

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra křesťanské výchovy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Viktorie Topolčanová

POZDNÍ MATEŘSTVÍ

-

FENOMÉN TÉTO DOBY

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně za odborné pomoci citované literatury a použitých zdrojů pod vedením Mgr. Lucie Šallé.

V Olomouci, dne 15. 4. 2023

.....

Bc. Viktorie Topolčanová

Děkuji Mgr. Lucii Šallé za cenné rady, připomínky, čas a za důvěru, kterou mi věnovala při vedení diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala celé své rodině, zejména svému manželovi a také přátelům, kteří pro mě byli velkou oporou.

Anotace

Diplomová práce pojednává o tématu pozdního mateřství jakožto o fenoménu této doby. Cílem této práce bylo zmapovat faktory, které vedou ženy k odložení mateřství.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. V teoretické části naleznete základní definice pojmů jako je plodnost, věk, těhotenství, mateřství, rodičovství apod. Následně je již celá teoretická část věnována definici pojmu „pozdní mateřství“. Jsou zde vyjmenovány a popsány faktory, kvůli kterým ženy přistupují k odkladu mateřství a také rizika spojená s pozdním mateřstvím. Na konci teoretické práce naleznete i mezinárodní porovnání porodnosti. Empirická část je věnována výzkumu faktorů, které v dnešní době vedou ženy k odložení mateřství.

Klíčová slova

pozdní mateřství, mateřství, rodičovství, rodina, odkládání mateřství, sociální pedagogika

Annotation

Title: Late motherhood – phenomenon of this time

The diploma thesis deals with the topic of late motherhood as a phenomenon of this time. The aim of this work was to map the factors that lead women to postpone motherhood.

The work is divided into two parts, theoretical and empirical. In the theoretical part, you will find basic definitions of terms such as fertility, age, pregnancy, motherhood, parenthood, etc. Subsequently, the entire theoretical part is devoted to the definition of the term "late motherhood". Here are listed and described the factors that lead women to postpone motherhood, as well as the risks associated with late motherhood. At the end of the theoretical work, you will also find an international comparison of birth rates. The empirical part is devoted to the research of the factors that nowadays lead women to postpone motherhood.

Keywords

late motherhood, motherhood, parenthood, family, postponement of motherhood, social pedagogy

OBSAH

ÚVOD	8
1 PLODNOST A VĚK	9
1.1 Plodnost.....	9
1.2 Věk prvorodičky.....	10
2 TĚHOTENSTVÍ	13
2.1 Rizikové těhotenství.....	13
2.2 Patologické těhotenství	13
3 MATEŘSTVÍ, RODIČOVSTVÍ A RODINA.....	15
3.1 Mateřství	15
3.2 Rodičovství	16
3.3 Rodina	18
4 POZDNÍ MATEŘSTVÍ	20
4.1 Komplikace spojené s pozdním mateřstvím.....	21
4.1.1 Vývojové vady	23
4.1.1.2 Downův syndrom	25
4.1.2 Potrat	26
4.1.3 Bezdětnost	26
4.1.3.1 Reprodukční medicína.....	27
4.1.3.2 Dobrovolná bezdětnost.....	28
4.1.5 Komplikace během těhotenství	29
4.1.4 Komplikace při porodu.....	30
4.1.5 Komplikace po porodu	31
5 FAKTORY VEDOUcí K ODLOŽENí MATEŘSTVÍ	32
5.1 Sociální vlivy	33
5.2 Hledání životního partnera	34
5.3 Vzdělání a kariéra.....	35
5.4 Zdravotní komplikace	36
5.5 Psychická připravenost.....	37
6 MEZINÁRODNí POROVNÁNí	38
7 CíL VÝZKUMU	39
8 METODIKA PRÁCE.....	39
8.1 Použité metody.....	39
8.2 Charakteristika výzkumného souboru	40
9 VÝSLEDKY A DISKUSE.....	42
9.1 Výsledky výzkumu.....	42
9.2 Diskuse.....	61

ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
SEZNAM TABULEK.....	72
SEZNAM GRAFŮ.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73
Příloha č. 1	74

ÚVOD

V úvodu této práce bych ráda seznámila čtenáře s důvodem, proč jsem si jako téma mé diplomové práce zvolila právě „Pozdní mateřství – fenomén této doby“. Je mi 25 let a děti ještě nemám, ale v blízké době bych je již chtěla. Mám však kolem sebe své vrstevnice, které mé rozhodnutí, mít děti co nejdříve, nechápu. Většina z nich na dítě ještě ani nemyslí, přitom mají dlouhodobé vztahy, jsou vdané nebo zasnoubené, mají stálou práci, soukromé byty či dokonce domy. Hlavním impulzem k výběru tohoto tématu byl tedy můj osobní zájem zjistit, které faktory vedou ženy k odložení mateřství na pozdější dobu.

Pozdní mateřství je považováno za fenomén dnešní moderní společnosti. Pod pojmem pozdní mateřství si většina lidí představí mateřství ženy v pozdějším věku. Málokdo si však představí pod tímto pojmem prvorodičku v pozdějším věku. Mateřství ve vyšším věku je dnes velmi aktuálním tématem. Vyššího věku se dnes obecně dožívá více lidí, než se dožívali před několika desítkami let. Z toho důvodu ženy nespěchají s mateřstvím a odkládají ho na pozdější dobu. Může je k tomu vést spousta faktorů, které budou v diplomové práci popsány a zmapovány.

Cílem této práce bude prozkoumat všechna zákoutí pozdního mateřství – od společenského tlaku na ženy mít děti v brzkém věku, po faktory, které ženy vedou k odložení mateřství na pozdější dobu.

Pro účely této diplomové práce byl pojem „pozdní mateřství“ definován jako mateřství ve věku 35 let a více při narození prvního dítěte.

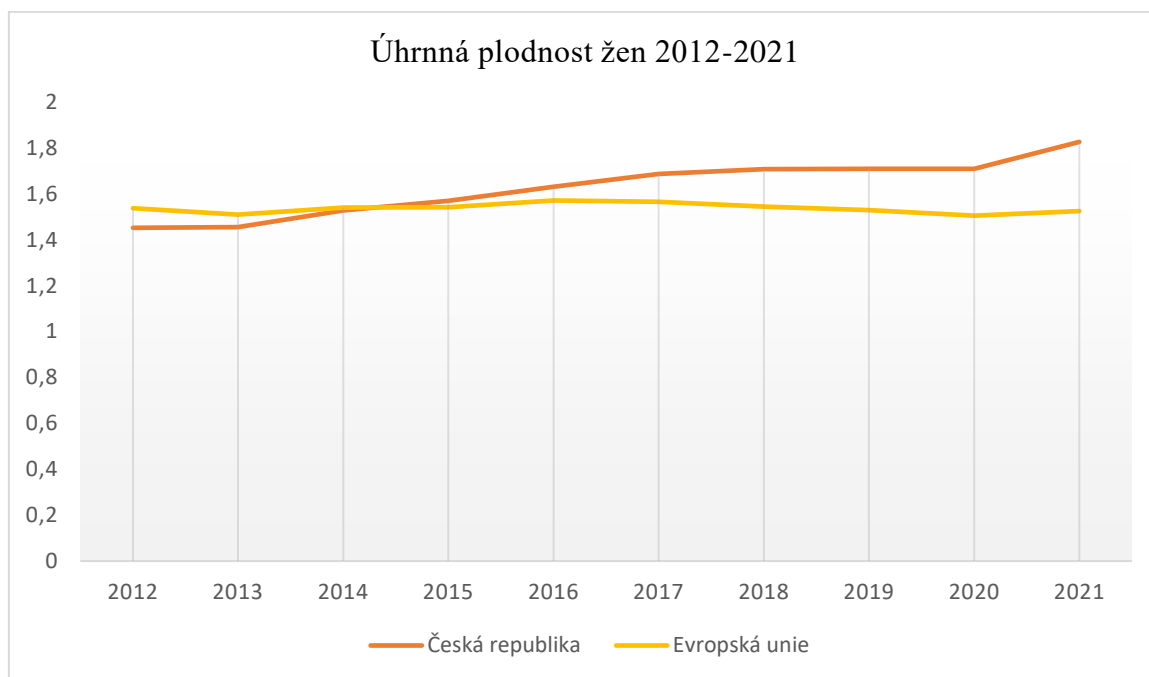
Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Na začátku teoretické části je popsána závislost plodnosti ženy na jejím věku. Dále jsou rozebrána základní témata jako: těhotenství, rizika, která mohou v průběhu těhotenství nastat, mateřství, rodičovství a rodina. Hlavní úsek teoretické části je věnován pojmu „pozdní mateřství“, kde jsou popsány komplikace, které mohou v souvislosti s pozdním mateřstvím nastat, jaké mohou vznikat komplikace v průběhu těhotenství, v průběhu porodu či i po porodu. S pozdním mateřstvím jsou spojena i rizika, jako je například předčasný porod, vznik Downova syndromu apod., tato rizika budou také zmíněna v teoretické části. Následně budou popsány nejčastější faktory, které vedou ženy k odložení mateřství na pozdější dobu. Poslední kapitolou teoretické části bude mezinárodní porovnání. V empirické části budou zpracována a popsána data, která byla získána pomocí dotazníkového šetření a následně budou v diskusi shrnuta a porovnána tak, aby bylo zřejmé, jaké faktory vedou ženy k odložení mateřství na pozdější dobu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PLODNOST A VĚK

1.1 Plodnost

Plodnost v Evropské Unii se mezi lety 2011-2021 snížila z 1,54 dětí na jednu ženu na 1,53. Tento trend nebyl jednoznačně klesající. Do roku 2016 intenzita plodnosti kolísala a následně začala klesat. V roce 2020 (1,50 dětí na jednu ženu) plodnost klesla pod úroveň z roku 2013. V porovnání s plodností v ostatních státech Evropské Unie se Česká republika řadí mezi země s největším nárůstem úhrnné plodnosti a to o 0,3-0,4 dítěte. V roce 2021 byla v České republice hodnota úhrnné plodnosti 1,83, viz graf 1.



Graf 1: Úhrnná plodnost žen 2012-2021
(zdroj: Eurostat, 2022)

Biermann a Raben (2006) uvádí, že i přesto, že má žena naprosto pravidelnou menstruaci, tak nemusí být plodná v každém měsíčním cyklu. I ženy, které jsou plodné, mívají v průměru jeden ze čtyř cyklů bez ovulace. Autoři také uvádí, že již u 25leté ženy je pouze 25 % šance na zplodění dítěte během ovulace což je 1:4. U čtyřicetileté ženy je šance pouze 1:20.

1.2 Věk prvorodičky

Slepíčková (2015, str. 65) uvádí, že „na rozdíl od určitého „dozrávání k rodičovství“, které je tematizováno jako postupný, přirozený a velmi individuální proces, vliv fyzického věku na reprodukční plány je vnímán jako náhle se vynořující během tohoto procesu, nezpochybnitelný, všeobecný, stresující a typický (či výlučný) pro ženskou zkušenost s reprodukci. Význam chronologického věku je ve vztahu k mateřství nadřazen subjektivnímu hodnocení vlastní fyzické kondice, a to i těmi ženami, které počítají s mateřstvím ve vyšším věku.“ Slepíčková také uvádí, že pro mnohé ženy je blížící se hranice třiceti let signálem pro to, aby se začaly zabývat mateřstvím. Popisuje také, že se více žen cítí být nuceno k mateřství spíše věkem než vlastním pocitem připravenosti.

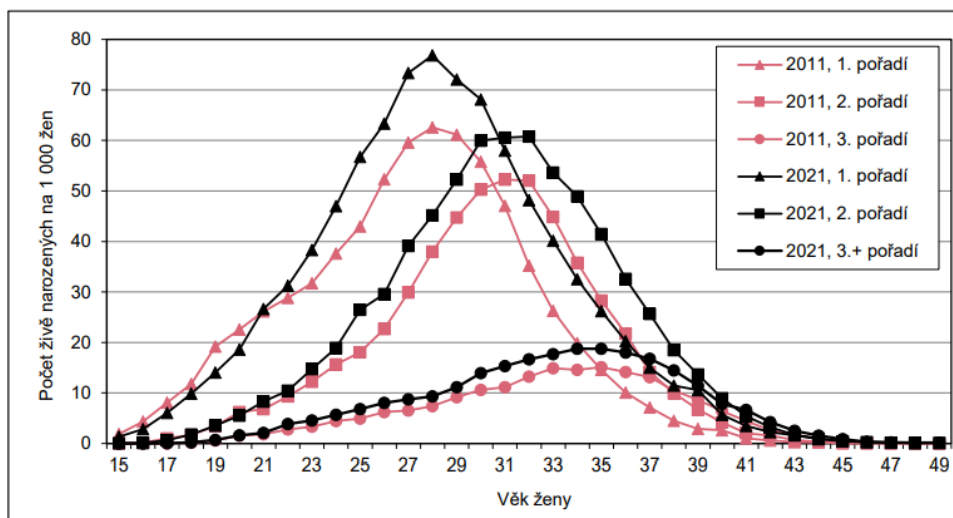
Biermann a Raben (2006, str. 19) uvádí, že: „Silně vzrostl počet žen, které mají dítě až v pozdějším věku. Před dvaceti lety jen jedna žena z padesáti přivedla své první dítě na svět v 35 letech nebo později. Před deseti lety už to byla jedna žena z patnácti, dnes je to každý pátá.“

Průměrný věk prvorodiček se v České republice v posledních 10 letech mírně zvýšil, a to z 29,7 let v roce 2011 na 30,4 let v roce 2021, tj. o 0,7 let viz tabulka 1. (Eurostat, 2022)

Tabulka 1: Ukazatele plodnosti podle pořadí v letech 2011-2021 (zdroj: Eurostat, 2022)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Úhrnná plodnost	1,43	1,45	1,46	1,53	1,57	1,63	1,69	1,71	1,71	1,71	1,83
Průměrný věk matek při narození prvního dítěte	29,7	29,8	29,9	29,9	30,0	30,0	30,0	30,1	30,2	30,2	30,4

Úroveň plodnosti u matek prvorodiček vzrostla za posledních deset let v téměř celém jejich reprodukčním věku, s výjimkou žen ve věku 15 až 20 let viz graf 2. Maximální míra plodnosti byla ve sledovaných letech 2011 až 2021 u věku 27 a 28 let. (CZSO, 2022)



Graf 2: Míry plodnosti podle pořadí a věku ženy v letech 2011 a 2021 (zdroj: CZSO, 2022)

Pařízek (2015, str. 40) uvádí: „Z biologického a genetického hlediska je pro první otěhotnění optimální věk ženy mezi 20. až 24. rokem. Před 20. rokem života bývají ženy v naší zemi sice biologicky schopny otěhotnět, průměrný reprodukční věk dívek v České republice nastává ve 14 až 16 letech, ale v této době nebývají ještě zcela duševně připraveny na těhotenství a mateřství.“ Autor dále tvrdí, že s přibývajícím věkem ženy pravděpodobnost otěhotnění klesá.

Nízký věk prvorodičky (pod 19 let) je spojen s rizikem předčasného porodu, kojenecké úmrtnosti a dětské podvýživy. Tyto výsledky vyplývají z behaviorálních, sociálních a biologických faktorů. Mladší matky mohou být oproti matkám starším duševně nezralé, a proto nemusí být schopné uspokojit potřeby svého dítěte. V závislosti na věku mívají mladé matky častěji nižší ekonomický status a méně stabilní partnerství než matky starší. Mladé matky se vyskytují ve větší míře spíše v zemích s nízkými a středními příjmy. (Fall, 2015)

Autorka Fall (2015) také uvádí, že starší věk matky (nad 35 let) je spojen se zvýšeným počtem mrtvě narozených dětí, předčasným porodem a chromozomálními abnormalitami. Tyto důsledky vyplývají z více faktorů, jako jsou např. obezita, cukrovka, hypertenze a přidružené těhotenské komplikace.

„Právě „zralé“ ženy se chovají velice svědomitě a na své těhotenství se připravují pečlivě. Téměř všechny okamžitě zanechávají kouření a přestávají pít alkoholické nápoje. Zdravě se stravují, připravují se na porod a pravidelně docházejí na preventivní prohlídky.“ (Biermann a Raben, 2006, str. 22) Dále tito autoři uvádí, že jsou starší těhotné ženy v posledních letech pečlivě sledovány a dostává se jim dobré péče i rad ze strany porodních asistentek a lékařů.

Biologické hranice reprodukce se posouvají v závislosti na rozvoji metod asistované reprodukce, například díky dárcovství buněk. Můžeme se setkat s názory, že bude někdy v budoucnu možné odložit mateřství až za hranici přirozené produkční schopnosti ženy. V České republice je poskytována asistovaná reprodukce ženám do 48 let, ale hrazena ze zdravotního pojištění je pouze do jejich 40 let. (Zamykalová, 2005)

Slepičková (2015, str. 67) uvádí, že: *„Věkový tlak se často spojuje s tlakem vrstevnickým. Ženy srovnávají svůj věk s věkem a počtem dětí svých přítelkyň, příbuzných a vrstevnic.“* Autorka také uvádí, že: *„Tlak věku v souvislosti s reprodukcí, opisován někdy metaforou „biologických hodin“, je považován za výlučně ženskou záležitost. Skutečností, že mužů věk „netlačí“, ženy vysvětlují mužskou pasivitu, co se týče neplodnosti a její léčby. Některé ženy, zvláště ty, které mají mladší partnery, absenci „biologických hodin“ u mužů předvídají a záležitosti ohledně rodičovství se snaží co nejdříve vzít do vlastních rukou.“* (Slepičková, 2015, str. 68-69)

2 TĚHOTENSTVÍ

Roztočil (2008, str. 86) uvádí, že „*těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem.*“

Dle Pařízka (2015) je rozmnožování základním projevem života a těhotenství představuje zlom v životě u obou rodičů.

2.1 Rizikové těhotenství

Rizikové těhotenství je obecným názvem pro všechna těhotenství, u kterých se vyskytuje pravděpodobnost, že se dítě nenarodí zcela zdravé. Nejčastějšími riziky jsou: předčasný porod, hrozící potrat nebo těhotenství, při kterém hrozí vrozená vývojová vada plodu. Riziková těhotenství může způsobit mnoho faktorů např. věk matky, dědičnost, neúspěšná předchozí těhotenství, léčená neplodnost aj. Riziková těhotenství vyžadují zvýšenou péči lékařů, kdy těhotná žena dochází do poradny pro riziková těhotenství. (Pařízek, 2005)

Hájek (2004, str. 25) uvádí, že „*při rizikovém průběhu těhotenství je matka, plod a po porodu i novorozenec ve zvýšeném nebezpečí. Těhotenství je velmi dynamický děj, při kterém může kdykoliv a v kterékoliv době gestace nastat situace, která dosud fyziologický průběh gravidity zkomplikuje*“. Dále také uvádí, že řada rizikových stavů je způsobena nepravidelnou prenatální péčí ze strany matky či úplným vynecháním prenatální péče. Dle Hájka (2004) probíhá většina těhotenství fyziologicky. Faktory, které mohou změnit fyziologicky probíhající těhotenství na rizikové těhotenství, se vyskytují u jedné čtvrtiny až třetiny těhotných žen.

