah naší utvrzená teorie je tím potvrzen. De Cock et al. (2017) upozorňuje, že negativní vztah rodičů k prenatálnímu bondingu je nepříznivě ovlivňován partnerským stresem. Doster et al. (2018) vyšetřili 324 žen. Při špatné kvalitě partnerského vztahu byla zajištěna významná korelace mezi depresí a porušením po porodní vztahové vazby. Doporučují proto monitorovat rodiče, kteří mají odmítavý vztah k vytváření prenatálního bondingu. Tuto skutečnost náš výzkum potrdil. Následující autoři Delavari et al. (2018a) a Glover a Capron

(2017) zdůrazňují, stejně odpovídající našemu zjištění, že pozitivní attachment je faktor, který podporuje u žen jejich sebevědomí. Upozorňují, že cestou placenty mohou nálady a stresy matky (včetně vyvolaného partnerského násilí) ovlivnit vývoj plodu a pozdější rodičovské chování. Doster et al. (2018) upozorňují, že při špatné kvalitě partnerského vztahu byla zajištěna významná korelace mezi depresí a porušením po porodní vztahové vazby Rossen et al. (2016) zdůrazňují pozitivní vztah mezi prenatálním a postnatálním bondingem. Zjistili, že vyšší kvalita prenatálního bondingu predikuje i jeho vyšší kvalitu postnatálně Zanardo et al. (2017) sledovali rozdíly mezi laktací matek, které rodily předčasně, a matek, které rodily v termínu. Matky, které rodily předčasně, se cítily více smutné a stresované. Koss et al. (2016) zjistili u žen, které měly rizikové těhotenství, že v prvních dnech po porodu se objevila deprese a slabší vztah k dítěti. Tuto skutečnost jsme potvrdili. Na podkladě literárních rešerší autoři zdůrazňují nutnost a potřebu podpory prenatálního attachmentu. Jeho kvalita ovlivňuje průběh těhotenství po stránce psychické i somatické včetně postnatální vztahové vazby a vývoje dítěte. Jednou z podmínek úspěšné realizace pozitivní vztahové vazby je využívání vhodných způsobů komunikace především mezi matkou a intrauterinním dítětem.

Diskuze je dále obsažena v kapitolách, které referují o výsledcích kvantitativního, ale především kvalitativního šetření.

6. ZÁVĚR

Hlavním záměrem předkládané práce bylo popsat jaký vliv má psychosomatická situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte. Pro realizaci výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní i kvalitativní forma výzkumu. Prostřednictvím standardizované sebehodnotící Freyberghovy škály (viz. Příloha č. 6), které probíhaly s těhotnými ženami. Po realizaci výzkumného šetření byly vytvořeny čtyři výzkumné vzorky. Gravidní ženy oslovené ve třetím, v šestém, v devátém měsíci těhotenství a stav novorozence po porodu. Výzkumný vzorek tvořilo patnáct gravidních žen 15 novorozenců. V rámci výzkumné práce byly stanoveny čtyři výzkumné cíle. Prvním výzkumným cílem bylo *zhodnotit psychosomatickou situaci těhotné ženy*. Druhý cíl popisuje *jaký vliv má psychosomatická situace těhotných na prenatální vývoj dítěte*. Třetí cíl *určit míru psychické (ne) pohody během těhotenství*. Čtvrtým cílem je *zhodnotit stav novorozence po porodu*.

Cílem diplomové práce s názvem Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte je:

1. cíl.

Psychosomatická situace těhotné ženy: Dle vypočítaných výsledků vyplývajících ze zhodnocení záznamů Freyberghovy škály vyplývá, že všechny ženy ve všech trimestrech měly alespoň lehkou formu deprivace.

2. cíl.

Neprokázal se v našem souboru žádný negativní vliv na prenatální vývoj novorozence na rozdíl od literárních údajů. Tato skutečnost je ovlivněna malým počtem respondentek a skutečností, že se sledoval stav novorozence v prvních hodinách po porodu.

3. určit míru psychické (ne) pohody během těhotenství

První trimestr lehká míra deprivace 13x, 2x středně těžká. Druhý trimestr lehká míra deprivace 12x , 3x středně těžká. Třetí trimestr lehká míra deprivace 13x středně těžká 2x. Stav po porodu lehká míra deprivace 13x, 2x středně těžká.

4. zhodnotit stav novorozence po porodu. Všech 15 novorozenců mělo skóre Apgarové mezi 8-10 body, a to krátkodobě.

Odpovědi na výzkumné otázky jsou obsaženy ve splněných cílech.

Výsledky kvalitativního výzkumu jsou uvedeny v *Zakotveném tvrzení*:

- **Psychosociální stav matky určuje sociální situace**
- **Psychický stav matky se v průběhu těhotenství mění**
- **Felicita a vývoj dítěte souvisí s psychickým stavem matky, její životosprávou a závislostmi**
- **Poporodní pocity matky mohou souviset s průběhem porodu a poporodní adaptací dítěte**
- **Sociální situaci matky ovlivňují zaměstnanost a rodinné vztahy**
- **Závislosti ovlivňují sociální situaci a zdravotní stav matky**
- **Rodinný stav má vliv na sociální situaci matky, ale ne na její psychický stav**
- **Obranné mechanismy mají zásadní dopad na psychický stav matky**
- **Zvýšené hodnoty obranných mechanismů (agrese, regrese, frustrace, deprese, stres i strach) jsou na sobě povětšinou závislé a jejich zvýšení probíhá ve stejnou dobu**
- **Pocity viny souvisí se závislostmi**
- **Těhotenství ovlivňuje prožívání emocí a spokojenost s vlastním bytím**

Při zhodnocení celého výzkumu lze konstatovat, že propojení obou metod výzkumu se jeví jako nejvhodnější pro toto téma.

Studie bude sloužit jako podklad pro podání žádosti o CEP projekt.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AINSWORTH MS, 1978. *Bowlby-Ainsworth attachment theory*. Behavioral and Brain Sciences, pp. 436–438.
2. ALEHAGEN, S., WIJMA, B., WIJMA, K., 2006. *Fear of childbirth before, during, and after childbirth*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 85 (1), 56–62.
3. ALLEN, K., EILEEN a LYN R. MAROTZ, 2008. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 3. vydání. Praha: Portál. 187 s. ISBN 978-80-7367-421-2.
4. ANDERSSON, L. et al., 2006. *Depression and anxiety during pregnancy and sixmonths postpartum: a follow-up study*. Acta Obstetrica et Gynecologica, 85, 937– 944.
5. ANDREK, A., KEKECS, Z., HADHAZI, E., BOUKYDIS, Z., VARGA, K., 2016. *Re-Evaluation of the Psychometric Properties of the Maternal-FetalAttachment Scale in a Hungarian Sample*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 45(5): e15–25. DOI: 10.1016/j.jogn.2016.05.005.
6. BAGHDARI, N., SADEGHI SAHEBZAD, E., KHEIRKHAH,M., AZMOUDE, E., 2016. *The Effects of Pregnancy-Adaptation Training on Maternal-Fetal Attachment and Adaptation in Pregnant Women With a History of Baby Loss*. Nurs Midwifery Stud 5(2): e28949. DOI: 10.17795/nmsjournal28949.
7. BERGH, Van den, B. R. H. et al., 2005. *Antenatal Maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29, 237 – 258.
8. BLUM, T., 1998. *Human Proto-Development: Very Early Auditory Stimulation Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* [online]. 10(4), 457-476 [cit. 2015-12-15] Dostupné z: <http://leonardoevolution.com/PDFs/PDF6.pdf>.
9. BRISCH, K., H., 2011. *Poruchy vztahové vazby – od teorie k terapii*. 1. vydání. Praha: Portál. 312 s. ISBN 978-80-7367-870-8.
10. BRISCH, K., H., 2012. *Bezpečná výchova: budování jisté vztahové vazby mezi rodiči a dětmi*. 1. vydání. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-802-6200-63.

11. BUSONERA A., CATAUDELLA S., LAMPIS J., TOMMASI M., ZAVATTINI GC., (2016a). *Investigating validity and reliability evidence for the Maternal Antenatal Attachment Scale in a sample of Italian women*. Arch Womens Ment Health 19(2):329-336. DOI:10.1007/s00737-015-0559-3.
12. BUSONERA A., CATAUDELLA S., LAMPIS J., TOMMASI M., ZAVATTINI GC., (2016b). *Psychometric properties of a 20 - item version of the Maternal-Fetal Attachment Scale in a sample of Italian expectant women*. Midwifery 34: 79–87. DOI: 10.1016/j.midw.2015.12.012.
13. BUSONERA A., CATAUDELLA S., LAMPIS J., TOMMASI M., ZAVATTINI GC., (2017). *Prenatal Attachment Inventory: expanding the reliability and validity evidence using a sample of Italian women*. J Reprod Infant Psychol 35(5): 462–479. DOI: 10.1080/02646838.2017.1349896.
14. CICCOTTI, S., 2008. *Rozumíte svému děťátku?: zajímavé psychologické experimenty pro lepší pochopení nejmenších dětí*. 1. vydání. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-807-3674-441.
15. CORREIA, L. L., Linhares, M. B. M., 2007. *Maternal anxiety in the pre- and postnatal period*. Latin American Journal of Nursing, 15, 677 – 683.
16. ČECH, E., a kol., 2006. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
17. ČERMÁKOVÁ, B., 2010. *K porodu bez obav*. 2 vydání. Praha: MM Publishing. 152 s. ISBN 978-80-904414-3-9.
18. DEANSOVÁ, A., 2004. *Knihy knih o mateřství*. 1. vydání. Praha: Fortuna Print. 392 s. ISBN 80-7321-117-3.
19. DE COCK ESA, HENRICHS, J., KLIMSTRA TA, MAAS AJBM, VREESWIJK CHMJM, MEEUS WHJ, VAN BAKEL HJA, 2017. *Longitudinal Associations Between Parental Bonding, Parenting Stress, and Executive Functioning in Toddlerhood*. Journal of Child and Family Studies 26(6): 1723–1733.