2.2 Patologické těhotenství

Pokud je těhotná žena vážně nemocná, a nebo je vážně nemocné jen její dítě, jedná se o těhotenství patologické. V některých případech může u ženy choroba existovat již před těhotenstvím a následně se v těhotenství zhorší (např. cukrovka, plicní či srdeční onemocnění). Choroba se může také objevit až v průběhu těhotenství (např. těhotenská cukrovka, preeklampsie apod.). Patologická těhotenství vyžadují léčebnou péči, některá pouze ambulantní a některé těžší případy i pobyt v nemocnici. (Pařízek, 2005)

Hájek (2004) uvádí, že patologický průběh těhotenství jsou stavy, se kterými žena do těhotenství vstupuje nebo jsou to stavy, které vznikají až v jeho průběhu. Hájek (2004, str. 25) rozdělil tyto stavy do dvou skupin:

„Patologické stavy vzniklé před těhotenstvím

- *chronická hypertenze,*
- *kardiopatie matky,*
- *onemocnění plic matky,*
- *renální onemocnění (nefropatie),*
- *diabetes mellitus, zejména 2. typu,*
- *tyreopatie,*
- *kolagenózy,*
- *hematologická onemocnění (trombofilie),*
- *genetická onemocnění,*
- *poruchy funkce adenohipofýzy, nadledvinek, příštítných tělísek,*
- *interní choroby (hepatopatie),*
- *neurologická onemocnění,*
- *léčená sterilita,*
- *vývojové vady dělohy.*

Patologické stavy vzniklé v průběhu těhotenství

- *krvácení v časně a pozdní graviditě,*
- *předčasný porod (předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok plodové vody – PROM, inkompetence děložního hrdla),*
- *preeklampsie, eklampsie*
- *Rh-izoimunizace,*
- *gestační diabetes,*
- *anemie,*
- *vrozené vývojové vady plodu (VVV),*
- *vícečetná gravidita způsobující rozvoj některé patologie (předčasný porod, preeklampsie, hepatopatie),*
- *intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR),*
- *malpozice plodu (defleční, šikmá, příčná poloha),*
- *infekční onemocnění matky (virové, cytomegalovirus – CMV, herpes virus – HPV, hepatitida B, C, parvovirus, HIV, antropozoonózy).“*

3 MATEŘSTVÍ, RODIČOVSTVÍ A RODINA

3.1 Mateřství

Nicolson (2001) tvrdí, že mateřství je v životě ženy přirozeným obdobím, ve kterém má jakožto budoucí matka schopnosti dát dítěti život, je předurčena rodit, ale i se o dítě starat a vychovávat jej. Autor také uvádí tvrzení, že by žena měla mít jako budoucí matka vědomosti o tom, jak dítě nejlépe připravit na jeho budoucí život. K těmto činnostem je, na rozdíl od muže, vybavena již od přírody vlohami i instinktem. Z toho důvodu se muž nepodílí na výchově svého dítěte takovým zásadním způsobem jako matka.

Matka je pro dítě „přístavem jistoty“ a základním kamenem důvěry v okolní svět. Je osobou, která uspokojuje psychické a somatické potřeby svého dítěte a tím také upevňuje jejich vzájemný intimní vztah. (Kohoutek, 1998)

Konrádová (2017) v internetovém článku „Mateřství jako ideál, mateřství jako role“ uvádí, že mateřství je sice psychofyzický stav a vztah, ale je to také sociální role a součást ženské identity. Vlivem kombinace představ o ideálu mateřství dochází k tomu, že řada mladých žen a matek vnímá mateřství jako jedinou životní variantu. Vnímají mateřství jako jediný způsob seberealizace a naplnění životního smyslu. U mladých žen nejde pouze o otázku, zda budou či nebudou matkou, ale také především o otázku, kdy se stanou matkou a čím jiným by kromě matky mohly být. Matka a její naplňování role matky je předmětem hodnocení z různých úhlů, od osobní po generační až společenskou. U žen je očekávána pečující pozice, protože jsou k ní od útlého věku vedeny.

Role matky je dle Vágnerové (2007) biologicky dána a je pro ženu zcela evidentní. Má také jasně vymezená práva a povinnosti a může být pro ženu zásadním posláním.

Koláčná (2006) zastává názor, že má matka k dítěti přímější a přirozenější cestu než otec. Je to dáno především biologicko-psychologickou charakteristikou. Matka vnímá a prožívá přítomnost dítěte již od prenatálního období, její seznamování s dítětem je postupné a velmi intimní. Autorka také uvádí, že se dnešní matky musí vypořádat s postavením ve společnosti, která se převážně orientuje na výkon, úspěšnost a materiálně než na rození a výchovu.

Neuroložka L. Brizendine (2007) zmiňuje, že se mozek matky již od početí začíná měnit na mozek mateřský a dokáže přimět i ženy posedlé prací k tomu, aby změnily způsob svého myšlení a cítění. Brizendine také uvádí, že mateřství ženu nadobro změní, protože strukturálně, funkčně a dalšími způsoby přenastaví fungování jejího mozku.

Mateřství může být vnímáno také jako sociální konstrukt, ve kterém jde hlavně o tradiční rozdělení rolí muže a ženy, o uspokojování dětských potřeb, o chápání ženství pomocí mateřství a také o sociální systém, který poskytuje ženě možnost zůstat s dítětem doma. (Janoušková, 2005)

3.2 Rodičovství

Rodičovství je specifickým způsobem naplnění intimity, a to z toho důvodu, že umožňuje vznik hluboké citové vazby mezi rodičem a dítětem, která ve většině případů přetrvává po celý život. Rodičovská role je role biologicky podmíněna, která má i svou sociální a psychickou hodnotu a je součástí identity dospělého člověka. (Vágnerová, 2007)

Mezi hlavní otázky, které se týkají rodičovství, patří otázka, proč se vlastně chceme stát rodičem. Matějček a Langmeier (1986) se shodují na tom, že hlavním důvodem je uspokojení základních lidských potřeb, jak fyziologických, tak psychických. Matějček a Langmeier uvádí následujících 5 potřeb:

1. Potřeba stimulace – je potřeba podnětů v dostatečném množství, kvalitě a proměnlivosti. Přírozeným zdrojem je každodenní tělesný, řečový a zrakový kontakt s dítětem.
2. Potřeba smysluplného světa – je smysl a řád v podnětech. Dítě umožňuje vnitřní růst svých rodičů.
3. Potřeba lásky, citové jistoty – úzce souvisí s pocitem bezpečí. Děti lásku přijímají, ale také ji vracejí. Vztah s dítětem přináší jistotu a v jeho dospělosti také záruku životní bezpečnosti rodičů.
4. Potřeba identity, seberealizace – matčín sociální status se narozením potomka zvyšuje, což je potvrzením normality a důkazem dospělosti.
5. Potřeba otevřené budoucnosti – dítě je budoucností svých rodičů, je to rozpětí mezi uzavřeností a otevřeností osudu dítěte.

Ve společnosti panuje přesvědčení, že narození dítěte napomáhá dalšímu sblížení partnerů či manželů. Sociologové toto přesvědčení však vyvrací. Dle jejich názoru s příchodem dítěte roste v domácnosti napětí a klesá celková spokojenost partnerů. I přesto, že se rodiče z narození potomka radují, tak ve většině případů nejsou připraveni na to, jak jim dítě naruší život. Rodiče mají své rodičovské povinnosti a potlačují tedy své „povinnosti“ partnersko-milenecké. (Renzetti, 2003)

Fučík (2014) uvádí, že *„Rodičovství a zejména mateřství představují soubory rolí, které tvoří samo jádro genderového řádu společnosti. Proto také změny v genderových rolích musíme brát v úvahu.“* Fučík dále uvádí, že rodičovství je chápáno jako role, která nemusí vždy spojována s dalšími rolemi ve společnosti.

Sobotková (2012, str. 158) uvádí 5 přínosů rodičovství:

1. *„Rozvoj vztahů: Mateřství přináší nový, většinou radostný vztah s dítětem a dodává novou dimenzi ve vztahu k partnerovi – žena vidí manžela v nové roli otce, manžel vidí svou ženu v nové roli matky. Mateřství je také základem pro nová přátelství s jinými matkami a s rodinami, které mají malé děti.*
2. *Osobní naplnění: Mateřství je pro některé ženy také příležitost k sebevyjádření a osobnímu rozvoji, dodává pocit osobní hodnoty, event. Smysluplnosti života.*
3. *Pokračování rodu: pro některé rodiče je velmi podstatný pocit, že prostřednictvím dětí přesáhne jejich rodina do budoucnosti.*
4. *Rodičovství jako výzva, zdroj podnětů, dává lidem příležitost poznávat sebe i druhého tak, jak by to bez dítěte nebylo možné.*
5. *Rodičovství je známkou dospělosti. Zde je pozoruhodný rozdíl mezi muži a ženami – tento důvod uvádí 79 % žen, ale jen 21 % mužů.*

Rodičovství je považováno v dnešní populaci za důležitou součást identity dospělého člověka. Může být dokonce chápáno i jako nezbytná součást života či jako životní poslání. (Hašková, 2009)

3.3 Rodina

Rodina je běžně užívaným pojmem a existuje celá řada definic, vymezení a pojetí tohoto termínu.

Rodina je nejstarší společenskou institucí, která vytváří emocionální klima, formuje mezilidské vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu. (Průcha, Walterová, Mareš, 2009)

„Rodina, jako nejstarší základní společenská skupina či společenství, nejtěsněji spjatá nejrůznějšími vztahy uvnitř i navenek. Funkcemi, činnostmi zabezpečujícími potřeby svých členů a společnosti jako celku, prochází celou svou historií neustálými změnami co do své velikosti, významu i začlenění do společnosti. Adaptuje se přitom na její nejrůznější proměny či vývojové stupně. Přizpůsobujíc se jim, udržuje život člověka prakticky ve všech jeho sférách a cyklech.“ (Dunovský, 1999, str. 91-92)

Matoušek (2003, str. 9) uvádí, že *„rodina existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Kromě toho, že je rodina biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti.“*

Základním prvkem společnosti je rodina, která má zásadní význam ve vývoji dítěte a jeho výchově. Rodina je považována za ideální prostředí pro uskutečnění reprodukce lidského druhu. (Procházka, 2012)

Z psychologického hlediska Sobotková (2007) pohlíží na rodinu jako na systém, který je složen z dalších subsystémů. Dle jejího názoru jsou rodinné interakce systémově založené. Jedná se o dynamické způsoby komunikace členů rodiny a také o to, jak se členové rodiny navzájem vnímají. Každodenní, opakující se interakční vzorce formují jedinečnou atmosféru rodiny.

Možný (2008) se na rodinu dívá ze sociologického pohledu jako na sociální prvek, jehož hlavním cílem je vytvářet soukromý prostor pro reprodukci populace, který je chráněn před vnějším světem. Pohlíží na rodinu také jako na morfostatickou instituci, která je tvarově neměnná a respektuje svou strukturu.

Rozhodnutí, zda mít dítě, je u současné generace ve srovnání s předchozími velice odlišné. V tradičních rodinách představovaly děti ekonomický přínos, dnes však dítě může pro rodiče představovat obtížnou finanční situaci. Pořít dítě je v dnešní době spíše otázkou

vzájemného rozhodnutí, které je podněcováno psychickými a citovými potřebami partnerů, než bývalo v minulosti. (Giddens, 2000)

Dle Vágnerové (2004) je rodina důležitou sociální skupinou, která plní biologické, ekonomické, sociální a psychologické funkce. Poskytuje svým členům potřebné zázemí a uspokojuje jejich potřeby. Každý člen rodiny má svou určitou roli, která se stává součástí jeho identity.

4 POZDNÍ MATEŘSTVÍ

Tendence výskytu fenoménu pozdního mateřství je vzrůstajícího charakteru. Počet starších matek se každým rokem rapidně zvyšuje. Mateřství žen nad 35 let není novým jevem, ale jeho příčiny jsou v dnešní době jiné, než byly před několika desítkami let. (Sobotková, 2007)

Odkládání rodičovství můžeme pokládat za stav, kdy dochází k prodlužování období dobrovolné či nedobrovolné bezdětnosti. (Hašková, 2006) V dnešní době přibývá žen, které z různých důvodů odkládají mateřství na pozdější dobu. Pod pojmem „pozdní mateřství“ si představujeme mateřství ve věku nad 35 let při narození prvního dítěte. (Bímová, 2007) S tímto názorem souhlasí i autorka Sobotková (2007), která uvádí, že starší matku můžeme definovat jako ženu, která přivede na svět dítě po 35. roce svého života.

Sobotková (2007) uvádí, že se plodné období ženy stále prodlužuje. Dnešní žena ve 35 letech, která uvažuje o těhotenství, je s největší pravděpodobností v lepší fyzické kondici než stejně stará žena v minulosti. Dle výzkumů, jsou rodiče ve středním věku (nad 35 let) oproti mladším rodičům ve výhodě. Ženy jsou sebevědomější, sebejistější a cítí se více autonomně. Muži začínají více oceňovat důvěru, intimitu, dobré vztahy a také péči. Sobotková také tvrdí, že zralost ženy či muže souvisí se schopností lépe vyjadřovat dětem lásku a napomáhat jim ve vývoji v nezávislé bytosti.

Podle Kukli a kolektivu (2016) je pozdní mateřství odložením těhotenství na pozdější dobu z různých důvodů. Kukla se shoduje se Sobotkovou na názoru, že se nejedná o žádný nový jev, ale příčiny tohoto jevu jsou nyní velmi odlišné, než bývaly před několika desítkami let. Počet starších prvorodiček výrazně narůstá.

„V České republice dochází po roce 1990 k progresivnímu zvyšování průměrného věku matky při narození jejího prvního dítěte. Zatím co v roce 1989 byl v České republice průměrný věk matky při narození prvního dítěte 22,5 let, v roce 2000 dosáhl 24,9 let a v roce 2006 to bylo již 26,9 let. Podle údajů Českého statistického úřadu (2015) byl v roce 2014 průměrný věk při narození prvního dítěte 29,9 let. Za 25 let došlo ke zvýšení o 7,4 let. Na Slovensku byl průměrný věk při narození prvního dítěte v roce 2012 29,1 let, v Polsku 26,6, Rakousku 28,7, Maďarsku 27,7 Německu 29,1 let. Nejvyšší průměrný věk prvorodičky, ve věku 30,8 je ve Švýcarsku a Velké Británii.“ (Kozáková a spol., 2015, str. 18)

Biermann a Raben (2006) ve své knize „Maminkou ve čtyřiceti“ uvádí, že pozdní prvorodička, která byla v dřívější době výjimkou, je dnes normální. V posledních desetiletích se podstatně změnil životní styl žen. Již nemusí vykonávat těžké fyzické práce a celkově žijí déle, neboť jsou obecně zdravější. Také se zdokonalila moderní medicína, která pečuje o těhotné ženy.

V tradičních evropských společnostech byl průměrný věk matky, která přivedla na svět své poslední dítě, vysoký (kolem 40 roku ženy). Konec plodného období byl limitován biologicky, avšak s dostupností antikoncepce tento problém pominul, neboť si dnes ženy mohou samy rozhodnout, kdy své dítě chtějí počít a kolik dětí chtějí mít. Stále častěji se tedy setkáváme s jevem, kdy ženy odkládají založení rodiny na pozdější dobu a tím pádem se rodí děti ve vyšším věku rodičů. (Rabušic, 2001)

Lesthaeghe (in Fučík a Chromková, 2014) uvádí, že zatímco v minulosti byla antikoncepce užívána ženami k omezení počtu dětí, tudíž byla využívána staršími páry, které již měly preferovaný počet dětí, v dnešní době je antikoncepce využívána spíše k načasování vhodné doby na rodičovství, tedy k odkladu do pozdějšího věku.

V rozhovoru Martina Dudka s MUDr. Štěpánem Budkou uvedl pan doktor toto tvrzení: *„Z biologického hlediska je pro ženy optimální mít první dítě do 25 let, ale my lékaři víme, že se tento věk nekryje s běžným životem. V 25 letech má většina lidí krátkou pracovní praxi nebo právě vyšli ze škol. Začínají vlastní život, často nemají ani byt a podobně. Po pravdě řečeno, na tohle se ale příroda neptá, tu to nezajímá a biologii nelze překroutit. Kdybychom měli tedy udělat kompromis, současná žena by měla otěhotnět a porodit nejpozději do 30 let. Je to vhodné i pro její celkové zdraví a bezproblémový průběh těhotenství, s vyšším věkem přibývá zdravotních komplikací, například krvácení, přidružené interní choroby či předčasné porody. Není to samozřejmě pravidlem, ale ve věku nad 35 let již ano. Ale průměrný věk žen, který chtějí pomoci s otěhotněním, neustále vzrůstá a první párové konzultace probíhají tak kolem 37,5 let věku ženy, což je hrozné.“* (www.nasepraha.cz, 2019)

4.1 Komplikace spojené s pozdním mateřstvím

Komplikací, které jsou spojené s mateřstvím v pozdějším věku je mnoho, od vývojových vad až po nedobrovolnou bezdětnost či potrat. Biermann a Raben (2006) uvádějí 5 možných rizik vzniku komplikací u pozdního mateřství. První komplikací je dle autorů plodnost. Žena po 30. roce života, která netrpí žádnými vážnými onemocněními, má pouze 20% šanci dosáhnout gravidity po měsíci snažení. Dalšími riziky jsou potrat, postižení

či poškození plodu při porodu, deformace, nemoci v těhotenství a komplikace při porodu. Autoři také uvádí nejčastější onemocnění, které mohou těhotnou ženu v pozdějším věku postihnout, a těmi jsou hypertenze a diabetes mellitus. Tato onemocnění jsou již velmi běžná, a tudíž i bez komplikací léčitelná. Biermann a Raben (2006, str. 44) dále uvádí i riziko čekací doby. Dle statistik se musí žena ve věku 38 let pokoušet otěhotnět téměř dvojnásobnou dobu, což je 14 měsíců, než žena ve 35 letech. Autoři uvádí, že pokud je muž plodný v období ženské plodnosti, tak žena:

- „ve věku 30 let otěhotní již po 3 až 4 měsících;
- ve věku 35 let asi po 7 až 8 měsících;
- ve věku 38 let po 13 až 14 měsících;
- ve věku 42 let teprve po 2 letech.“

Biermann a Raben (2006, str. 44) také tvrdí, že: „Čtyřicetileté ženě, která má pravidelný cyklus a plodného muže, tedy statistika vypočítala vyhlídky na to, že během tří měsíců otěhotní, na 1:6 čili 15 %.“

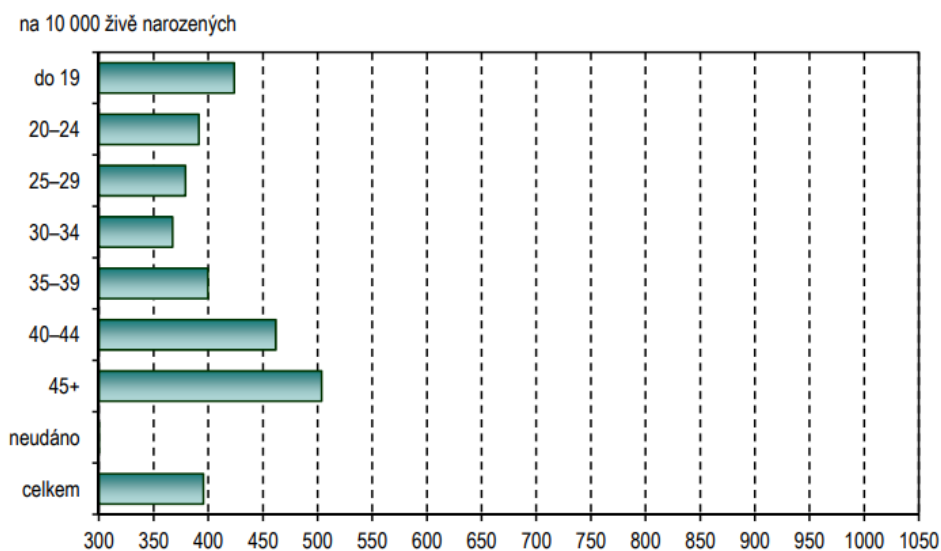
Autorky Šilhová a Stejskalová (2006) tvrdí, že jsou rizika v těhotenství i při porodu ovlivněna tím, že ženský organismus spolu s přibývajícím věkem ztrácí tzv. formu. Na rozdíl od mladé ženy dochází v těle starší ženy k pomalejší regeneraci a existuje tedy nebezpečí, že potíže, které se vyskytnou v průběhu gravidity, budou mít těžší průběh.