20. DELAVARI, M., MIRGHAFOURVAND, M., MOHAMMAD-ALIZADEH CHARANDABI, S., (2018a). *The relationship of maternal-fetal attachment and depression with social support in pregnant women referring to health centers of Tabriz-Iran*, 2016. J Matern Fetal Neonatal Med 31(18): 2450–2456. DOI: 10.1080/14767058.2017.1344961.12.
21. DELAVARI, M., MIRGHAFOURVAND, M., MOHAMMAD-ALIZADEH CHARANDABI, S., (2018b). *The relationship of Maternal-Fetal Attachment and Postpartum Depression: A Longitudinal Study*. Arch Psychiatr Nurs 32(2): 263–267. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.11.013.
22. DELAVARI, M., MIRGHAFOURVAND, M., MOHAMMAD-ALIZADEH CHARANDABI, S., (2018c). *The relationship between maternal-fetal attachment and maternal self-efficacy in Iranian women: a prospective study*. J Reprod Infant Psychol 36(3):302-311. DOI: 10.1080/02646838.2018.1436753.
23. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. Vydání. Praha: Karolinum. 367 s. ISBN 978-80-2461-966-8.
24. DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B., NOVOTNÁ, L., 2009. *Narodilo se předčasně: Průvodce péčí o nedonošené děti*. 1. Vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN: 978-80-7367-552-3.
25. DOSTER A., WALLWIENER S., MÜLLER M., MATTHIES LM., PLEWNIK K., FELLER S., et al., 2018. *Reliability and validity of the German version of the Maternal-Fetal Attachment Scale*. Arch Gynecol Obstet 297(5): 1157–1167. DOI: 10.1007/s00404-018-4676-x.
26. EDELSBERGER, L. a kol., 2000. *Defektologický slovník*. 3. Upravené vydání. HaH Vyšehradská, s. r. o. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
27. EVANC, N., 1997. *Těhotenství a porod od A do Z*. 1. vydání. Praha: Pragma. 343 s. ISBN 80-7205-510-0.
28. EZZY, D., 2002. *Qualitative analysis: practice and innovation*. London: Routledge.
29. FEDOR-FREYBERGH, P., 2002. *Porod z pohledu nenarozeného dítěte*. In: Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět. Praha: Aperió, 2002, s. 39-41.

30. FEDOR-FREYBERGH, P., 2008. *Psychosomatické charakteristiky perinatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*. 1. vydání. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 65 s. ISBN 978-80-89271-32-0.
31. FEDOR – FREYBERGH, P., 2013. *Prenatalne dieta*. 1. vydání. Slovensko: Vydavateľstvo F. 65 s. ISBN 978-80-8895-274-9.
32. FENDRYCHOVÁ, J. a kol., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej péče v pediatrii, 2. Časť péče o novorozence*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovateľství (NCO NZO). 134 s. ISBN 978-80-7013-489-4.
33. FRANĚK, M., 2005. *Hudební psychologie*. 1. vydání. V Praze: Karolinum. 238 s. ISBN 80-246-0965-7.
34. FRASER E., 2016. *Cyborg Bonding: 3D Fetal Ultrasound as a Technology of Communication and the Rise of “Boutique” Ultrasound*. International Journal of Feminist Approaches to Bioethics 9(1): 68–80.
35. FRIESE, S., 2014. *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. (2nd ed.). Sage Publications.
36. GLOVER, V., MA, PhD., DSc, 1999. *Stress and pregnancy (prenatal and perinatal)*. Imperial College London. <http://www.child-encyclopedia.com/stress-and-pregnancy-prenatal-and-perinatal/according-experts/effects-prenatal-stress-child>.
37. GLOVER, V., CAPRON, I., 2017. *Prenatal parenting*. Curr Opin Psychol 15: 66–70. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.02.007.
38. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2005. *Kniha o matce a dítěti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 244 s. ISBN 80-247-0854-X.
39. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml., 2007. *Čekáme děťátko*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 978-80-247-1489-9.
40. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
41. GÜNEY, E., UCAR, T., 2018. *Effect of the fetal movement count on maternal-fetal attachment*. Jpn J Nurs Sci DOI: 10.1111/jjns.12214. [Epub ahead of print].
42. HÁJEK, Z., a kol., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

43. HANDELZALTS, JE., KRISSE, H., LEVY, S., FREUND, Y., CARMILN, N., ASHWAL, E., PELED, Y., 2016. Personality, preterm labor contractions, and psychological noc-sequences. Arch Gynecol Obstet 293(3): 575–582. DOI: 10.1007/s00404-015-3898-4.
44. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
45. HAŠTO, J., 2005. *Vztahová väzba*. 1. vydání. Slovensko, Trenčín: Vydavateľstvo F. 300s. ISBN 808895228X.
46. HELLBRÜGGE, T., ŠOLTÉS, T., ARCHALOUSOVÁ, L., ILENČÍKOVÁ, D., 2010. *Prvních 365 dní v životě dítěte*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 168 s. ISBN 978-80-247-3457-6.
47. HENDL, J., 2012. *Kvalitativní výzkum*. 3. vydání. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
48. HERETIK, A. a kol., 2007. *Klinická psychológia*. 1. vydání. Nové Zámky: Psychoprof. 816 s. ISBN 9788089322008.
49. HIDAS, G., RAFFAI, J., 2010. *Pupočná šnúra v duše. Psychoanalyticky orientovaná podpora prenatálnej väzby medzi matkou a dieťaťom*. Vybrané kapitoly: Ústav Prenatálnej a Perinatálnej Psychológie, Medicíny a Sociálnych vied pri Vysokej Škole Zdravotníctva a Sociálnej Práce Sv. Alžběta v Bratislave.
50. HOFBERG, K., WARD, M., R., 2003. *Fear of pregnancy and childbirth*. Postgraduate Medical Journal, 79, 505–510.
51. HOUROVÁ, M.; KRÁLÍČKOVÁ, M.; UHER, P., 2007. *Vývoj miminka před narozením: Od embrya k porodu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-1942-9.
52. HÜTHER, G., WESER, I., 2010. *Tajemství prvních devíti měsíců: vývoj dítěte před narozením*. 1. vydání. Praha: Portál. 117 s. ISBN 978-80-7367-763-3.
53. CHANG HC., CHEN SY., CHEN CH., 2016. Predictors of Antenatal Psychosocial Stress in Taiwanese Women. J Nurs Res 24(3): 193–200. DOI: 10.1097/jnr.000000000000122.

54. CHOMÁTOVÁ, K., CHOMÁTOVÁ, H., 2006. *Duševní hygiena. Psychologie zdraví*. Praha: Česká zemědělská univerzita. 15 str.
55. CHOPRA, D., 2006. *Magické začátky*. 1. vydání. Praha: Euromedia Group. 258 s. ISBN 80-242-1785-6.
56. JANÍČEK, J., 2008. *Když úzkost bolí*. 1. vydání. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-7367-366-6.
57. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
58. KOCVRLICHOVÁ, M., 2006. *Vina*. 1. vydání. Nakladatel: Triton. 376 s. ISBN 80-7254-684-8.
59. KOHOUTEK, R., 2013. *Současná perinatální psychologie*. Publikováno 8. 6. 2013[cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/>.
<https://www.muni.cz/vyzkum/publikace/1180201> (Czech).
60. KOMENSKÝ, J. A., 1964. *Informatorium školy mateřské*. 2. uprav. vydání. Praha: SPN. 52 s. ISBN 14-015-64.
61. KONEČNÁ, H., 2003. *Na cestě za dítětem*. 1. vydání. Praha: Academia. 296 s., ISBN 80-200-1055-6.
62. KONOPÁSEK, Z., 2005. *Aby myšlení bylo dobře vidět: Nad novou verzí programu Atlas.ti*. Biograf. č. 37, s. 89-109. ISSN 1211-5770.
63. KOSS, J., BIDZAN, M., SMUTEK, J., BIDZAN, L., 2016. *Influence of Perinatal Depression on Labor-Associated Fear and Emotional Attachment to the Child in High-Risk Pregnancies and the First Days After Delivery*. Med Sci Monit 22: 1028–1037. DOI: 10.12659/MSM.895410.
64. KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J., 2008. *Vzpouora deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. 2. přeprac. vydání. Praha: Galén. 327 s. ISBN 978-807-2624-102.
65. KRAFT, A., KNAPPE, S., PETROWSKI, K., PETZOLDT, J., MARTINI, J., 2017. [Maternal bonding and infant attachment in women with and without social phobia]. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 45(1):49-57. DOI: 10.1024/1422-4917/a000454.

66. LABUSOVÁ, E., 2013. *Budoucím maminkám chybí důvěra v lékaře.*[online]. Publikováno 2013[cit.2014-2-19]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/rozhovory/t_indriell.php.
67. LAMBA, N., JADVA, V., KADAM, K., GOLOMBOK, S., 2018. *The psychological well-being and prenatal boxing of gestational surrogates.* Hum Reprod. DOI: 10.1093/humrep/dey048. [Epub ahead of print].
68. LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J., 2000. *Dětská psychoterapie, 2. rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Portál. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.
69. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z., 1981. *Výpravy za člověkem.* 1. vydání. Praha: Odeon. 220 s. ISBN 01-070-81.
70. LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z., 2011. *Psychická deprivace v dětství.* 4. dopl. vydání. Praha: Karolinum. 400 s. ISBN 978-8-246-1983-5.
71. LAZAR, I., 2005. *Poporodná deprese.* Slovenská gynekológia a porodnictví, č. 12, s. 26-31.
72. LEBOYER, F., 1995. *Porod bez násilí.* 1. Vydání. Praha: Stratos. 56 s. ISBN 80-85962-04-7.
73. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
74. LEWIS-BECK, M.,S., BRYMAN, A., FUTING LIAO, T., 2004 *The Sage encyclopedia of social science research methods.* London: Sage.
75. MADDAHI, MS., DOLATIAN, M., KHORAMABADI, M., TALEBI, A., 2016. *Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes.* Electron Physician 8(7): 2639–2644. DOI: 10.19082/2639.
76. MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní.* 1. vydání. Praha: Eminent. 264 s. ISBN 80-7281-090-1.
77. MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí.* 1. vydání. Praha: Eminent. 264 s. (183 s.)ISBN: 80-7281-090-1.
78. MAREK, V., 2010. *Nová doba porodní: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí.* 2. upr. a dopl. vyd. Praha: V. Marek. 270 s. ISBN 80-254-9398-9.

79. MAREŠ, J. et al., 1997. *Dítě a bolest*. 1. vydání. Praha, Grada-Avicenum. 317 s. ISBN 80-7169-267-0.
80. MATĚJČEK, Z.; LANGMEIER, J., 1986. *Počátky našeho duševního života*. 1. vydání. Praha: Panorama. 368 + 8 s. obrazových příloh. ISBN 11-060-86.
81. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER J., 1986. *Počátky našeho duševního života*. 1. vydání. Praha: Panorama. 368 + 8 s. (116 s.) ISBN 11-060-86.
82. MATĚJČEK, Z., 1992. *Dítě a rodina, v psychologickém poradenství*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.
83. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
84. MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., a ANTALOVÁ, I., 2011. *Bonding-porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* 1. vydání. Praha: DharmaGaia. 279 s. (64 s.) obr. příl. ISBN 978-80-7436-014-5.
85. MÜLLER, L., & MÜLLER, A., 2006. *Slovník analytické psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál. 496 s. ISBN 80-7178-863-5.
86. NAVARRO-ARESTI L, IRAURGI I, IRIARTE L, MARTÍNEZ-PAMPLIEGA A., 2016. *Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS): adaptation to Spanish and proposal for a brief version of 12 items*. Arch Womens Ment Health 19(1): 95–103. DOI: 10.1007/s00737-015-0513-4.
87. NESNÍDALOVÁ, J., 2015. *Maminko, důvěřuj si!* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-5407-9.
88. NEWTON, R. W.; HUNT, L. P, 1984. *Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight*. *British Medical Journal*. 288, 1191–1194, 1984. (cit. 2011-25-1). Dostupné z: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1441330>.
89. OHARA, M., OKADA, T., KUBOTA, C., NAKAMURA, Y., SHIINO, T., ALEKSIC, B., ET AL., 2016. *Validation and factor analysis of mother-infant bonding questionnaire in pregnant and postpartum women in Japan*. BMC Psychiatry 16: 212. DOI: 10.1186/s12888-016-0933-3.