Dle Pařízka (2015) je těhotenství starších žen nad 35 let spojeno s vyšším rizikem těhotenských komplikací. Autor uvádí, že: „Po 35. roce života ženy je riziko vývojových vad plodů 1,0 %, po 40. roce 1,8 %, po 45. roce až 6,0 %. Starším ženám se častěji, než mladým matkám rodí děti s Downovým syndromem.“ (Pařízek, 2015, str. 40)

Z výše uvedených důvodů jsou ženy nad 35 let považovány za rizikově těhotné a je jim věnována zvýšená pozornost lékařů. Také je ale nutné zdůraznit i skutečnost, že: „Většina žen může otěhotnět i po pětatřicítce. Bez potratu a bez předčasného porodu. Mají normální krevní tlak a normální hladinu cukru v krvi. Prožijí normální porod a mají děti normální váhy, které se rodí zdravé.“ (Biermann, Raben, 2006, str. 22)

4.1.1 Vývojové vady

Většina odborníků se shodují na tom, že spolu se zvyšujícím se věkem matek narůstá také riziko výskytu vrozených vad u dítěte. To je také podloženo grafem 3 viz níže, který znázorňuje růst výskytu vrozených vad u dětí, které se narodily matkám starších 40 let.

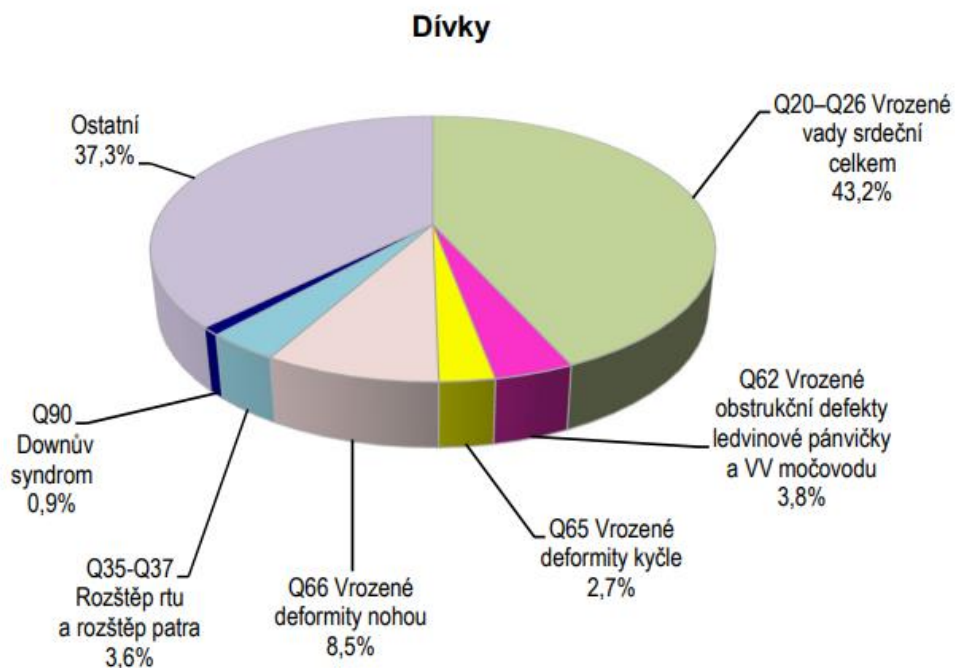


Graf 3: Živě narození s vrozenou vadou podle věku matky, v roce 2015
(zdroj: ÚZIS ČR, 2018)

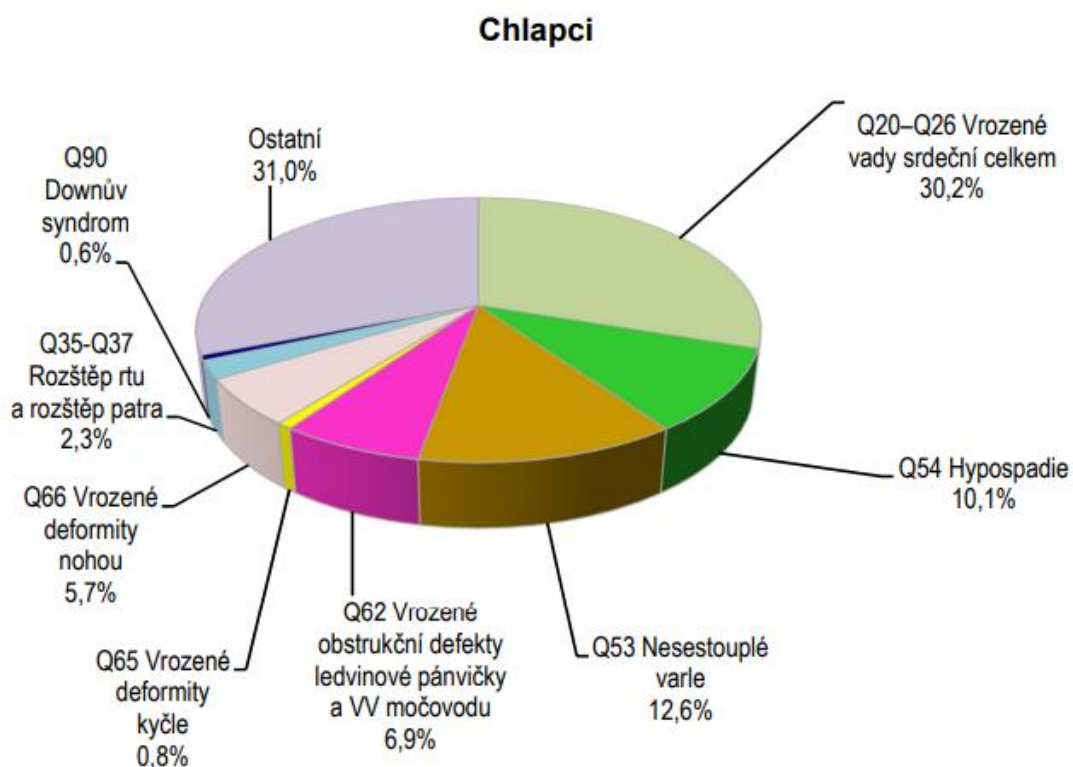
„Šance na výskyt komplikací narůstá po 30. roce věku matky, výrazněji však po 40. roce věku. Děti matek starších 40 let mají 1,35krát vyšší šanci na výskyt komplikací než děti 25-29letých matek.“ (Šídlo, Šťastná, Kocourková, Fait, 2019, str. 165) Autoři také uvádí, že mezi nejčastější vývojové vady, které souvisí s vyšším věkem matky, patří Downův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom a defekty neurální trubice.

Sobotková (2012, str. 160) uvádí, že: „Pro dítě starší matky existuje zvýšené riziko chromozomálních abnormalit, zejména Downova syndromu. Zvláště výrazné je to od 38 let (1:200).“

Na grafech níže, můžeme porovnat výskyt vrozených vad u dívek a chlapců. Při porovnání níže uvedených grafů vidíme, že se u dívek vyskytují vrozené vady srdeční o 13 % více než u chlapců. U dívek je také vyšší výskyt Downova syndromu, rozštěpu rtu a patra, také vrozené deformity nohou a kyčlí. U chlapců je vyšší výskyt vrozených obstrukčních defektů ledvinové pánvičky a vrozená vada močovodů. U chlapců se následně vyskytují i vrozené vady jako jsou nesestouplá varlata či hypospadiie, což je vrozený rozštěp močové trubice na spodní straně penisu.



Graf 5: Struktura vrozených vad u živě narozených dívek, v roce 2015
(zdroj: ÚZIS ČR, 2018)



Graf 6 Struktura vrozených vad u živě narozených chlapců, v roce 2015
(zdroj: ÚZIS ČR, 2018)

4.1.1.2 Downův syndrom

Hájek (2004) uvádí, že 50 % patologických nálezů u těhotných žen ve věku 35 let tvoří trizomie 21, což je Downův syndrom (DS). Autor ve své publikaci „Rizikové a patologické těhotenství“ uvádí, že „*Věk těhotné nad 35 let v době porodu je stále platným indikačním kritériem invazivní prenatalní diagnostiky nebo alespoň indikací ke genetické konzultaci. Riziko porodu dítěte s DS matky 35leté je 1:380 (populační riziko je asi 1:800) a se zvyšujícím se věkem stoupá. Čtyřicetiletá matka má riziko DS asi 1:100.*“ Dále také uvádí, že „*Z absolutního počtu všech těhotenství s DS je jen 20-30 % v kategorii žen nad 35 let. Zbylých 70 až 80 % postižených plodů by se narodilo matkám mladším.*“

Dozvědět se, že se rodičům narodilo dítě s Downovým syndromem je těžké nejen pro samotné rodiče, ale i pro jejich okolí. Nejčastější reakcí rodičů je šok. Selikowitz (2005) uvádí, že touto fází projdou všichni rodiče, kterým bylo oznámeno, že se jim narodilo dítě s Downovým syndromem. Další přirozenou reakcí je nedůvěra, neboli snaha skutečnost popřít, což je jedním z obranných mechanismů člověka. „*Tento druh nedůvěry je ovšem absolutní pouze v první chvíli, rodiče mohou mít dojem, že jejich dítě vypadá normálně a že se lékař mylí. Jakmile však chromozomový test Downův syndrom potvrdí, musí většina rodičů přijmout skutečnost, že jejich dítě má tento syndrom.* (Selikowitz, 2005, str. 17)

Pocit lítosti je další fází, kterou rodiče dítěte s Downovým syndromem mohou procházet. Selikowitz (2005) tvrdí, že se reakce na zprávu, že má dítě Downův syndrom, podobá pocitu žalu ze ztráty milované osoby. Dá se říci, že rodiče truchlí nad ztrátou dítěte, které očekávali. Dalším pocitem, který rodiče prožívají je pocit ochranný, což je základní instinktivní reakce. Autor dále uvádí, že se sice jedná o normální pocit, ale je potřeba si uvědomit, že se tomuto pocitu budou muset rodiče časem bránit, protože by znemožňovali rozvoj dítěte.

Většina rodičů se snaží skrýt skutečnost, že zažívají pocit odporu po zjištění, že má jejich dítě Downův syndrom. Je to opět základní instinktivní reakce. Tato fáze není však nijak dlouhá, díky času který rodiče s dítětem tráví, se rodičovské pouto pomalu utváří. Autor Selikowitz (2005) také uvádí pocit méněcennosti a zahanbení, kdy je pro rodiče narození dítěte s Downovým syndromem jakýmsi ublížením na osobní hrdosti. Tito rodiče mají tendence vyhýbat se společnosti a separovat se od ostatních. Autor uvádí ještě další dva pocity – pocit hněvu a pocit provinění, který je častější u žen, protože si neustále vyčítají chyby, které se během těhotenství staly. Oba tyto pocity mohou vyústit v deprese či pocit beznaděje.

4.1.2 Potrat

Pařízek (2005, str. 120) uvádí, že „samovolný potrat může být časný, když nastal v I. trimestru, anebo pozdní, pokud nastal ve II. trimestru těhotenství.“ Poškození plodu či zárodku, a tím pádem i samovolný potrat, může být důsledkem vnitřních vlivů, kterými jsou např. změny v genech a chromozomech. Mezi zevní vlivy pak můžeme zařadit např. poruchy transportu oplozeného vajíčka, vliv infekce, léků, toxických látek, nedostatek kyslíku apod. Tzv. zamlklý potrat je zvláštní formou potratu, kdy se zastaví vývoj plodového vejce a plod odumře. Žena je v tomto případě však bez obtíží a problém je zjištěn až při ultrazvuku. (Pařízek, 2005)

Potratem (abortus) se rozumí situace, kdy plod po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života současně je jeho porodní hmotnost nižší než 500 g. (Čech, 2014, str. 175)

Nillson (2014) uvádí jako hlavní příčinu potratů chromozomální aberaci (odchylky v počtu nebo tvaru chromozomů), která je způsobena chybou v období meiózy, která se může vytvářet v důsledku vyššího věku matky. Čech (2014) tvrdí, že nejčastějším výskytem je chromozomální trisomie 13, 18 a 21. Takto postižené plody vedou ve 30-60 % k potratu. Dalším rizikovým faktorem, který může vést k potratu je kouření, zvýšený příjem kofeinu, zvedání těžších vah nad 20 kilogramů a za rizikový faktor je považována i noční směna v zaměstnání.

Středa (2013) uvádí, že riziko spontánního potratu s věkem stoupá. U matek do 25 let je pouze 8,9% riziko, že žena potratí, ve 42 letech stoupá toto riziko na 50 % a ve 45 letech je riziko potratu až 74,7 %.

4.1.3 Bezdětnost

Šťastná, Kocourková a Šídlo (2019) uvádí, že nejzřetelnějším dopadem odkládání rodičovství je růst bezdětnosti. Jedná se jak o bezdětnost dočasnou (ve věku do 35 let), tak o bezdětnost trvalou. Autoři ve své knize také uvádí, že bezdětnost může vycházet ze svobodného rozhodnutí jedince, v tom případě se jedná o dobrovolnou bezdětnost. Nedobrovolná bezdětnost následně může vycházet z odkládání rodičovství do vyššího věku.

Hašková (2009) uvádí, že je rodičovství v dnešní době považováno za očekávanou součást životního cyklu a také za symbol dospělosti. Odborníci i média spojují růst počtu bezdětných třicátnic s odkládáním mateřství do pozdějšího věku. K celoživotní bezdětnosti se přikloní jen málokdo.

Dle Sobotkové (2001) nemusí být nedobrovolná bezdětnost pouze biologického původu, tudíž že je jeden z partnerů neplodný. Za neplodnost je považován stav, kdy se výsledek nedostaví ani po roce snahy. Sobotková (2012) také uvádí, že je dnes „neplodnost pokládána za stresující životní okolnost, která vyvolává sérii psychosociálních reakcí. Ovlivňuje životní pohodu člověka a jeho schopnost normálně komunikovat a jednat. V atmosféře běžného společenského očekávání, že manželskému páru se mají narodit děti, je rodičovství chápáno dokonce jako jakási morální povinnost. Pokud toto očekávání není naplněno, pár se začne odlišovat a pociťovat stigmatizující efekt. Výsledkem bývá narušení sebeúcty a negativní sebezpojetí.“

Slepíčková (2017) uvádí, že nejčastějším způsobem řešení biologické neplodnosti je v České populaci asistovaná reprodukce. Při asistované reprodukci totiž dochází k zachování genetické informace rodičů a dítěte.

Ze statistických údajů však vyplývá, že umělé oplodnění pomůže jen 50 % žen mezi 30-35 rokem života a od 30 do 45 let se šance na zplození dítěte snižuje až na 30 %. (Šilhová, Stejskalová, 2006)

4.1.3.1 Reprodukční medicína

Hormonální úprava ovulace

Biermann a Raben (2006, str. 71) popisují léčbu hormonálními tabletami Clomifen, které žena užívá od 3 do 7 dne menstruačního cyklu. Látky, které jsou obsaženy v tabletách působí na podvěsek mozkový za účelem vyšší produkce hormonů. Hormonální léčba tabletami je považována za nejjemnější způsob pomoci, ale není 100% efektivní, oplození může vyjít až v několikátém cyklu nebo vůbec ne, a z toho důvodu se používají i další masivnější způsoby hormonální léčby (FSH – folikulostimulační hormon, hCG – hormon choriongonadotropin). Po léčbě tabletami Clomifen dochází častěji k narození dvojčat.

Inseminace

„Hormonální inseminace je postup, při němž se semeno partnera přímo dopraví do dělohy budoucí matky. Je to jednoduchý a bezbolestný zákrok, který se běžně provádí v gynekologických zařízeních.“ (Biermann, Raben, 2006, str. 71) Inseminace může být buď homologní, což je inseminace partnerem a nebo heterologní, což je inseminace neznámým dárce.

Fertilizace in vitro (IVF)

Fertilizace in vitro (IVF) znamená oplodnění ve zkumavce, které jako první provedl Louis Brown v roce 1977. IVF doporučují lékaři párům, kteří se již rok snaží neúspěšně o dítě. Autoři Biermann a Raben (2006, str. 73) popisují postup oplodnění IVF: „*Při laboratorním oplodnění dostane žena nejprve potřebné hormony. Vaječníky se jimi povzbudí tak, že uzraje více zárodečných buněk najednou. Těsně před ovulací se pak provede punkce, odeberou se vajíčka a ve zkumavce (in vitro) jsou oplodněny (fertilizace) spermiemi příslušného partnera.*“ Dále autoři popisují: „*Jeden až dva dny po úspěšné fertilizaci se morula (osmibuněčné embryo) dopraví ženě jemným katetrem do dělohy.*“ Je pouze 15–20% šance, že oplodnění vyjde na první pokus a po třetím pokusu se tyto šance ještě snižují.

ICSI

ICSI znamená intracytoplazmatická injekce spermií. Pro tuto metodu stačí pouze jedna živá spermie, která se pomocí jehly vpraví do zárodečné buňky. Jestliže se oplození buňky podaří, vsadí se embryo do dělohy ženy. Velkou výhodou této metody je to, že i když nemá muž semenné buňky, můžou být získány i z tkáně varlat nebo nadvarlat. (Biermann a Raben, 2006)

4.1.3.2 Dobrovolná bezdětnost

„*Dobrovolnou bezdětností nazýváme skutečnost, kdy se manželé vědomě brání početí s cílem, aby během svých plodných let nezplodili dítě, aby jejich manželství zůstalo bezdětné.*“ (Rabušic, 2001, str. 168)

Dobrovolná bezdětnost je dle názoru Možného, Rychtaříkové a Pikáلكové (2006) jakýmsi životním stylem, který nemusí být vnímán ženou jako konečný stav, ale spíše jen jako životní fáze, která se stále prodlužuje, až se z ní stane stav definitivní. Tento fakt se jeví jako rizikový faktor, který přispívá k pozdnímu mateřství. Možný (2008) uvádí, že nejčastějším typem rodiny je rodina s jedním dítětem, ale díky dostupnosti antikoncepce je možná i naprostá bezdětnost.

Hašková (2009) uvádí, že bezdětnost může být také spojena s věkem obou partnerů. Autorka (2009, str. 83) tvrdí, že: „*jsou ve vyšším věku lidé zpravidla méně ochotní k investicím do rodičovství.*“

V posledních letech zažívá rozmach po celém světě, a to především mezi mladými lidmi, hnutí Childfree. Jedná se skupinu dobrovolně bezdětných lidí, kteří sdílejí stejnou myšlenku nemít děti. V roce 1984 vznikl neziskový sociální klub No Kidding! jehož česká

pobočka vnikla v roce 2008. Hnutí Childfree usiluje o normalizaci bezdětnosti, a to včetně toho, že i lidé, kteří spolu žijí, mohou být považováni za rodinu. Hlavním důvodem pro bezdětnost uvádějí členové tohoto hnutí obavu z klimatické krize. (Dobšínská, 2021)

4.1.5 Komplikace během těhotenství

U matek nad 30 let je větší pravděpodobnost onemocnění gestačním diabetem, které se rozvíjí v průběhu těhotenství. Toto onemocnění může vést ke komplikacím jak u matky, tak u plodu. (Šilhová, Stejskalová, 2006)

Další komplikací během těhotenství, ale i po porodu, může být žilní trombóza nebo plicní embolie. Karetová, Jenišová a Skalická (2020) uvádí, že: „*Žilní trombóza a plicní embolie (trombembolická nemoc – TEN) jsou během těhotenství a šestinedělí naštěstí poměrně vzácnými stavy, nicméně jsou důležitými příčinami morbidit i mortality u žen v reprodukčním věku (postihují 0,05–0,2 % těhotných). Těhotenství i při celkově nízkém absolutním riziku zvyšuje riziko vzniku trombózy minimálně čtyř až pětinasobně, přičemž pouze ve 20 % jde o trombózu v arteriálním řečišti, ve většině případů jde o trombózu žilní. Fatální plicní embolie je pátou nejčastější příčinou úmrtí žen v souvislosti s těhotenstvím. Největší riziko vzniku žilní trombózy (a případně komplikující plicní embolie) je v posledním trimestru těhotenství a zejména postpartálně. Tedy zatímco v rozvojových zemích je hlavní příčinou úmrtí rodiček krvácení, ve vyspělých jde o trombembolické příhody.*“

Vysoký krevní tlak je jedním z nejčastějších problémů, které se vyskytují v těhotenství. Z tohoto důvodu je vždy těhotným ženám při kontrole měřen krevní tlak. „*Výskyt hypertenze v těhotenství, a to chronické i vzniklé v graviditě, v posledních letech stoupá ve všech rozvinutých zemích. A to zejména kvůli zvyšujícímu se věku rodiček, narůstajícímu výskytu obezity a přidružených onemocnění (jako jsou diabetes, renální či endokrinologická onemocnění). Průměrný věk rodiček v ČR v roce 2017 byl 30,2 let (v Jihomoravském kraji a v Praze dokonce 31,1 let) a za posledních 25 let se prodloužil o 6 let. Výrazně narůstá i počet porodů u žen starších 35 let. V roce 2017 byla každá pátá těhotná starší 35 let. Přitom ve věku nad 35 let se vyskytuje arteriální hypertenze 3× častěji než u 20letých.*“ (Vysočanová, Floriánová, Špinar, 2018) Autoři také uvádí, že hypertenze komplikuje 5-10 % těhotenství, které vedou k mateřské a novorozenecké úmrtnosti či poškození.

„*Klasifikace hypertenze v těhotenství rozlišuje, zda se jedná o hypertenzi, která těhotenství předcházela, nebo je to stav specifický pro těhotenství („gestační hypertenze“). Preexistující hypertenze se vyskytuje se stoupající prevalencí podle věku těhotných (1–5 %).*

S gestační hypertenzí se setkáváme u 6–7 % těhotenství, většinou až v 3. trimestru, a po porodu v průběhu šestinedělí mizí.“ (Vysočanová, Floriánová, Špinar, 2018)

Onemocnění, které se vyskytuje pouze v těhotenství je preeklampsie. Jedná se o velmi závažné onemocnění, které souvisí s činností placenty. „*Vyskytuje se u 10-14 % prvorodiček a v 5-7 % u vícero-diček. V 70 % se vyskytuje v těhotenství, u 30 % žen se může projevit až po porodu. Dokonce až ve 22 % se může projevit u dcer žen, které preeklampií trpěly a u 35 % žen, jejichž sestry toto onemocnění měly.*“ (www.prediko.cz) Preeklampsie vzniká z důvodu nerovnováhy mezi látkami, které se nachází v krvi těhotné ženy. Dochází k poškození a zúžení cév, po kterém dochází k vzestupu krevního tlaku, úniku bílkovin do moči a otékání horních i dolních končetin.

Krvácení patří mezi další komplikace v těhotenství. Hájek (2004) rozlišuje krvácení v časně graviditě (před 20. týdnem) a krvácení pozdní, které se vyskytuje po 20. týdnu gravidity. Krvácení v časně graviditě se objevuje v ¼ případů. V prvním trimestru se jedná v 10-15 % o graviditu ektopickou (mimoděložní těhotenství) a v 30 % je krvácení známkou samovolného nebo zamklého potratu. Hájek také uvádí, že krvácením v časně graviditě trpí převážně ženy staršího věku.

Krvácení pozdní je komplikací u 2-5 % těhotenství, jehož příčinami jsou včasná placenta (31 %), což je patologické uložení placenty v děloze, předčasně odloučená placenta (22 %) nebo ostatní příčiny jako jsou např. tumory, infekce, záněty a další (47 %). Všechny tyto komplikace jsou většinou častější u matek vyššího věku nebo u matek, které kouří. (Hájek, 2004)

4.1.4 Komplikace při porodu

Na průběh porodu mohou mít negativní vliv děložní myomy, což jsou nádory děložní svaloviny, které nejsou zhoubné. U žen ve vyšším věku byl potvrzen vyšší výskyt těchto útvarů. Během života se nemusí jejich přítomnost projevit, ale během těhotenství nebo při porodu mohou nadělat velké škody. Myomy se mohou zvětšovat následkem stimulace estrogeny a mohou zasahovat do porodních cest, což zkomplikuje přirozený fyziologický porod a je nutné přistoupit k invazivnímu císařskému řezu. (Šilhová, Stejskalová, 2008)

Richards (2016) uvádí, že u porodu starších žen je největším rizikem přímo souvisejícím s porodem to, že ve většině případů končí císařským řezem. U žen ve věkové skupině 25-34 let je 20% šance, že dojde k ukončení gravidity císařským řezem. U rodiček ve věku 35-39 let stoupá tato šance na 25,9 %, ve věku od 40 do 44 let dosahuje nebezpečí císařského řezu 30,9 %.

U žen ve věku 45-49 let je riziko 35,7 % a věkové skupiny po 50. roce a více, mají téměř 61% šanci, že budou rodit císařským řezem.

Dle Jolly a spol. (2000) se u porodu objeví komplikace, které jsou často následkem onemocnění, které trvá již delší dobu. U žen vyššího věku se objevují komplikace u porodu častěji právě z tohoto důvodu. Po 35. roce věku matky narůstá riziko operativního porodu, který může skončit císařským řezem.

Do komplikací při porodu můžeme zařadit i předčasný porod. Biermann a Raben (2006, str. 140) jej definují takto: „*Za předčasný porod pokládáme takový porod, který se odehraje mezi 23. a 37 týdnem a za nějž spatří světlo světa dítě o porodní váze nižší než 2500 gramů.*“ Autoři, také uvádí, že ženám starším 35 let nehrozí riziko předčasného porodu více než mladým matkám. Toto tvrzení však vyvrací Hašlík (2013), který tvrdí, že riziko předčasného porodu u žen 30 až 35 let je 4,5 % a u žen 35 až 39 let stoupá na 5,6 %. Stoupá však v souvislosti s výskytem onemocnění, které v těhotenství provází spíše starší než mladší matky.

4.1.5 Komplikace po porodu

Mezi nejčastější problémy po porodu, které se vyskytují u starších žen, patří vznik karcinomu prsu. Šilhová a Stejskalová (2006) uvádí, že dle mnohých studií mají ženy, které porodí po 30. roku života, vyšší šanci na vznik karcinomu prsu oproti ženám do 20 let. Může se jednat až o trojnásobné zvýšení rizika, pokud je prvorodičce více než 34 let. Dle nových studií bylo prokázáno, že: „*Pokud matky živí své dítě z prsu, riziko rakoviny se výrazně sníží, ačkoli poprvé rodily ve vyšším věku nebo přivedly na svět malý počet potomků.*“ (www.novinky.cz)

5 FAKTORY VEDOUcí K ODLOŽENí MATEŘSTVÍ

Dle Kukli a kolektivu (2016) rodiče, či jen matky, odkládají těhotenství z mnoha důvodů, např. důvody ekonomické, sociální, studijní, bytové nebo cestovatelské. Bímová (2007) tvrdí, že při rozhodování o pořízení dítěte hrají roli tyto faktory: výchova v rodině, sourozenecká konstelace a sociální tlaky. Bímová (2007, str. 37) také tvrdí, že „*Mezi psychologické aspekty ovlivňující pozdní rodičovství je zařazen osobnostní vývoj, dále motivace k rodičovství a manželství, psychologické a sociální tlaky a pozitivní a negativní stránky rodičovství.*“

Chaloupková (2008) uvádí, že sociologové z celého světa poukazují na příklady životních drah. Lidé plánují důležité životní události, které jsou spojeny s jejich věkem (např. svatba, nástup do práce, pořízení dítěte). V každé zemi se pohled na životní dráhy liší a nejvíce zkoumanou oblastí je právě plánování dítěte.

Dle Sobotkové (2012) je u žen, které záměrně odkládají mateřství, dlouhodobě přítomen úmysl stát se matkou, ale k realizaci nedochází a mateřství je tedy stále odkládáno. Autorka uvádí tři důvody, proč ženy mateřství odkládají: připravenost (emocionální jistota), profese a finanční jistota.

Z výsledků výzkumu Kozákové a spol. (2015) vyplývá, že nejčastějším důvodem odložení mateřství je výběr vhodného partnera. Tuto variantu uvedlo 42,4 % matek. Druhým nejčastějším důvodem byl u 36,5 % matek problém s otěhotněním. Důvody odložení mateřství do pozdějšího věku jsou tedy zejména sociální, psychologické a zdravotní.

Hašková (2009) rozšiřuje výše uvedené faktory o tři další, které vedou k odložení mateřství, a těmi jsou: velikost a místo bydliště, bytové podmínky a náboženské vyznání. Hašková (2009, str. 78) uvádí, že: „*Velikost místa bydliště souvisí také s preferencí menšího počtu dětí. Lidé z větších měst preferují menší počet dětí než lidé z menších měst a obcí. Ohledně bytových podmínek uvádí autorka, že: „Mezi bezdětnými ženami je více žen svobodných a méně žen vdaných než mezi matkami, a proto je logické, že je mezi bezdětnými také vyšší podíl těch, které bydlí (dosud) v rodičovském domě/bytě, a menší podíl těch, které bydlí v domě/bytě, jehož hlavní uživatelkou jsou ony samy.*“ (Hašková, 2009, str. 81) Náboženské vyznání je dalším faktorem, který může ovlivnit rozhodnutí o mateřství. Hašková tvrdí, že může být v dnešní době značně obtížné najít partnera stejného náboženského vyznání, se kterým by se žena shodla na náboženské výchově dětí a případně i na odložení sexuálního života až do sňatku.

5.1 Sociální vlivy

Bímová (2007) tvrdí, že je na ženy po 30. roce věku vytvářen společenský tlak, aby si pořídily dítě. Tento tlak může být jak přímý (verbální), tak nepřímý a ve většině případů je žena tímto tlakem negativně ovlivněna a dítě si spíše nepořídí.

Také Sobotková (2007) píše, že existují společenské tlaky jak sociální, tak psychologické. Psychický tlak vnímají především ženy, které děti chtějí, ale nedaří se jim otěhotnět. Tyto ženy popisují pocity ztráty, zlosti a cítí se ukřivděny. Očekávání rodiny a nejbližších je sociálním tlakem, který často ovlivňuje rozhodování o počtu dětí. Tento sociální tlak pocítují především jedinci, kteří nemají sourozence, neboť jsou jediní, kteří mohou udržet rodinnou linii.

S odstupem času je názor obou výše uvedených autorek více méně vyvrácen, např. specialistou na umělé oplodnění MUDr. Štěpánem Macháčem, který napsal pro článek Institutu sociální politiky a výzkumu, že: *„Mizí tlak nejbližší rodiny na to mít dítě v mladém věku, což je dáno i stěhováním mladých lidí do velkých měst a satelitů. Jejich motivace pak ovlivňuje spíše pracovní prostředí typu „všechny kolegyně už mají dítě“ namísto babičky, která se pravidelně ptá, kdy se může těšit na vnouče.“* (www.socialnipolitika.eu, 2019)

Sobotková (2012, str. 157) uvádí sedm obětí rodičovství:

1. *„Zpomalení kariéry matky.*
2. *Finanční znevýhodnění.*
3. *Omezení osobní svobody – péče o dítě zvláště v útlém věku znamená vysoké nároky limitující životní styl ženy. Velká mezinárodní studie, jejíž součástí byl britský výzkum, identifikovala ztrátu osobní svobody jako hlavní důvod odkládání mateřství.*
4. *Dopad na manželský vztah – ten uvádí po narození dítěte asi 50 % párů, zejména negativní vliv vyčerpanosti a případné emocionální labilitu ženy na sexuální život.*
5. *Rodičovství je nezvratné rozhodnutí, nelze je vzít zpět.*
6. *Některé ženy a muži se obávají, že by nebyli dobrými rodiči.*
7. *Některé páry nechtějí přivést děti na svět, kde hrozí nukleární konflikt a kde jsou další vážné globální problémy.“*

Vlivem porovnávání se se svými vrstevnicemi, které již mají děti, je na ženu vyvíjen společenský tlak. „*Někdejší přátelské skupiny se vlivem rodičovství rozpadají nebo se jejich společné aktivity mění na aktivity zaměřené na děti. K věku ženy také směřují komentáře okolí, reagující na bezdětnost, zvláště pokud je vnímána jako dobrovolná.*“ (Slepičková, 2015, str. 67)

5.2 Hledání životního partnera

Hledání toho pravého partnera pro život je považováno za jeden z hlavních důvodů pro odklad mateřství. Jak uvádí Biermann a Raben (2006), každá žena by chtěla raději dítě se stálým partnerem, než aby se stala samoživitelkou. Ženy si totiž dobře uvědomují, jak těžké je být samoživitelkou. Autoři také tvrdí, že byl u dřívějších generací 69% výskyt párů přesahující věkovou hranici 30 let, kteří žili v manželství. V dnešní době je pouze 16 % párů nad 30 let v manželském svazku.

Veselý (2005) tvrdí, že je v dnešní době spousta možností a příležitostí něco prožít. Mladí lidé tudíž nehledají dlouhodobé vztahy a nejsou schopni v nich ani setrvávat. Až po 30. roce přichází velká touha po dítěti. Ženy jsou ve většině případů v hledání ideálního partnera velmi náročné a mají vysoká očekávání a muži, kteří by tato očekávání splňovali, jsou již pravděpodobně zadaní.

Biermann a Raben (2006, str. 29) tvrdí, že: „*Ve srovnání s generací našich rodičů se dnes dříve vzdáváme pokusů o nalezení partnera na celý život. Z životních druhů se stále častěji stávají druhové po určitou životní etapu.*“ Dále také uvádí, že existují dlouholeté milostné vztahy, i přesto, že jeden z partnerů nebo oba dva tuší, že si nejsou sobě navzájem „těmi pravými“. Tvrdí, že některé ženy potřebují zažít léta nepříjemných zkušeností, než zjistí, co vlastně chtějí.

Dle výzkumu zaměřeném na starší matky mívají starší ženy častěji mladší partnery. Matky, které rodí po 40. roce svého života mají partnery, kteří jsou v průměru o 3 roky mladší. (Sobotková, 2007)

Vymětalová (2000, str. 100) uvádí, že: „*Preferenci vlastností (potenciálního) životního partnera významným způsobem souvisejí se základními socio-demografickými charakteristikami každého jedince (věkem, sociální postavením, ekonomickou situací).*“ Autorka dále také tvrdí, že „*Poznání vlastností, které se dají z hlediska představ o ideálním životním partnerovi považovat za prioritní, tak výrazným způsobem napomáhá k pochopení širších souvislostí nejen „rodinného chování“ dnešní mladé generace.*“

5.3 Vzdělání a kariéra

„Ženy, které odkládají mateřství, mají většinou vyšší vzdělání, žijí a pracují ve městě, budují nejdříve svou profesní pozici, kariéru. Je zajímavé, že starší matky samy jen málokdy vysvětlují odložení svého mateřství právě profesními důvody. V britském vzorku matek nad 40 let jen 5 % uvedlo tzv. kariérové důvody jako příčinu svého pozdního mateřství.“ (Sobotková, 2012, str. 155) Autorka se také zmiňuje, že největší problém s rozhodováním, kdy mít děti, mají ženy zaměstnané ve školství, výzkumu či ve vědě. Tyto ženy totiž vnímají přestávky kvůli těhotenství jako zpomalení v profesním rozvoji. Co se týče vzdělání, tak Sobotková uvádí, že ženy s vysokoškolským vzděláním odkládají mateřství častěji, než ženy bez vysokoškolského vzdělání. Celkově mají tyto ženy méně dětí a nebo dokonce nemají dítě žádné.

„Vzdělání působí jako faktor odkladu rodičovství mnohem více u žen než u mužů. Obecně je u žen časování mateřství mnohem více závislé na životní situaci, u mladších žen hraje efekt vzdělání a vzdělávání větší roli, efekt se s narůstajícím věkem zmenšuje.“ (Fučík, Chromková, 2014, str. 37)

Kleňhová (2015) uvádí, že jedním z důležitých faktorů odkládání mateřství jsou širší možnosti vzdělání v porovnání s minulými generacemi. U žen se prodlužuje celková délka studia, vstupují do terciálního vzdělávání dokonce častěji než muži a z toho důvodu odkládají mateřství až po dokončení vzdělání a nalezení práce. Podle statistik z minulých let, ženy tráví studiem v průměru 19 let svého života.

Hašková (2010, str. 69) ve své práci uvádí, že *„s dosažením vyššího vzdělání je spjat také relativně pozdější vstup na trh práce (a tak i později dosažená ekonomická nezávislost) a relativně pozdější vstup do manželství a zakládání vlastní domácnosti. Kromě toho mají ženy s vyšším vzděláním větší ambice na pracovním trhu a častěji jsou zapojeny do referenčních skupin, v nichž je rodičovství v pozdějším věku nejen více akceptováno, ale také realizováno. Tyto okolnosti pak u žen s vyšším vzděláním přispívají k plánování menších rodin i k pozdějšímu zahájení rodičovství.“*

Studovat vysokou školu a zároveň vychovávat dítě považuje Helus (2015) za stále obtížnější. Autor tvrdí, že vždy bude jedno nebo druhé postrádat plné nasazení a soustředění ženy. Z toho důvodu ženy, které chtějí vyšší vzdělání, odkládají mateřství do vyššího věku.

„Tradiční model muže živitele a matky pečovatelky je navzdory dnešnímu vyššímu vzdělání žen hluboce zakořeněn v mnoha a mnoha rodinách. Rozhodnout se mezi dítětem

a povoláním, k tomu nutí ženy právě ti jejich kolegové a nadřízení, pro něž je tradiční varianta rozdělení rolí samozřejmá. Většina žen, které mají první dítě později, má kvalifikované zaměstnání.“ (Biermann a Raben, 2006, str. 35) Ve většině případů se jedná o ženy na pozicích lékařka, žurnalistka, učitelka, advokátka nebo vědecká pracovnice. Biermann a Raben (2006, str. 39) dále uvádí, že: *„Povolání a pracovní místo se pro mnoho žen staly natolik důležitými, že otázku dítěte odsouvají na pozdější dobu.“*

Možný (2008, str. 191) poukazuje na možnost, že *„až polovina z mladých žen, které prošly českými univerzitami v devadesátých letech, nepozná radost rodičovství: zůstanou celoživotně bezdětné.“* Autor také uvádí, že: *„Ženy, kterým na jejich povolání a nepřerušené kariéře opravdu záleží, se stále častěji rozhodují pro bezdětnost.“* (Možný, 2008, str. 194) Vše je tedy spojeno s tlakem společnosti na vysokou produktivitu žen, což jim komplikuje zažít pohodlné mateřství v kombinaci se zaměstnáním.

5.4 Zdravotní komplikace

Bímová (2007) uvádí, že zdravotní komplikace a jejich výskyt v životě ženy mohou oddálit těhotenství na pozdější dobu. Zdravotní komplikací může být například neplodnost jednoho z partnerů.

Dle Šilhové a Stejskalové (2006) může být velkým problémem také obezita, která se vyskytuje převážně u žen, které mají sedavé zaměstnání a nevyvažují jej sportovní aktivitou. Čím je žena starší, tím hůře se přebytečná kila shazují a dochází ke zdravotnímu riziku, které může vést k neplodnosti. Obezita u žen ve vyšším věku může být tedy velkým rizikem. Autor Hájek (2004) uvádí, že 52 % pacientek, které jsou léčeny kvůli neplodnosti, je obézních.