90. ONDRIOVÁ, I., CÍNOVÁ, J., 2012. *Vliv prenatální komunikace na zdravý vývoj dítěte*. [online]. Sestra. 2012, roč. 22, č. 12, str. 28. Publikováno 29. 12. 2012 [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-prenatalni-komunikace-na-zdravy-vyvoj-ditete-46839>.
91. PAŘÍZEK, A., 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vydání. Praha: Galén. 685 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
92. PETRI E., PALAGINI L, BACCI O., BORRI C., TERISTI V., COREZZI C., et al., 2017. *Maternal-foetal attachment independently predicts the quality of maternal-infant bonding and post-partum psychopathology*. J Matern Fetal Neonatal Med 21: 7. DOI:10.1080/14767058.2017.1365130.
93. PISONI, C., GAROFOLI, F., TZIALLA, C., ORCESI, S., SPINILLO, A., POLITI, P., ET AL., 2016. *Complexity of parentel prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery*. J Matern Fetal Neonatal Med 29(5):771–776. DOI: 10.3109/14767058.2015.1017813.
94. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J., 2006. *Úzkost a obavy – Jak je překonat*. 1. vydání. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
95. PRŮCHA, J., 2011. *Dětská řeč a komunikace. Poznatky vývojové psycholingvistiky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3181-0.
96. RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie-porodnictví*. 1. vydání. Praha: Area, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
97. RHEINWALDOVÁ, E., 1997. *Jak vychovat šťastné dítě*. 2. rozš. a uprav. vydání. Praha: Motto. 247 s. ISBN 80-858-7261-7.
98. RHEINWALDOVÁ, E., 2011. *Jak vychovat šťastné dítě*. 4. Vydání. Praha: Motto. 247 s. ISBN 978-80-7246-509-5.
99. ROUHE, H., SALMELA– ARO, K., HALMESMÄKI, E., SAISTO, T., 2008. *Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history*. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 116(1),67-73.

100. ROSSEN, L., HUTCHINSON, D., WILSON, J., BURNS, L., A OLSSON, C., ALLSOP, S., ET AL., 2016. *Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health*. Arch Womens Ment Health 19(4): 609–622. DOI: 10.1007/s00737-016-0602-z.
101. ROZTOČIL, A. a kol., 2001. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 339 s. ISBN 80-7013-339-2.
102. ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
103. RYDING E., L. et al., 2007. *Personality and fear of childbirth*. Acta Obstetricia et Gynecologica, 86 (7), 814 – 820.
104. SHARI, L., 2008. *Gynekologie po promoci*. č. 3, 2008. ISSN 0090-3159.
105. SHARI, L., 2008. *Gynekologie po promoci*. č. 3. (34 s.). ISSN 0090-3159.
106. SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na úzkost a strach v těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN: 978-80-247-5469-7
107. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. Vydání. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
108. SOLTER, A. J., 2014. *Moudrost raného dětství: proč důvěřovat miminkům a batolatům a učit se péči o ně od nich samotných*. 1. vydání. Praha: Triton. 224 s. ISBN 978-80-7387-695-1.
109. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vydání. Boskovice: Albert. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
110. ŠIMANOVSKÝ, Z., 2002. *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-689-6.
111. ŠPAŇHELOVÁ, I., 2003. *Dítě: vývoj a výchova od početí do tří let*. 1. vydání. Praha : Grada. 100 s. ISBN 80-247-0552-4.
112. ŠPAŇHELOVÁ, I., 2003. *Dítě: vývoj a výchova od početí do tří let*. 1. vydání. Praha : Grada. 100 s. (17 s.). ISBN 80-247-0552-4.
113. ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem*. 1. vydání. Praha: Argo, 2010. 320 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

114. ŠULOVÁ, L., 2004. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 247 s. ISBN 80-246-0877-4.
115. ŠULOVÁ, L., 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. Vydání. Praha: Karolinum. 248 s. ISBN978-80-246-1820-3.
116. ŠVAŘÍČEK, R., a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. 1. Vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
117. TANI, F., CASTAGNA, V., 2017. *Maternal social support, quality of birth experience, and postpartum depression in primiparous women*. J Matern Fetal Neonatal Med 30(6): 689–692. DOI: 10.1080/14767058.2016.1182980.
118. TEIXEIRA, J.M.A., FISK, N. M., GLOVER, V., 1999. *Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: kohort based study*. BMJ, 318, 153 – 157.
119. TEUSEN, G; GOZE-HÄNEL, I., 2003. *Prenatální komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál. 79 s. ISBN 80-7178-753-1.
120. TEUSEN, G; GOZE-HÄNEL, I., 2003. *Prenatální komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál. 79 s. (53 s.) ISBN 80-7178-753-1.
121. TEUSEN, G., GOZE - HANEL, I., 2015. *Prenatální komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 80 s. ISBN 978-80-2620-970-6.
122. TOMATIS, A., KEEPING, F., 2005. *The Ear and the Voice*. Scarecrow Press, 142 p.
123. TRČA, S., 2004. *Partner v těhotenství a při porodu*. 1. vydání. Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.
124. TRESS, W., KRUSSE, J., OTT. J., 2008. *Základní psychosomatická péče*. 1. vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
125. TYLOVÁ, V., 2000. *Prenatální učení: jak psychologie pomáhá medicíně*. Medicína v praxi. 2000, č. 3, (s. 40-43). ISSN 1212-8759.
126. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál. 528s. ISBN 80-7178-308-0.
127. VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 80-246-0956-8.

128. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání, rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-802-4621-531.
129. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Dítě od početí do puberty: 1500 otázek a odpovědí*. 4. Vydání. Praha: Triton. 480s. ISBN 978-80-7553-148-3.
130. VELEMÍNSKÝ, M., a kol. 2018. ... *takový je život: Povídání s průkopníkem neonatologické péče Milošem Velemínským*. 1. Vydání. Praha: Triton. 108 s. ISBN 978-80-7553-561-0.
131. VELEMÍNSKÝ, M. Jr., VELEMÍNSKÝ, M. Sr., ŠIMEČKOVÁ A., 2018. *Forms and significance of the prenatal "attachment" for the mother and the child*. JOURNAL OF NURSING, SOCIAL STUDIES. Public Health and Rehabilitation, Volume:9. Number: 3-4. 2018. Pp. 79-128. ISSN ISSN 1804-7181 (On-line) <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/clanky/3-4~2018/166-forms-and-significance-of-the-prenatal-%E2%80%9Cattachment%E2%80%9D-for-the-mother-and-the-child>
132. VERNY, T., KELLY, J. 1993. *Tajomný život dieťaťa pred narodením*. Přelož. L. Matšálová. Bratislava: SPN, 1993. 177 S. Z angl.. orig. The Secret Life of the Unborn Child. ISBN 80 – 08 – 02055 – 5.
133. VYBÍRAL, Z., 2005. *Psychologie komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
134. VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál, 319 s. ISBN 978- 807-3673-871.
135. VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál, 319 s. (25 s.) ISBN 978- 807-3673-871.
136. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 397 s. ISBN 80-717-8740-X.
137. VYMĚTAL, J., 2004. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vydání. Praha: Portál. 181 s. IBN 80-7178-830-9.

138. YESILCINAR, I., YAVAN, T., KARASAHIN, KE., YENEN, MC., 2017. *The identification of the relationship between the perceived social support, fatigue levels and maternal attachment during the postpartum period.* J Matern Fetal Neonatal Med 30(10): 1213–1220. DOI: 10.1080/14767058.2016.1209649.
139. ZANARDO V., GABRIELI C., STRAFACE G., SAVIO F., SOLDERA G., 2017. *The interaction of personality profile and lactation differs between mothers of late preterm and term neonates.* J Matern Fetal Neonatal Med 30(8): 927–932. DOI: 10.1080/14767058.2016.1190827.
140. ZDOLSKA-WAWRZKIEWICZ, A., CHRZAN-DETKOŚ, M., BIDZAN, M., 2018. *Maternal attachment style during pregnancy and becoming a mother in Poland.* J Reprod Infant Psychol 36(1): 4–14. DOI: 10.1080/02646838.2017.1395400.

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Obrázky

Příloha č. 2 Průzkum respondentek – Excel formát, CD

Příloha č. 3 Souhrn respondentek – Pdf formát, CD

Příloha č. 4 Přehled respondentek - Pdf formát, CD

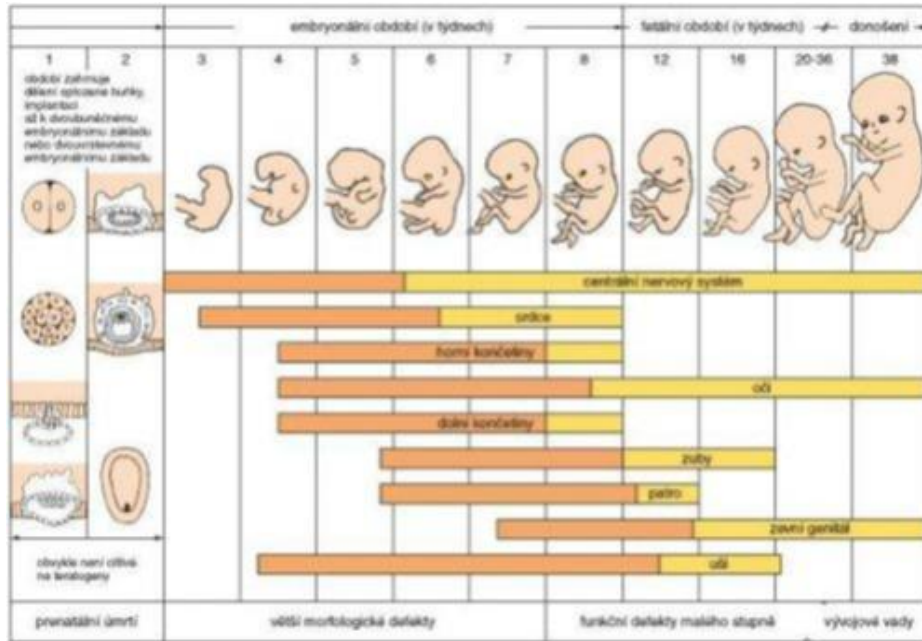
Příloha č. 5 Význam slov

Příloha č. 6 Freyberghova škála – Pdf formát, CD

Příloha č. 7 Článek - Pdf formát, CD

Příloha č. 1- Obrázky

Obrázek č. 1 Vývoj plodu



Zdroj: Vývoj plodu. Mimibaby.webnode.cz: Vše o dětech a rodičích [online]. 2012 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://mimibaby.webnode.cz/tehotenstvi/vyvoj-plodu/>