Biermann a Raben (2006, str. 53) vyjmenovaly 6 nejčastějších poruch, které lékaři nalézají:

1. *„u 40 % hormonální poruchy (např. chybění ovulace nebo slabost „žlutých tělísek“),*
2. *u 20 % neprůchodné vejcovody (jako následek dřívějších zánětů),*
3. *u 10 % děložní myomy,*
4. *u 10 % endometriózu,*
5. *u 10 % poruchy složení poševního hlenu,*
6. *u 10 až 20 % žádnou poruchu, která by byla z lékařského hlediska vysvětlitelná.“*

5.5 Psychická připravenost

Moss (2015) uvádí další důvod odkladu těhotenství na pozdější dobu, a tím je psychická připravenost žen na roli matky. Skutečnost, že by musely vychovávat a pečovat o dítě je může i děsit.

„Za nejednou úvahou a pochybností, zda mít dítě, či ne, se koneckonců skrývají nepřiznané úzkosti, mimo jiné z toho, že:

- *prostě nezvládneme být dítěti trvale k dispozici;*
- *se budeme muset vzdát svobody;*
- *se kvůli dítěti budeme muset v lecčem omezit;*
- *se definitivně připoutáme k dítěti a muži, příp. ženě.“* (Biermann a Raben, 2006, str. 41)

Endrychová (2015) tvrdí, že za rozhodnutím odložit mateřství může stát to, že se žena na roli budoucí matky zkrátka ještě necítí.

Biermann a Raben (2006, str. 43) uvádí, že mají rodiče úzkosti z toho, že:

- *„prostě nezvládneme být dítěti trvale k dispozici;*
- *se budeme muset vzdát svobody;*
- *se kvůli dítěti budeme muset v lecčem omezit;*
- *se definitivně připoutáme k dítěti a muži, příp. ženě.“*

6 MEZINÁRODNÍ POROVNÁNÍ

Z údajů z databáze Eurostatu v období 2011-2021 můžeme srovnávat úhrnnou plodnost v různých zemích (celkem 35 zemí). Nejvyšší úhrnnou plodnost v roce 2021 měla Francie s 1,84 dítěte na jednu ženu. V porovnání s nejnižšími známými daty úhrnné plodnosti, které jsou 1,13 na Maltě je rozdíl mezi těmito státy 0,71 dítěte na jednu ženu.

Česká republika je dle dat Eurostatu v roce 2021 druhou nejplodnější zemí. Těsně za Českou republikou nalezneme Island s úhrnnou plodností 1,82 dítěte na jednu ženu. Slovensko najdeme na 10. místě s 1,63 dítěte, Německo na 17. místě s 1,58 dítěte, Rakousko na 23. místě s 1,48 dítěte a Polsko na 31. místě s 1,33 dítěte na jednu ženu.

Z dat Eurostatu v období 2011-2021 můžeme také vysledovat trend porodnosti ve vyšším věku ženy. V roce 2011 byly nejstarší prvorodičky v Irsku (31,5 let), zato Moldávie měla v průměru prvorodičky nejmladší, a to ve věku 26,8 let. V České republice bylo prvorodičkám v roce 2011 průměrně 29,7 let, na Slovensku a v Polsku byl věk prvorodiček o 1,1 roku nižší a to 28,9 let. V Rakousku a Německu byly prvorodičky naopak starší než v České republice. V Rakousku bylo v průměru prvorodičkám 30 let a v Německu 30,5 let.

I přes desetiletý rozdíl jsou v Irsku i v roce 2021 stále prvorodičky nejstarší, a to ve věku 32,7 let. Nejmladší prvorodičky z Moldávie však v roce 2021 vystřídaly prvorodičky z Bulharska ve věku 27,9 let. Slovenské ženy mají stále i po 10 letech stejný průměrný věk při narození prvního dítěte a to 28,9 let. V Polsku již věk prvorodiček vzrostl o 1,0 let a v České republice z 29,7 na 30,4 let (o 0,7 let), jak bylo zmíněno již výše. V Německu vzrostl věk stejně jako v Polsku o 1,0 let a v Rakousku dokonce o 1,2 let. Celosvětově věk prvorodiček stoupá a dle predikcí stoupat nadále bude. (Eurostat, 2023)

EMPIRICKÁ ČÁST

7 CÍL VÝZKUMU

Jak je patrně zřejmé z teoretické části, tak se diplomová práce zabývá problematikou a výzkumem jednoho z mnoha fenoménů této doby, a to pozdním mateřstvím.

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat faktory, které vedou ženy k odložení mateřství na pozdější dobu.

8 METODIKA PRÁCE

8.1 Použité metody

Výzkum byl realizován v období od 5. 4. 2023 do 7. 4. 2023 a byl koncipován jako kvantitativní typ šetření. K získání potřebných dat byla zvolena metoda anonymního dotazníku. Tato metoda byla zvolena z toho důvodu, že se jedná o téma, které může být pro některé respondentky citlivé a sběr dat je díky dnešním technologiím velice rychlý.

Sběr dat proběhl elektronicky prostřednictvím Google forms, který byl následně vložen na webovou stránku www.emimino.cz a do soukromé facebookové skupiny, ve které jsou pouze ženy. Tyto dvě platformy byly pro výzkum zvoleny z toho důvodu, že se na nich pohybují převážně ženy v početném množství.

Dotazník byl rozdělen na 3 části:

V první části byl krátký uvítací text, ve kterém byly respondentky seznámeny s tématem výzkumu a byly informovány o využití jejich odpovědí v dotazníku. Respondentky byly upozorněny na skutečnost, že je dotazník zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné.

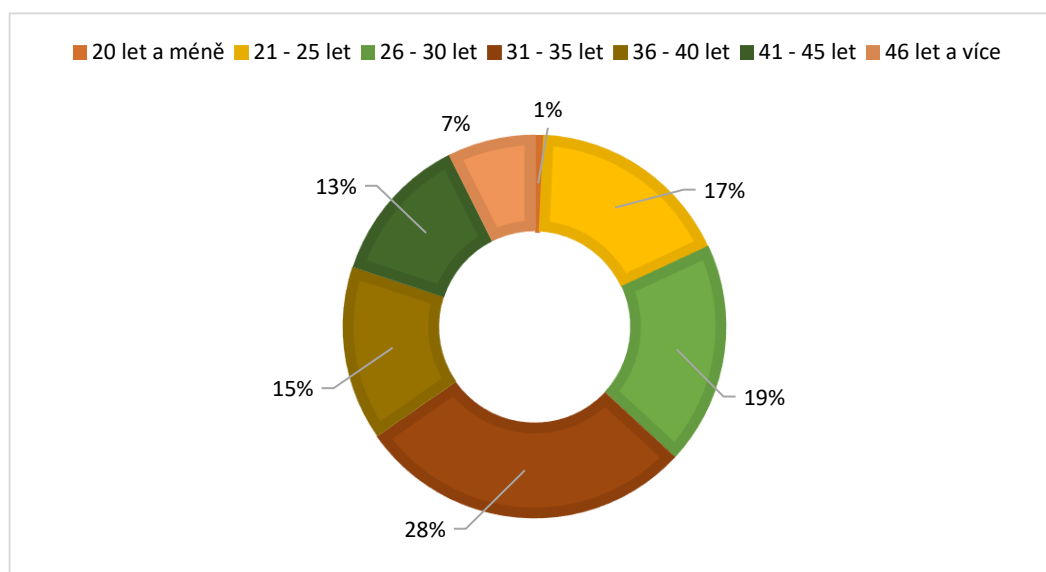
Druhá část byla věnována sociodemografickým údajům, jako je pohlaví, věk, velikost obce, rodinný stav, nejvyšší dokončené vzdělání, zaměstnání apod.

Ve třetí části byl pro zjištění faktorů vedoucí ženy k odložení mateřství vytvořen dotazník o 29 položkách. První sektor třetí části dotazníku tvořilo 8 otázek, které byly zaměřeny na partnera ženy. K tomuto sektoru měly přístup pouze ty ženy, které v druhé části dotazníku uvedly, že mají partnera. Další 3 otázky byly zaměřeny na přijatelné důvody pro těhotenství či naopak pro bezdětnost. Poté následovala otázka, zda respondentka má či nemá dítě. Následující sekce o 14 otázkách byla věnována ženám, které již dítě mají. Zbývající 3 položky byly věnovány ženám, které dítě ještě nemají.

Pro potřebu výzkumu bylo v průběhu sběru dat obdrženo 271 vyplněných dotazníků. Účastnice výzkumný dotazník vyplňovaly dobrovolně a souhlasily s anonymním zpracováním a využitím dat pro diplomovou práci. Všechny otázky v dotazníku byly povinné, a proto nebyl žádný dotazník vyřazen z důvodu chybějících dat.

8.2 Charakteristika výzkumného souboru

Soubor respondentů byl tvořen 271 ženami ve věku od 20 let a méně do 46 let a více viz graf 6. Největší zastoupení mají ženy ve věku 31–35 let (77 = 28 %). Naopak nejmenší zastoupení žen je ve věku 20 let a méně (2 = 1 %).



Graf 7: Věkové zastoupení respondentek

Co se týče nejvyššího dokončeného vzdělání, bylo nejpočetněji zastoupeno vysokoškolské vzdělání. Celkem šlo o 157 respondentek, což je 57,9 %. Druhým nejpočetnějším vzděláním bylo středoškolské vzdělání s maturitou v počtu 74 respondentek (27,3 %). Nejmenší zastoupení mělo základní vzdělání, a to pouze 4 respondentky (1,5 %).

Z hlediska zaměstnání bylo 143 respondentek (52,8 %) v zaměstnaneckém poměru, 74 respondentek uvedlo, že je na mateřské či rodičovské dovolené. 26 respondentek, což je 9,6 %, jsou osobami samostatně výdělečně činnými. Následujících 21 respondentek (7,8 %) studuje a 7 respondentek (2,6 %) je nezaměstnaných.

Respondentek žijících v obci o velikosti 100 000 – 299 999 obyvatel bylo nejvíce, a to 80 (29,5 %). Obce s méně než 4 999 obyvateli byly druhé nejpočetnější – 65 respondentek (24 %). Nejméně respondentek žije v obci s 5 000 – 19 999 obyvateli (19 respondentek, 7 %).

Téměř polovina respondentek (123 = 45,4 %) žije ve vlastním bytě nebo domě. 86 respondentek (31,7 %) žije v podnájmu a 40 respondentek (14,8 %) žije v bytě nebo domě, který vlastní jejich partner. Pouze jedna respondentka uvedla, že žije na školských kolejích a 6 respondentek (2,2 %) bydlí s přáteli v podnájmu. Posledních 15 respondentek (5,5 %) žije u rodičů.

Co se týče náboženského zastoupení je převážná většina respondentek nevěřících, tudíž ateistek (77,9 %). Křesťanského vyznání je 18,8 % respondentek a jiného, než křesťanského vyznání je 3,3 % respondentek.

Vdaných respondentek je o 5 více (128 = 47,2 %) než respondentek svobodných (123 = 45,4 %). Rozvedených respondentek je 20, což je 7,4 %. Žádná z respondentek není vdovou.

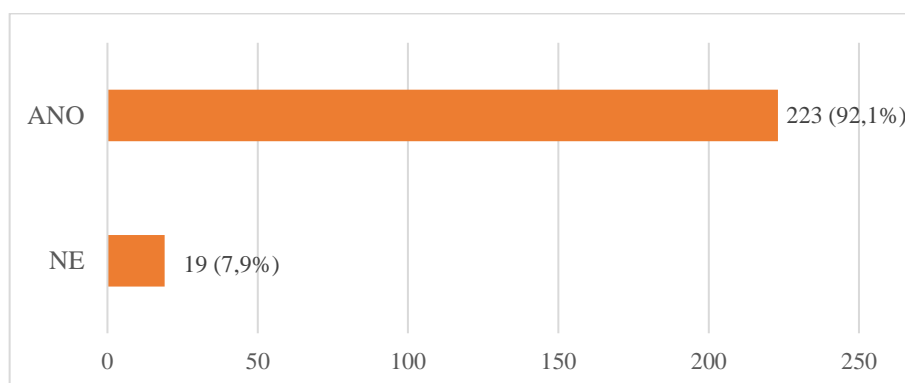
89,3 % respondentek (242) uvedlo, že mají stálého partnera. Zbýlých 29 respondentek (10,7 %) stálého partnera nemá.

9 VÝSLEDKY A DISKUSE

9.1 Výsledky výzkumu

Následujících 8 položek dotazníku bylo určeno ženám, které mají stálého partnera. Byly zjišťovány základní informace o partnerovi a o jeho vlivu na ženu v rozhodování o mateřství.

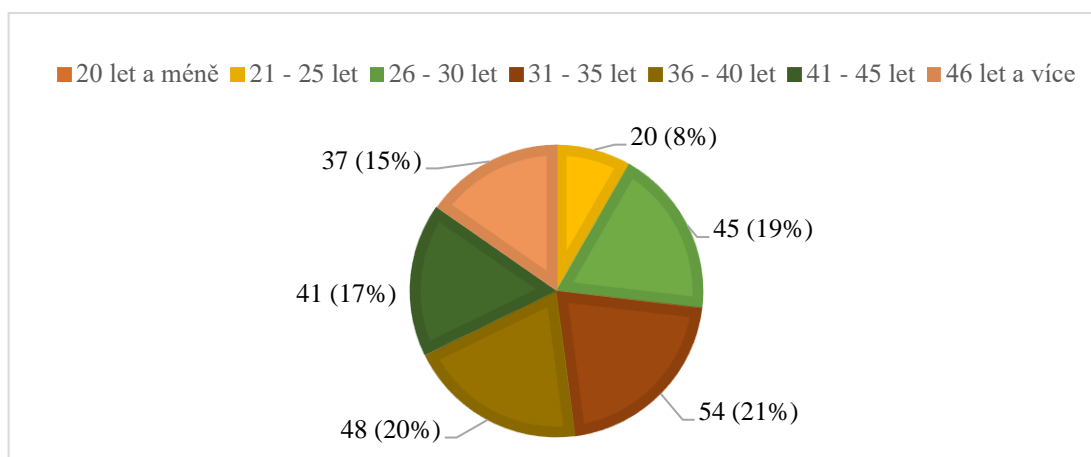
Položka č. 1: S partnerem bydlíme ve společné domácnosti



Graf 8: Položka č. 1

Z grafu 7 vyplývá, že většina žen (223 = 92,1 %), které mají stálého partnera, s ním sdílí společnou domácnost.

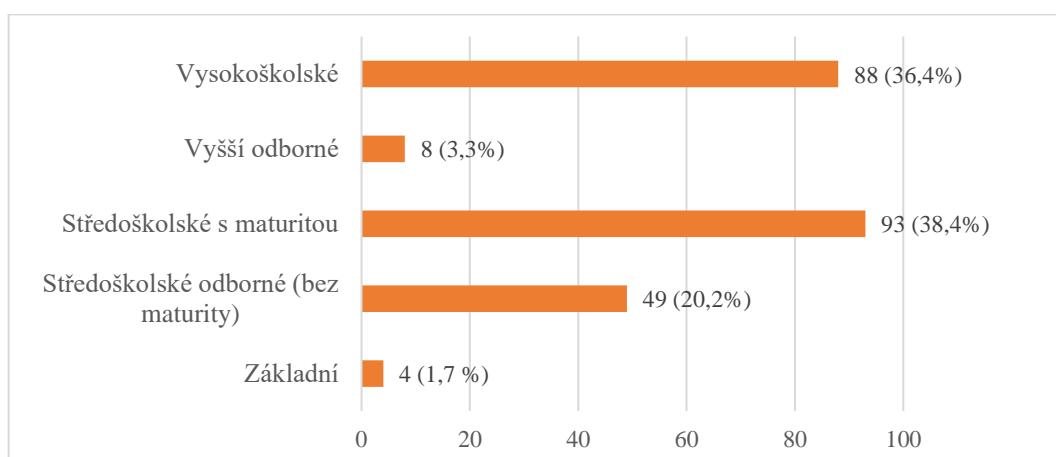
Položka č. 2: Věk partnera



Graf 9: Položka č. 2

Na grafu 8 vidíme, že ani jedna žena nemá 20letého nebo mladšího muže. Věkové rozpětí partnerů respondentek je tedy od 21 let výše. Při srovnání věku respondentky a jejího partnera bylo zjištěno, že pouze 19 (7 %) respondentek z celkového počtu 271 má mladšího partnera. Stejný věk jako partner má 99 (36,5 %) respondentek a zbylých 153 (56,5 %) respondentek má staršího partnera.

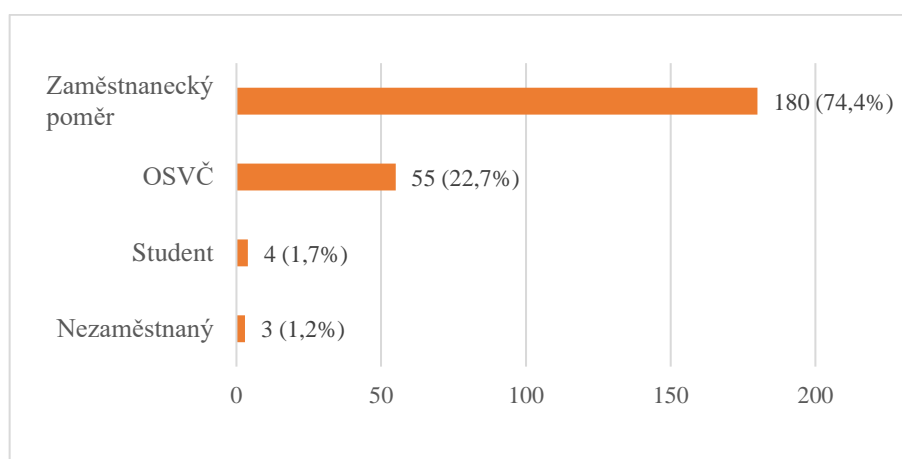
Položka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání partnera



Graf 10: Položka č. 3

Z výše uvedeného grafu 9 vyplývá, že největší zastoupení mají partneři respondentek se středoškolským vzděláním s maturitou v počtu 93 (38,4 %). Druhou nejpočetnější skupinou jsou partneři respondentek s vysokoškolským vzděláním v počtu 88 (36,4 %). Nejméně početnými skupinami jsou partneři s vyšším odborným vzděláním (8 = 3,3 %) a se základním vzděláním (4 = 1,7 %).

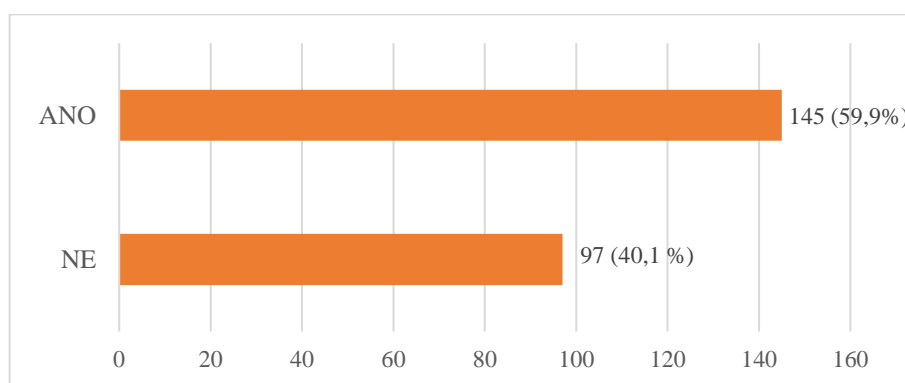
Položka č. 4: Zaměstnání partnera



Graf 11: Položka č. 4

Na grafu 10 můžeme vidět, že nadpoloviční většina partnerů respondentek (180 = 74,4 %) je v zaměstnaneckém poměru. Osobami samostatně výdělečně činnými je 55 (22,7 %) partnerů respondentek. Studenti jsou pouze 4 (1,7 %) partneři respondentek a nezaměstnaní jsou pouze 3 (1,2 %).

Položka č. 5: S partnerem dítě máme

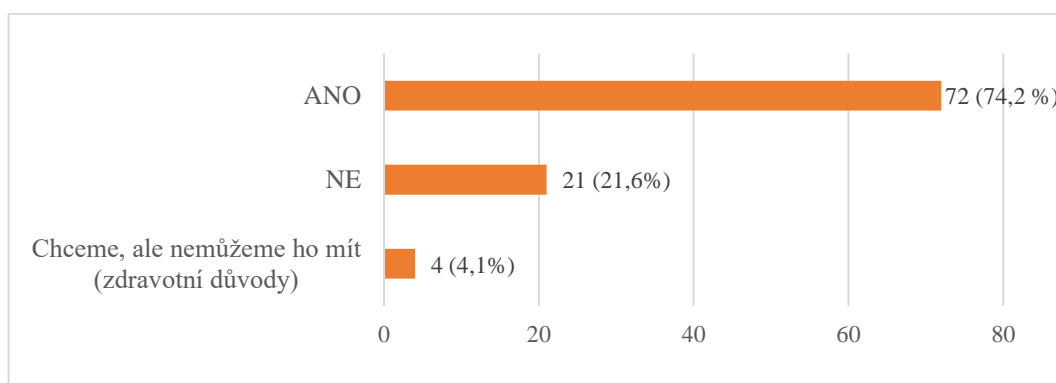


Graf 12: Položka č. 5

Z grafu 11 vyplývá, že 145 respondentek (59,9 %) má s partnerem dítě, bezdětných respondentek je 97 (40,1 %).

Na položku č. 6 odpovídaly pouze ty respondentky, které uvedly v položce č. 5, že dítě s partnerem nemají.

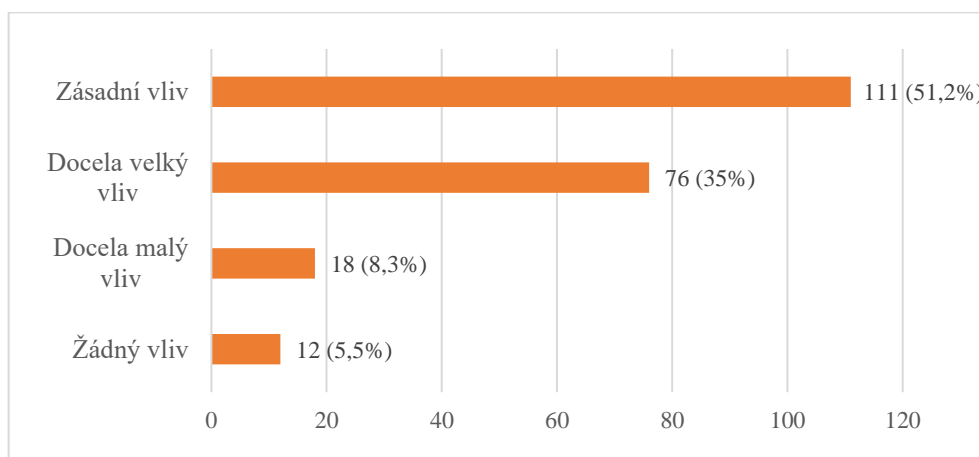
Položka č. 6: S partnerem dítě chceme



Graf 13: Položka č. 6

Z grafu 12 vyplývá, že 72 respondentek (74,2 %) se svým stávajícím partnerem dítě chce. Respondentek, které s partnerem dítě nechtějí je 21 (21,6 %) a 4 respondentky (4,1 %) by dítě s partnerem chtěly, ale bohužel to ze zdravotních důvodů není možné.

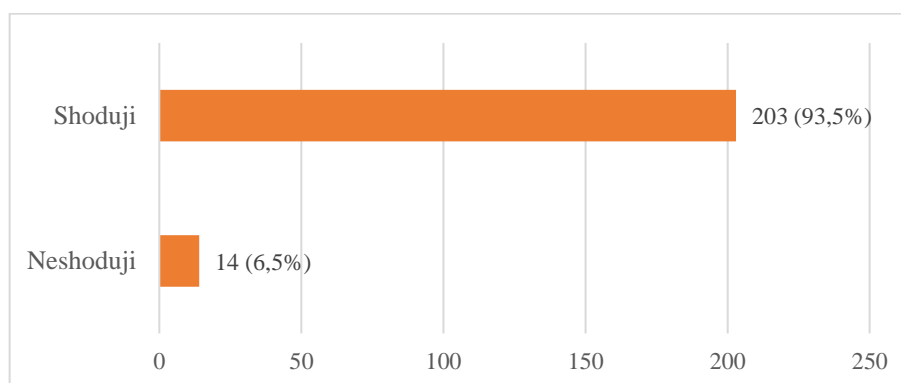
Položka č. 7: Názor partnera při rozhodování o době početí dítěte pro mě má / měl



Graf 14: Položka č.7

Na grafu 13 můžeme vidět, že pro nadpoloviční většinu respondentek (111 = 51,2 %) má názor partnera na dobu početí dítěte zásadní vliv. 76 respondentek (35 %) uvedlo, že při rozhodování o době početí dítěte má nebo měl docela velký vliv názor partnera. Docela malý vliv při rozhodování uvedlo 18 respondentek (8,3 %) a žádný vliv 12 (5,5 %).

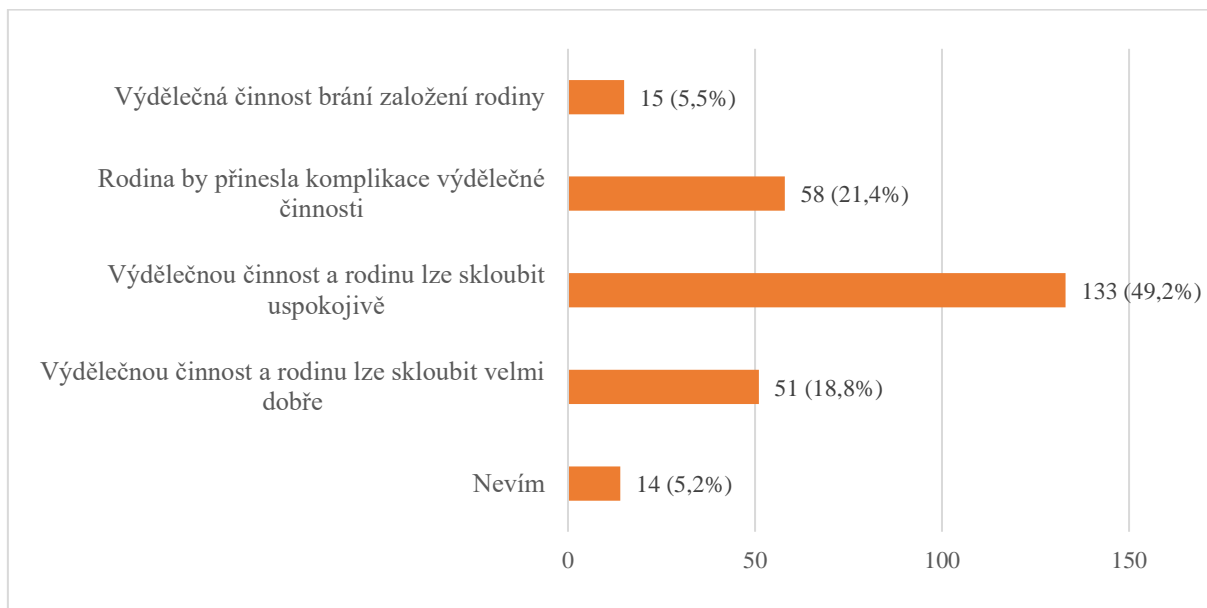
Položka č. 8: S partnerem se v názoru na dobu početí dítěte



Graf 15: Položka č. 8

U položky č. 8 odpověděly respondentky ve 203 případech (93,5 %), že se s partnerem na názoru na dobu početí dítěte shodují. Respondentek, které se s partnerem na době početí dítěte neshodují je 14 (6,5 %).

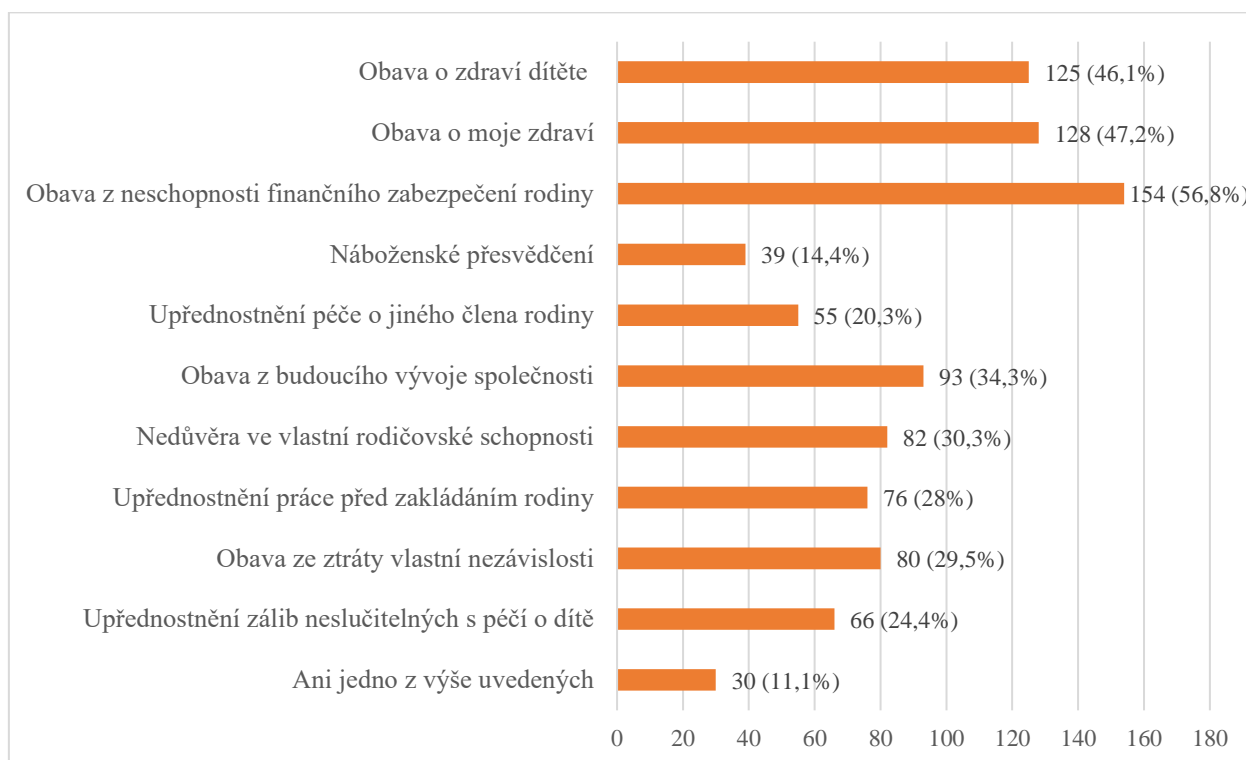
Položka č. 9: Můj názor na souvislost mezi možnostmi založení rodiny a výdělečnou činností je takový, že:



Graf 16: Položka č. 9

Položka č. 9 byla zaměřena na souvislost mezi výdělečnou činností respondentky a založením rodiny. Nejčastěji zvolenou odpovědí v počtu 133 (49,2 %) bylo, že lze uspokojivě skloubit výdělečnou činnost a rodinu. Druhá nejčastější odpověď byla, že by rodina přinesla komplikace výdělečné činnosti (58 = 21,4 %). 51 respondentek (18,8 %) uvedlo, že výdělečnou činnost a rodinu lze skloubit velmi dobře, 15 respondentek (5,5 %) uvedlo, že by výdělečná činnost bránila založení rodiny a 14 respondentek (5,2 %) uvedlo, že neví. V celkovém výsledku, nadpoloviční většina respondentek nevidí založení rodiny jako komplikaci pro výdělečnou činnost.

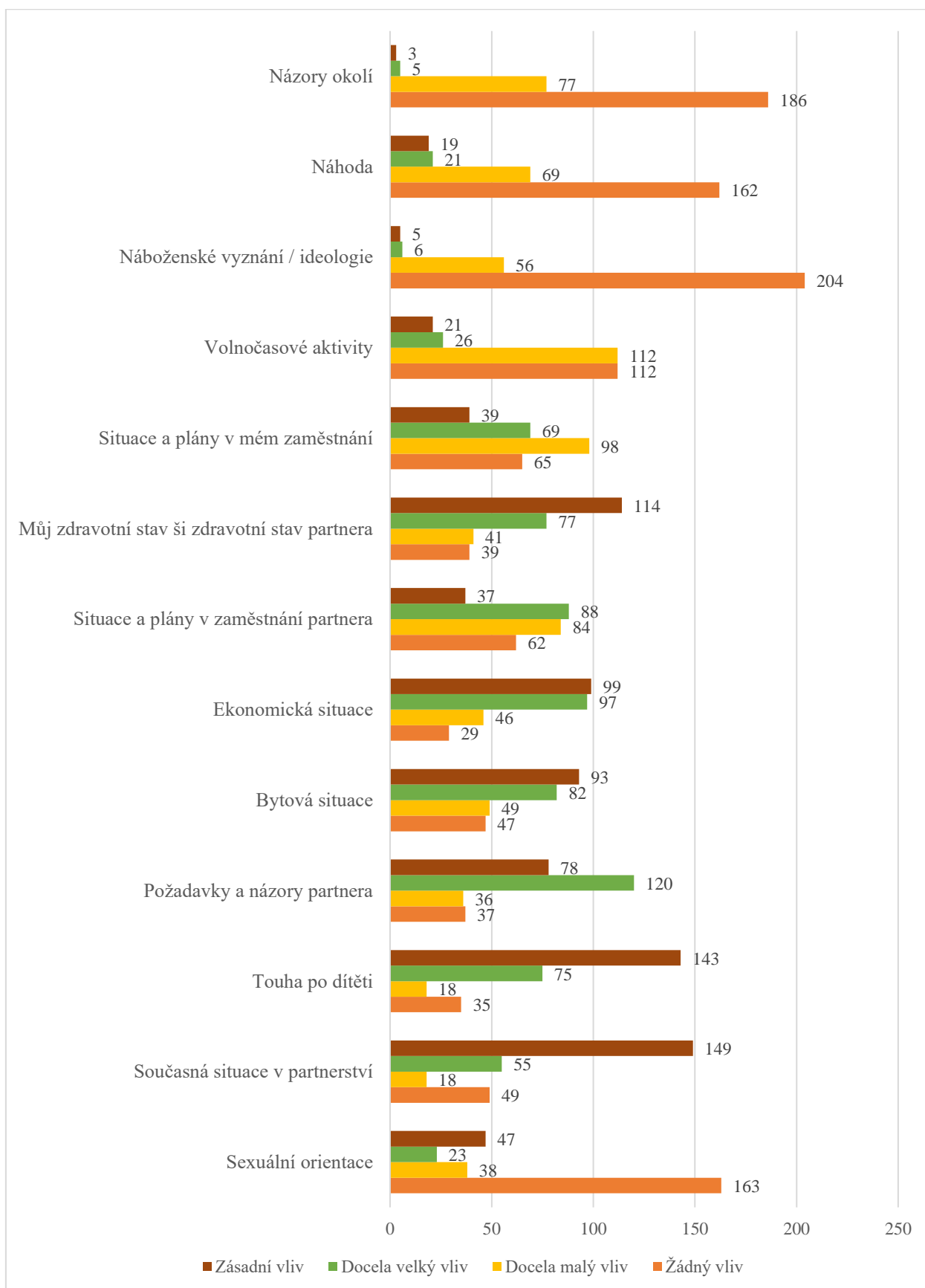
Položka č. 10: Za přijatelný důvod pro celoživotní bezdětnost považují:



Graf 17: Položka č. 10

U položky č. 10 bylo možné zvolit více než jednu odpověď. Z grafu 16 vyplývá, že většina respondentek by zvolilo celoživotní bezdětnost, pokud by nebyly schopny finančního zabezpečení rodiny (154 = 56,8 %). Dalšími nejčastějšími důvody je obava o zdraví respondentky (128 = 47,2 %) a obava o zdraví dítěte (125 = 46,1 %). Obavy z budoucího vývoje společnosti, jako důvod k celoživotní bezdětnosti, zvolilo 93 respondentek (34,3 %), což může být důsledkem momentálně probíhající války mezi Ruskem a Ukrajinou nebo doznívající obavy z Covidu-19. Další často volenou odpovědí byla nedůvěra ve vlastní rodičovské schopnosti (82 = 30,3 %) nebo obava ze ztráty vlastní nezávislosti (80 = 29,5 %). Pouze 76 respondentek (28 %) uvedlo, že by raději upřednostnily práci před zakládáním rodiny a 66 respondentek (24,4 %) by raději upřednostnily své záliby, které nejsou slučitelné s péčí o dítě. V poslední řadě zvolilo 30 respondentek (11,1 %), že nepovažují ani jednu z uvedených odpovědí za relevantní k tomu, aby byly celoživotně bezdětné.

Položka č. 11: Vliv na mé rozhodnutí o mém rodičovství / bezdětnosti má / měl:



Graf 18: Položka č. 11

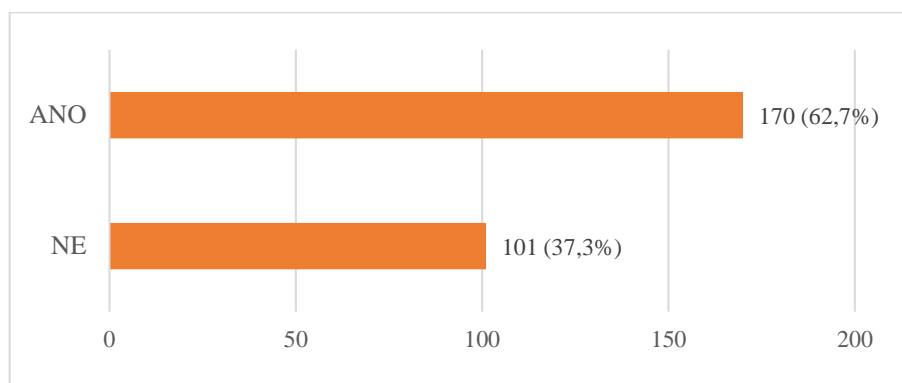
Položka č. 11 je rozsáhlejší, neboť byla realizována pomocí škály. Na grafu 17 vidíme, že nejzásadnější vliv na rozhodování o mateřství respondentky má nebo měla situace v partnerství, u této položky uvedlo 149 respondentek (55,1 %) odpověď „Zásadní vliv“ a 55 (20,3 %) „Docela velký vliv“ z celkového počtu 271 respondentek. Touha po dítěti má nebo měla na rozhodování o mateřství respondentky zásadní vliv, v počtu 143 odpovědí (52,8 %). Docela velký vliv měla u 75 respondentek (27,8 %). Respondentek, jejichž rozhodování ohledně mateřství zásadně ovlivňuje nebo ovlivnil jejich zdravotní stav či zdravotní stav partnera je 114 (42,1 %) z celkového počtu 271 respondentek. A těch, které přikládají docela velký vliv zdravotnímu stavu je 77 (28,4 %). Ekonomickou situaci jakožto zásadní vliv na rozhodování o mateřství zvolilo 99 respondentek (36,5 %). Odpověď „Docela velký vliv“ zvolilo 97 respondentek (35,8 %). Bytová situace je pro 93 respondentek (34,3 %) také zásadní při rozhodování o mateřství. Bytovou situaci uvádí jako docela velký vliv 82 respondentek (30,3 %).