Příloha č. 5 – Význam slov

Apgar skóre – mezinárodně užívaný bodovací systém používaný k orientačnímu posouzení zdravotního stavu novorozence bezprostředně po narození. Vyjadřuje se třemi čísly v rozpětí od nuly do desítky (například 9 – 10 – 10), které jsou součtem hodnot zjištěných v první, páté a desáté minutě

Attachment – emoční vazba, přilnutí, připoutání

Blastogeneze – první fáze vzniku zárodku

Blastocysta – 5–6 dní staré embryo, které se uhnízdí v děloze

Bonding – sejetí matky a dítěte při přiložení porozeného dítěte na hrudník matky

Dialog – rozhovor mezi dvěma nebo více osobami

Dula – starořecký název, dnes se používá pro speciálně vyškolenou ženu, která poskytuje především psychickou (ale i fyzickou) oporu novoroďičce. Dulu nelze zaměňovat s porodní asistentkou, nemá totiž potřebné zdravotní vzdělání, popř. Vyškolení.

Edukace – výchova, vyučování

Embryo – zárodek

Experiment – pokus, metoda výzkumu

Felicitas – štěstí, pocit spokojenosti

Fetus - plod

Fyziologické – normální, přirozený

Gravidita – těhotenství

Individuum – jedinec, jednotlivec

Kontrakce – pravidelné stahy dělohy

Lanugo – ochmýření plodu a novorozence

Mekonium – smolka

Multipara – vícečetné těhotenství

Neurohumorální – vztah nervového systému i hormonů

Oxytocin – hormon podporující kontrakce děložního svalstva

Perinatologie - obor lékařství zabývající se problematikou zdravého vývoje dítěte těsně po porodu

Placenta – plodový koláč, plodové lůžko

Postnatálně – po narození

Prenatální – před narozením, od doby mezi početím a narozením

Primipara – prvorodička

Psychosomatika – nauka o zkoumání vztahů s tělesnými a duševními projevy

Rooming in – nemocniční pobyt matky s novorozencem po porodu v jedné místnosti

Sonografické zobrazení, sonografie – diagnostická metoda, vyšetření ultrazvukem

Šestinedělí – je proces probíhající u žen bezprostředně po porodu dítěte, při němž se navrací anatomické a fyziologické změny jejího těla do stavu před těhotenstvím

Trimestr – období tří měsíců v těhotenství

Příloha č. 6 Freyberghova škála

Vážené nastávající maminky.

Jmenuji se Bc. Alžběta Šimečková a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Pediatrie. Píši diplomovou práci na téma Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte. Proto Vás chci poprosit o vyplnění Freyberghovy škály, která obsahuje 70 otázek. Výzkum je anonymní a získané informace budou použity pouze v rámci mé diplomové práce jako výsledek výzkumného šetření.

V předložené škále označte prosím vždy jen jednu odpověď, s níž se ztotožňujete.

Předem děkuji za vaši vstřícnost, spolupráci a čas. S vyplněním této škály dáváte souhlas s anonymním zpracováním vámi uvedených údajů.

Měsíc/ týden ve kterém právě jste:

Datum vyplnění:

Freybergová škála

Číslo	Kategorie	Otázka	Nikdy, vůbec	Zřídka, výjimečně	Někdy, příležitostně	Často	Vždy, stále, pořád
1	SG	Se svou existencí jsem spokojená.	10	7	5	3	0
2	F	Když se partner ohlédne po cizí ženě, zůstávám klidná a vyrovnaná.	10	7	5	3	0
3	A	Užívám si život plnými doušky.	10	7	5	3	0
4	SG	Mívám pocit, že na mě klade mé okolí velké nároky.	0	3	5	7	10
5	D	Plně zvládám své emoce.	10	7	5	3	0
6	R	Chtěla bych se opět stát dítětem, abych měla méně starostí.	0	3	5	7	10
7	AG	Vážím si svých rodičů.	10	7	5	3	0
8	SG	Mám pocit, že působím na své okolí kladně/dobře.	10	7	5	3	0
9	F	Jsem spokojená se svým sexuálním životem.	10	7	5	3	0
10	A	Jsem přesvědčena, že situaci zvládnu, i kdyby partner dlouhodobě onemocněl.	10	7	5	3	0
11	S	Můj vztah k rodinným příslušníkům je pozitivní.	10	7	5	3	0
12	D	Cítím se být sebevědomá v kontaktu s svým okolím.	10	7	5	3	0
13	R	Chtěla bych své dětství prožít znovu.	10	7	5	3	0
14	AG	Daří se mi zůstat klidná, i když se situace vyvíjí stresově.	10	7	5	3	0
15	SG	Jsem sama se sebou spokojená.	10	7	5	3	0
16	F	Při eventuální psychické krizi se mohu obrátit na rodinu.	10	7	5	3	0
17	A	Můj spánek je kvalitní.	10	7	5	3	0
18	S	Dívám se optimisticky na vývoj do budoucna.	10	7	5	3	0
19	D	Mám pocit, že mé okolí chápe mé současné chování.	10	7	5	3	0
20	R	V současné době jsem spokojená.	10	7	5	3	0