Požadavky a názory partnera mají pro respondentky docela velký vliv při rozhodování o mateřství (120 = 44,3 %), avšak zásadní vliv mají požadavky a názory partnera jen pro 78 respondentek (28,8 %).

U faktoru „Situace a plány v mém zaměstnání“ uvedly respondentky nejčastěji odpověď „Docela malý vliv“ v počtu 98 odpovědí (36,2 %). Odpověď „Docela velký vliv“ uvedlo 69 respondentek (25,5 %), odpověď „Žádný vliv“ uvedlo 65 respondentek (24 %) a odpověď „Zásadní vliv“ uvedlo pouze 39 respondentek (14,4 %). Faktor „Situace a plány v zaměstnání partnera“ měl větší vliv na rozhodování o mateřství než situace a plány v zaměstnání respondentek. Nejčastěji byla volena odpověď „Docela velký vliv“ v počtu 88 (32,5 %). Další nejčastější odpovědí bylo „Docela malý vliv“ v počtu 84 (31 %), „Žádný vliv“ zvolilo 62 respondentek (22,9 %) a odpověď „Zásadní vliv“ jen 37 (13,7 %).

Žádný vliv na rozhodování o mateřství respondentky má nebo mělo náboženské vyznání (204 = 75,3 %). Odpověď „Docela malý vliv“ zvolilo 56 respondentek (20,7 %). Názory okolí nemají dle 186 respondentek (68,7 %) žádný vliv na rozhodování o mateřství. Dle 77 respondentek (28,4 %) mají názory okolí docela malý vliv na rozhodování o mateřství. Odpověď „Žádný vliv“ byl dále nejčastěji zvolen u faktorů „Sexuální orientace“ (163 = 60,1 %) a „Náhoda“ (162 = 59,8 %).

Položka č. 12: Mám děti

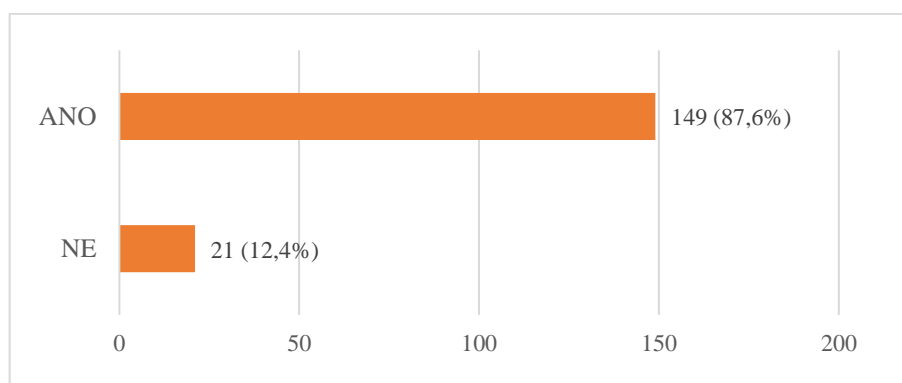


Graf 19: Položka č. 12

Graf 18 znázorňuje skutečnost, že 170 respondentek (62,7 %) již jedno nebo více dětí má. 101 respondentek (37,3 %) uvedlo, že dítě nemají.

Následujících 5 položek bylo určeno respondentkám, které u položky č. 12 uvedly, že mají dítě.

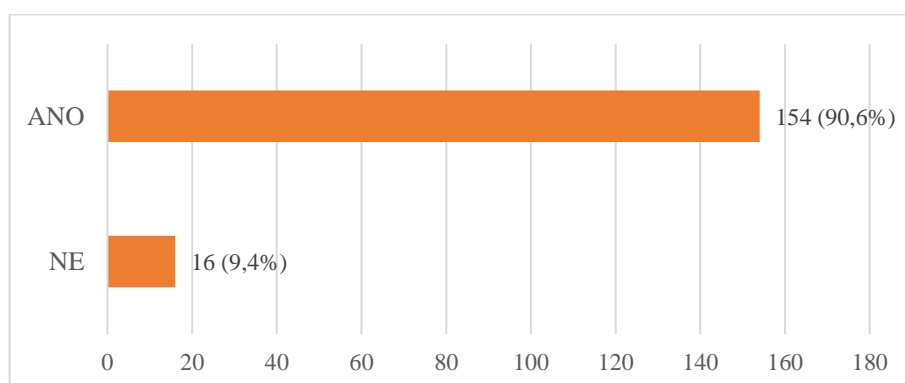
Položka č. 13: Rodičovství bylo plánované



Graf 20: Položka č. 13

Pomocí položky č. 13 bylo zjišťováno, zda rodičovství respondentek, které již dítě mají (170 respondentek z celkového počtu 271), bylo plánované nebo nebylo. Většina respondentek (149 = 87,6 %) uvedlo, že jejich rodičovství bylo plánované. Zbýlých 21 (12,4 %) své rodičovství neplánovaly.

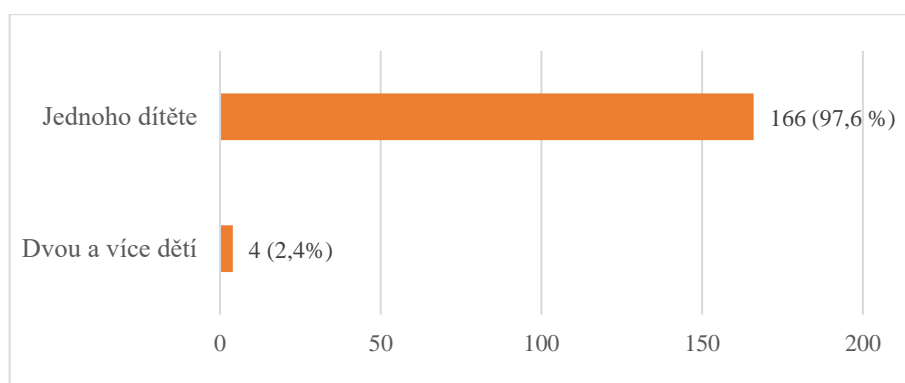
Položka č. 14: Moje první dítě bylo počato přirozenou cestou



Graf 21: Položka č. 14

Na grafu 20 vidíme, že 154 respondentek (90,6 %) počalo své dítě přirozenou cestou. Pouze 16 respondentek (9,4 %) využilo jiného oplodnění.

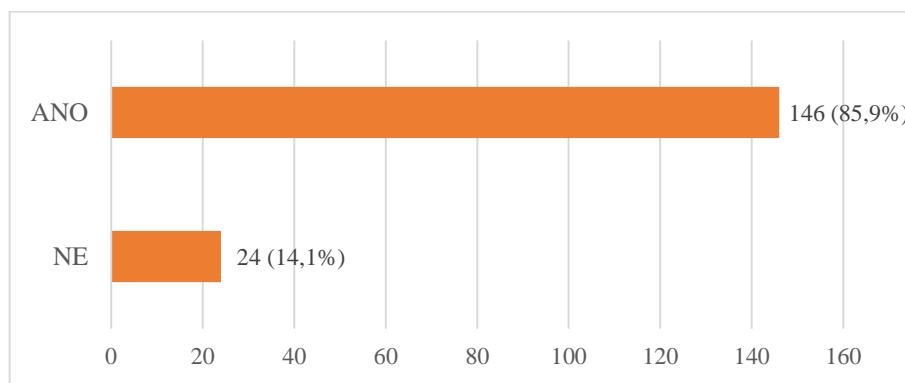
Položka č. 15: Během mého těhotenství jsem očekávala narození:



Graf 22: Položka č. 15

Z grafu 21 vyplývá, že nadpoloviční většina respondentek (166 = 97,6 %) očekávala během svého těhotenství jedno dítě. Zbylé 4 respondentky (2,4 %) očekávaly dvě nebo více dětí.

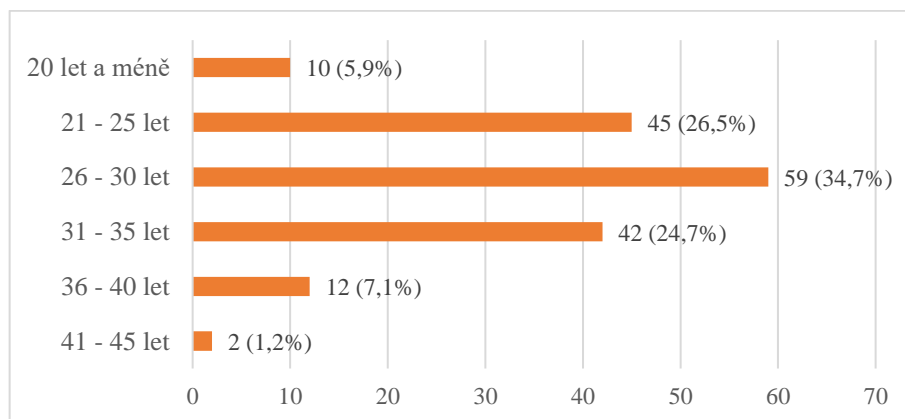
Položka č. 16: Před otěhotněním jsem si uvědomovala, že věk ženy je jedním z rizikových faktorů v těhotenství



Graf 23: Položka č. 16

Pomocí položky č. 16 bylo zjišťováno, zda si respondentky před jejich otěhotněním uvědomovaly, že je jejich věk rizikovým faktorem v těhotenství. Z grafu 22 vyplývá, že 146 respondentek (85,9 %) si tuto skutečnost před otěhotněním uvědomovalo. Zbýlých 24 respondentek (14,1 %) uvedlo, že si neuvědomovaly, že by jejich věk mohl být rizikem v souvislosti s těhotenstvím.

Položka č. 17: Při narození prvního dítěte mi bylo:

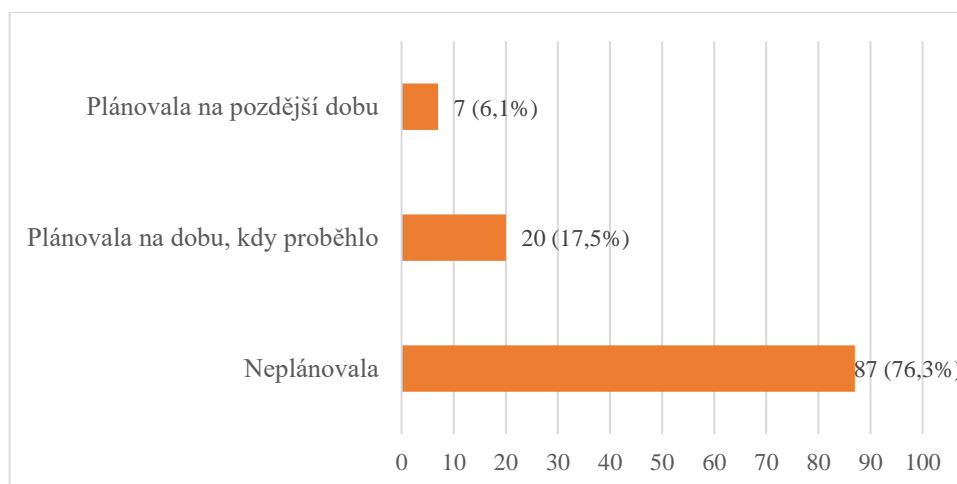


Graf 24: Položka č. 17

V položce č. 17 byl zjišťován věk respondentek při narození jejich prvního dítěte. Na grafu 23 vidíme, že nejpočetněji zastoupenou skupinou (59 = 34,7 %) jsou respondentky, které měly své první dítě v rozmezí od 26 do 30 let. Ve věku 21–25 let mělo své první dítě 45 respondentek (26,5 %). 42 respondentek (24,7 %) mělo své první dítě ve věku 31–35 let, ve věku 36 až 40 let své první dítě porodilo 12 respondentek (7,1 %), 10 respondentek (5,9 %) ve 20 letech či dříve a pouze 2 respondentky (1,2 %) měly své první dítě až ve 41–45 letech. Žádná z respondentek neměla své první dítě po 46 roce života.

Následující 2 položky byly určeny respondentkám, které porodily své první dítě do 30 roku života (114 respondentek z celkového počtu 271).

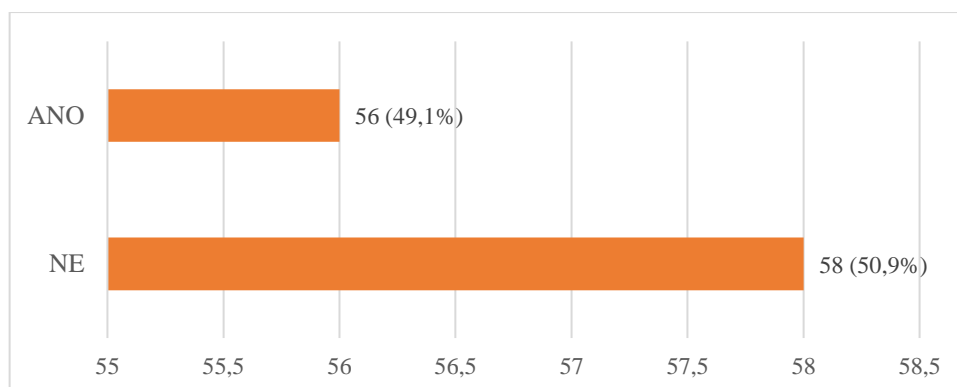
Položka č. 18: Těhotenství prvního dítěte jsem:



Graf 25: Položka č.18

Z grafu 24 vyplývá, že většina respondentek, které měly své první dítě před 30 rokem života, své těhotenství neplánovalo. Pouze 20 respondentek (17,5 %) své těhotenství plánovalo na dobu, kdy proběhlo a 7 respondentek (6,1 %) plánovalo své těhotenství na pozdější dobu.

Položka č. 19: Dokážete si představit, že byste měla své první dítě až po 30 roce života?

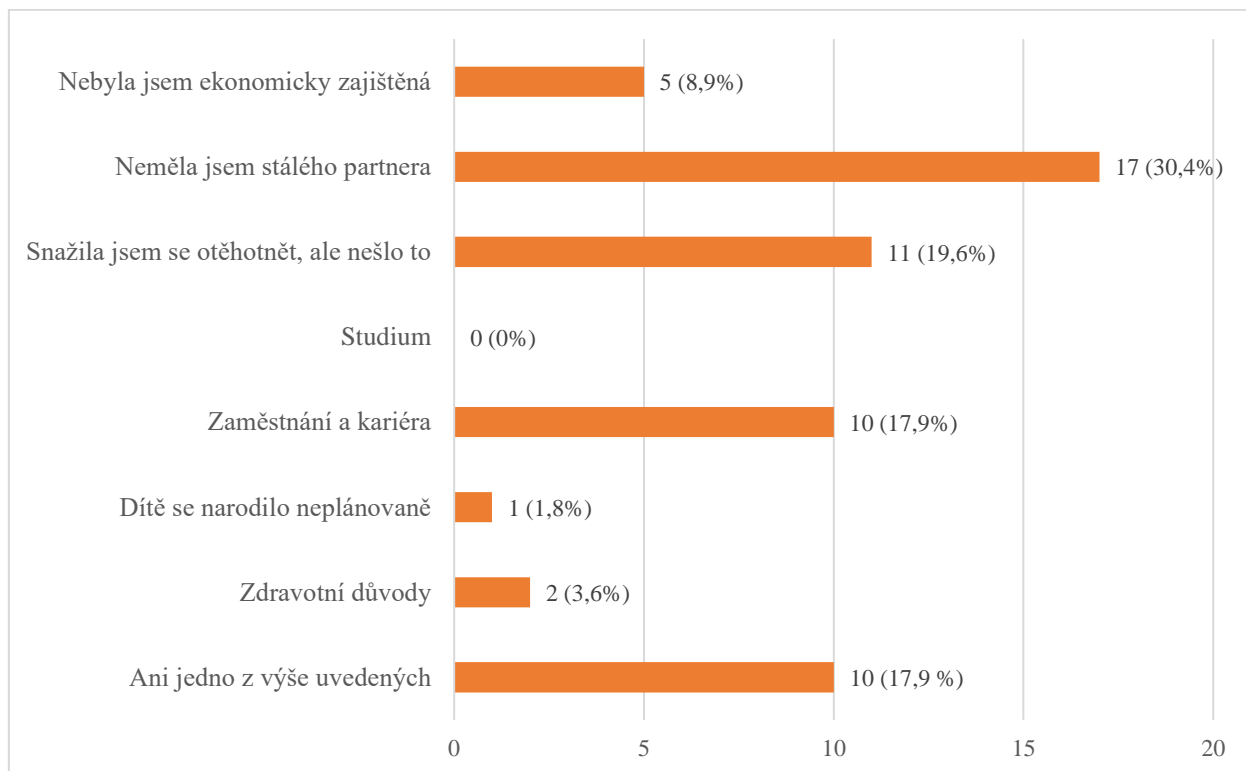


Graf 26: Položka č. 19

Z grafu 25 vyplývá, že nadpoloviční většina respondentek (58 = 50,9 %), které měly své první dítě před 30 rokem života, si nedokáže představit, že by měly své první dítě až po 30 roce života. Zbylých 56 respondentek (49,1 %) uvedlo, že si své první těhotenství dokáží představit později, až po 30 roce života.

Následující 2 položky byly určeny respondentkám, které porodily své první dítě po 31 roce života (56 respondentek z celkového počtu 271).

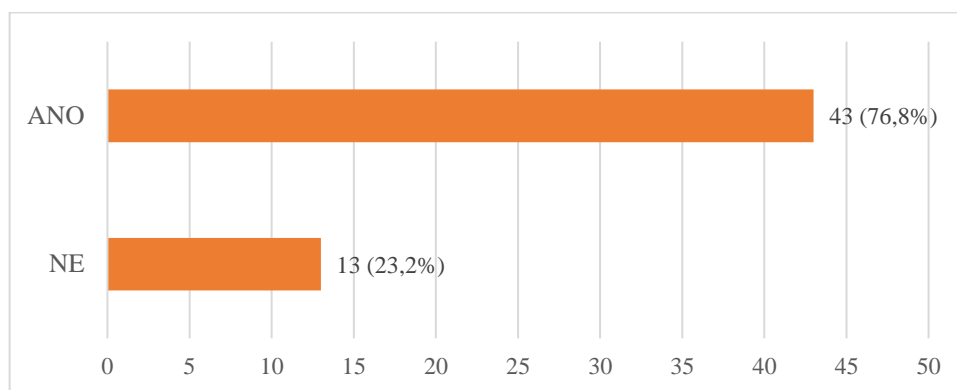
Položka č. 20: Těhotenství prvního dítěte jsem odložila z důvodů:



Graf 27: Položka č. 20

Pomocí položky č. 20 bylo zjišťováno, jaké faktory vedly respondentky k odložení mateřství až po 31 roce života. Z grafu 26 vyplývá, že nejčastějším důvodem pro odložení mateřství respondentek byla skutečnost, že neměly stálého partnera (17 = 30,4 %). Druhým nejčastějším faktorem bylo dlouhodobé neúspěšné snažení o otěhotnění (11 = 19,6 %). Zaměstnání a kariéra bránily 10 respondentkám (17,9 %) k dřívějšímu mateřství. Zdravotní důvody zvolily 2 respondentky (3,6 %) a jedna respondentka (1,8 %) uvedla, že se dítě narodilo neplánovaně. Zbýlých 10 respondentek (17,9 %) uvedlo, že ani jeden z výše uvedených důvodů nebyl tím hlavním důvodem pro odložení jejich mateřství na pozdější dobu. Respondentky, které zvolily odpověď „Ani jedno z výše uvedených“ měly možnost napsat svůj důvod. Nejčastějším důvodem, v počtu 6 odpovědí, byla psychická nepřipravenost respondentky i jejího partnera na dítě. Jedna respondentka uvedla, že odložila své mateřství z důvodu tlaku svého okolí. Další respondentka uvedla, že se to tak prostě stalo a neměla k tomu žádný důvod. V neposlední řadě uvedla jedna respondentka jako důvod pro odložení svou bytovou situaci a další respondentka uvedla kombinaci kariéry, bytové situace a psychiky.