21	AG	Jsem opatrná při svém jednání s okolím.	10	7	5	3	0
22	SG	Řekla bych o sobě, že jsem bezproblémová.	10	7	5	3	0
23	F	Má rodina projevuje o mé city a pocity zájem.	10	7	5	3	0
24	A	Jednám tak, abych nikomu ze svého okolí neublížila (psychicky nebo fyzicky).	10	7	5	3	0
25	S	Zažívám chvíle, kdy toužím být sama.	0	3	5	7	10
26	D	Mám pocit, že mé okolí má o mě zájem.	10	7	5	3	0
27	R	Cítím se bezpečně.	10	7	5	3	0
28	AG	Mám hezké vzpomínky na své dětství.	10	7	5	3	0
29	SG	Moji rodiče jsou na mě pyšní.	10	7	5	3	0
30	F	S penězi vyjdu v pohodě.	10	7	5	3	0
31	A	Pocity strachu a úzkosti se mi vyhýbají.	10	7	5	3	0
32	S	Bolesti břicha a hlavy se mi vyhýbají.	10	7	5	3	0
33	D	Myšlenky na sebevraždu jsou mi naprosto cizí.	10	7	5	3	0
34	R	Jsem sebevědomá.	10	7	5	3	0
35	AG	Setkávám se v mé rodině s pochopením.	10	7	5	3	0
36	SG	Mám pocit, že jsem dostatečně milá ke svému partnerovi.	10	7	5	3	0
37	F	Můj partner se mi věnuje dostatečně.	10	7	5	3	0
38	A	Můj partner mě miluje.	10	7	5	3	0
39	S	Cítím se plná energie.	10	7	5	3	0
40	D	Trpím nechutenstvím.	0	3	5	7	10
41	R	Mám pocit, že jsem na těhotenství připravená.	10	7	5	3	0
42	AG	Má (ne)spokojenost se odvíjí od chování partnera.	0	3	5	7	10
43	SG	Těším se na své dítě.	10	7	5	3	0
44	F	Pocit'uji nedostatek spánku.	0	3	5	7	10
45	A	Cítím, že rodiče mi budou chtít pomoci s péčí o mé dítě.	10	7	5	3	0
46	S	V průběhu těhotenství si hlídám svoji hmotnost.	10	7	5	3	0

47	D	Jsem přesvědčena, že těhotenství a porod zvládnu.	10	7	5	3	0
48	R	Cítím se být zralá na to, abych se stala matkou.	10	7	5	3	0
49	S	Dělám něco pro to, abych po porodu nemusela shazovat příliš mnoho na váze.	10	7	5	3	0
50	SG	Mám pocit, že během těhotenství dodržuji správně svou životosprávu.	10	7	5	3	0
51	F	Mám pocit, že těhotenství mi komplikuje mou pracovní kariéru.	0	3	5	7	10
52	A	Na porod jsem psychicky připravená.	10	7	5	3	0
53	S	Věřím, že průběh těhotenství bude bezproblémový.	10	7	5	3	0
54	D	Spím dobře, bez problémů.	10	7	5	3	0
55	R	Během těhotenství chodím ráda do společnosti.	10	7	5	3	0
56	AG	Znepokojuje mě myšlenka, že bych mohla zranit city mého partnera.	0	3	5	7	10
57	SG	Uvědomuji si, že v průběhu těhotenství se vztah k partnerovi změní.	10	7	5	3	0
58	F	Věřím, že v budoucnu budu schopna sexuálního kontaktu.	10	7	5	3	0
59	A	Na péči o své dítě jsem připravena tak, abych mu neublížila.	10	7	5	3	0
60	S	Těším se, jak budu o své dítě pečovat.	10	7	5	3	0
61	D	Těším se, že život po porodu se změní k lepšímu.	10	7	5	3	0
62	R	Na období porodu a po porodu se dívám s nejistotou.	0	3	5	7	10
63	AG	Mám pocit, že mi mé těhotenství naplňuje život láskou.	10	7	5	3	0
64	SG	Mám pocit, že život před otěhotněním jsem si užila dosyta.	10	7	5	3	0
65	F	Jsem přesvědčena, že ať nastane po porodu cokoli, zvládnu to.	10	7	5	3	0
66	A	Věřím, že se mému partnerovi nestane neštěstí.	10	7	5	3	0
67	S	V souvislosti s těhotenstvím se cítím dobře.	10	7	5	3	0
68	D	Ráno vstávám s dobrým pocitem a těším se na nový den.	10	7	5	3	0
69	R	Stává se, že čelím krizovým situacím.	0	3	5	7	10
70	AG	Kvalita mého života je ovlivňována tím, co se děje v mém okolí.	0	3	5	7	10

Příloha č. 8 Článek

Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation » 2018 » num.3-4 » *Forms and significance of the prenatal “attachment” for the mother and the child*

Forms and significance of the prenatal “attachment” for the mother and the child

Miloš Velemínský, Jr. ^{1,2}, **Miloš Velemínský, Sr.** ¹, **Alžběta Šimečková** ¹

¹University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Laboratory Diagnostics and Public Health, České Budějovice, Czech Republic

²Hospital České Budějovice, a. s., České Budějovice, Czech Republic.

Odkaz na plnou verzi článku v Pdf formátu

<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/clanky/3-4~2018/166-forms-and-significance-of-the-prenatal-%E2%80%9Cattachment%E2%80%9D-for-the-mother-and-the-child>