Položka č. 21: Dokážete si představit, že byste měla své první dítě před 30 rokem života?

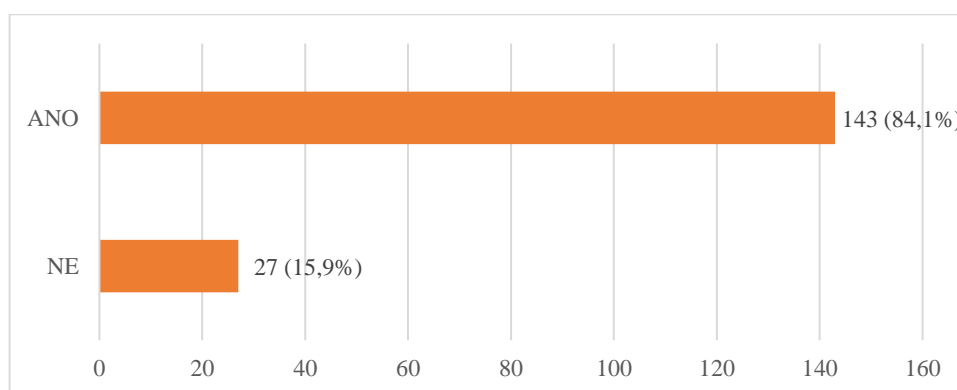


Graf 28: Položka č. 21

Na grafu 27 vidíme, že si většina respondentek (43 = 76,8 %), které porodily své dítě po 30 roce života, dokáží představit, že by měly své první dítě před 30 rokem života. Pouze 13 respondentek (23,2 %) uvedlo, že si nedokáží představit mateřství dříve než po 30 roce života.

Následujících 5 položek zjišťuje informace o psychickém a zdravotním stavu během těhotenství a porodu respondentek.

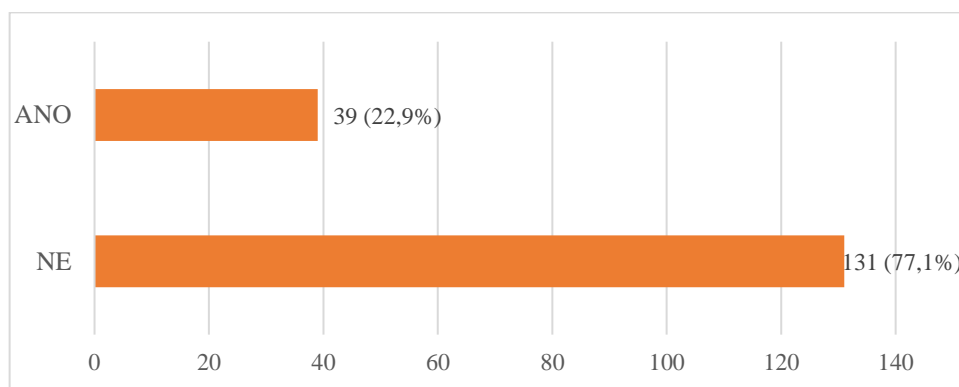
Položka č. 22: Cítila jsem se na těhotenství dostatečně psychicky připravená



Graf 29: Položka č. 22

Graf 28 znázorňuje odpovědi respondentek ohledně jejich psychické připravenosti na těhotenství. Většina respondentek (143 = 84,1 %) uvedla, že se na těhotenství cítily dostatečně psychicky připravené. 27 respondentek (15,9 %) se na těhotenství necítilo psychicky připravené.

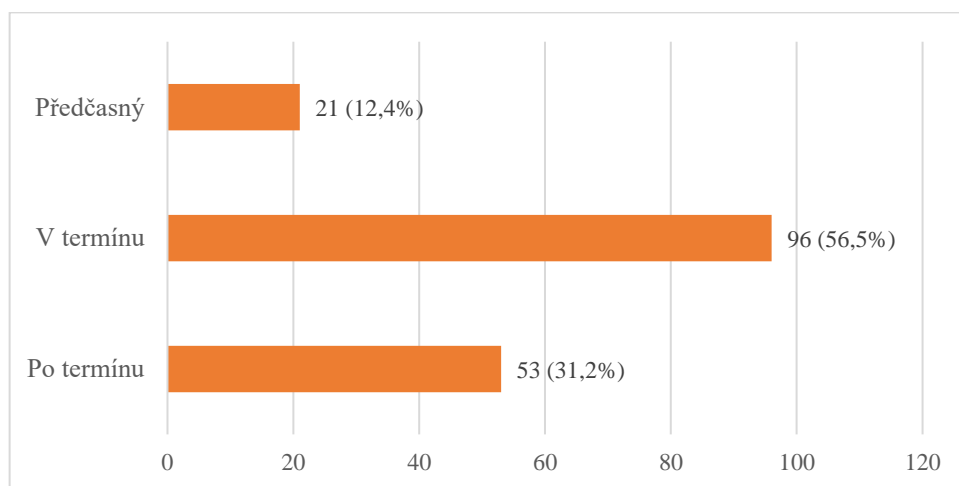
Položka č. 23: Během těhotenství jsem měla zdravotní problémy



Graf 30: Položka č. 23

Co se týče zdravotního stavu během těhotenství, tak 131 respondentek (77,1 %) neměla žádné zdravotní problémy viz graf 29. Zbýlých 39 respondentek (22,9 %) uvedlo, že se zdravotní problémy během těhotenství objevily.

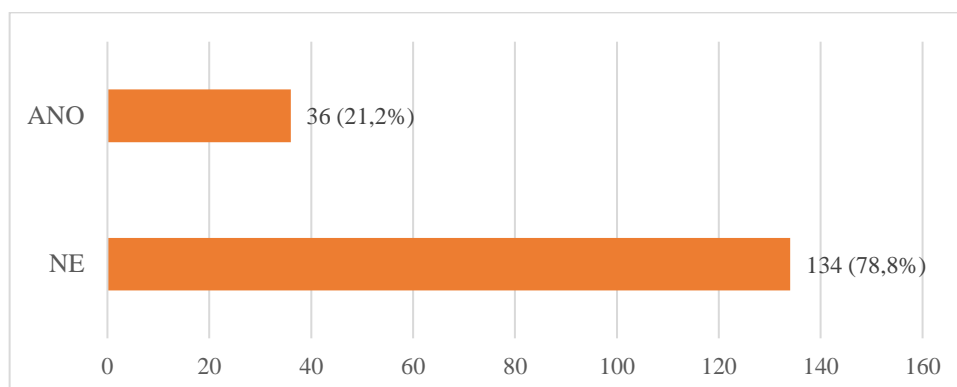
Položka č. 24: Můj porod byl:



Graf 31: Položka č. 24

Z grafu 30 vyplývá, že nadpoloviční většina respondentek (96 = 56,5 %) porodila své dítě v termínu. Dalších 53 respondentek (31,2 %) porodilo až po termínu a 21 respondentek (12,4 %) porodilo předčasně.

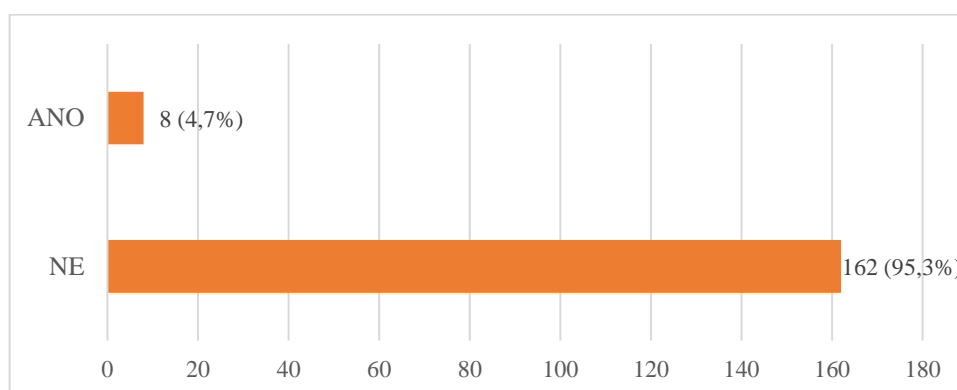
Položka č. 25: Můj porod proběhl s komplikacemi, které ohrozily mě nebo mé dítě



Graf 32: Položka č. 25

Na výše uvedeném grafu 31 vidíme, že ve 134 případech (78,8 %) proběhl porod respondentky bez komplikací, které by ohrozily respondentku či její dítě. Zbýlých 36 respondentek (21,2 %) uvedlo, že jejich porod proběhl s komplikacemi, které ohrozily život respondentky nebo jejího dítěte.

Položka č. 26: Narodilo se mi dítě s vývojovou vadou či jinou patologickou odchylkou

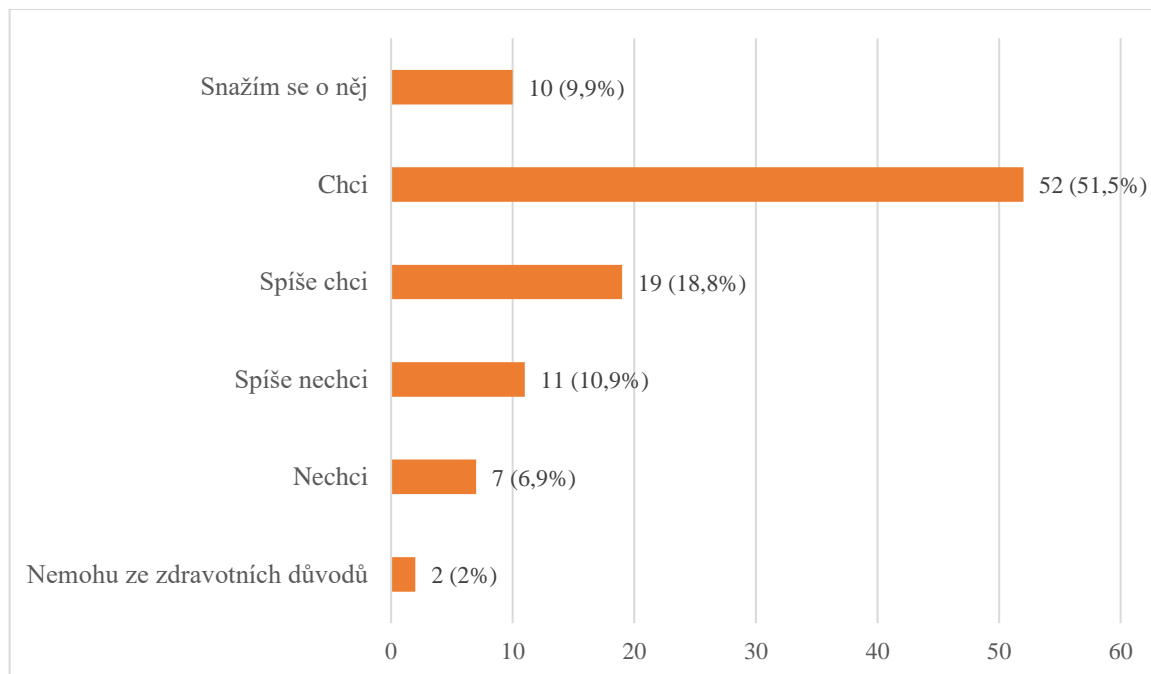


Graf 33: Položka č. 26

Pomocí položky č. 26 bylo zjišťováno, zda se respondentce narodilo dítě s vývojovou vadou či jinou patologickou odchylkou. Z grafu 32 tedy vyplývá, že většině respondentek (162 = 95,3 %) se narodilo zdravé dítě. Zbýlým 8 respondentkám (4,7 %) se narodilo dítě s vývojovou vadou či jinou patologickou odchylkou.

Následující položka byla určena 101 respondentkám, které uvedli v položce č. 12, že nemají děti.

Položka č. 27: Dítě v budoucnu mít:

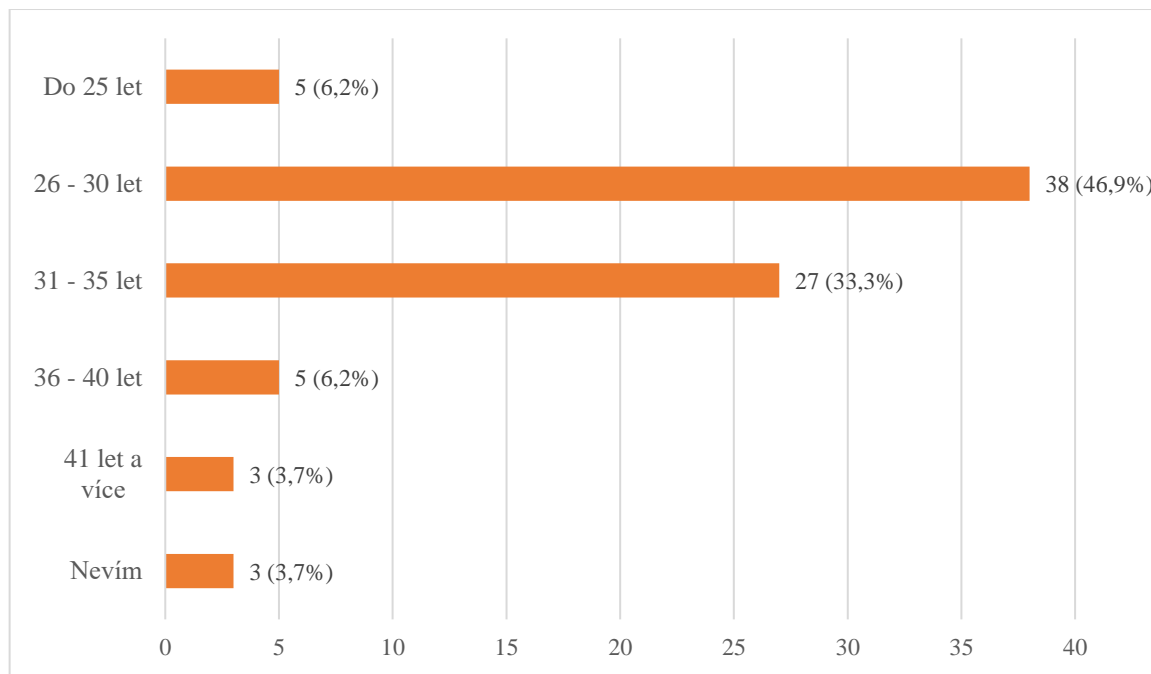


Graf 34: Položka č. 27

Z grafu 33 vyplývá, že většina respondentek, které ještě děti nemají by děti chtěly (52 = 51,5 %). Respondentek, které by dítě spíše chtěly je 19 (18,8 %) a těch, které se o dítě již snaží je 10 (9,9 %). 7 respondentek (6,9 %) uvedlo, že dítě vůbec nechtějí a 11 respondentek (10,9 %) se přiklání k tomu, že spíše dítě nechtějí. Zbylé 2 respondentky (2 %) uvedly, že děti mít nemohou ze zdravotních důvodů.

Následující poslední 2 položky, byly určeny respondentkám, které odpověděly na položku č. 27 kladně (81 respondentek).

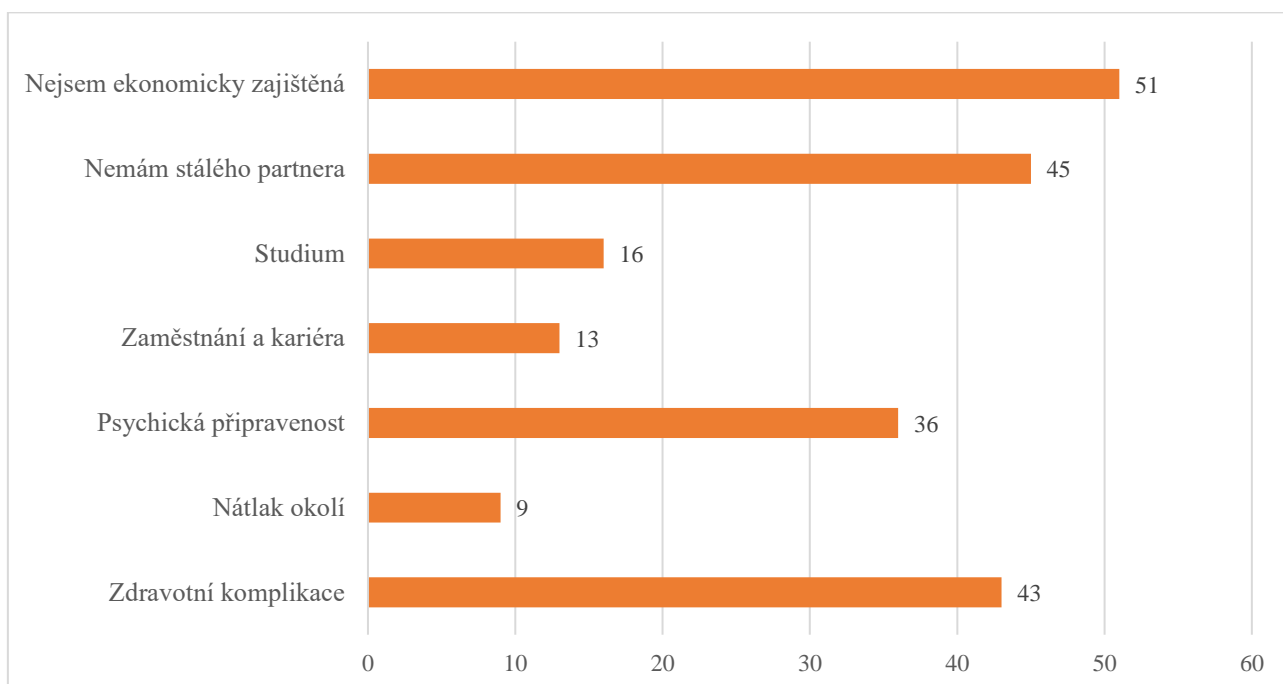
Položka č. 28: Děti plánuji ve věku:



Graf 35: Položka č. 28

Z grafu 34 vyplývá, že respondentky, které dítě ještě nemají, ale uvažují o něm do budoucna, by dítě chtěly nejčastěji ve věku od 26 do 30 let (38 = 46,9 %). Mezi 31–35 lety by chtělo 27 respondentek (33,3 %) porodit dítě. Respondentek, které by chtěly porodit dítě do 25 let je 5 (6,2 %), stejně jako je respondentek, které by chtěly porodit dítě mezi 36–40 lety. Respondentky, které plánují své první dítě až po 41 roce jsou 3 (3,7 %) stejně jako respondentky, které uvedly odpověď „Nevím“.

Položka č. 29: Z jakého důvodu bych odložila své mateřství na pozdější dobu



Graf 36: Položka č. 29

Pomocí poslední položky č. 29 byly zjišťovány důvody, které by mohly vést respondentky, k odložení mateřství na pozdější dobu. Respondentky mohly zvolit více možností. Nejčastěji volenou odpovědí bylo ekonomické zajištění, kterou zvolilo 51 respondentek. Druhým nejčastějším důvodem je skutečnost, že by respondentka neměla stálého partnera (45 respondentek). Zdravotní komplikace, jako důvod pro odložení mateřství, uvedlo 43 respondentek a 36 respondentek zvolilo psychickou připravenost jako důležitý faktor vedoucí k odložení mateřství. Studium uvedlo jako důvod pro odložení mateřství 16 respondentek, 13 respondentek uvedlo jako důvod zaměstnání a kariéru a nejméně častým důvodem pro odložení mateřství je nátlak okolí (9 respondentek).

9.2 Diskuse

Cílem diplomové práce bylo zmapovat faktory, které vedou ženy k odložení mateřství na pozdější dobu.

Respondentky, které porodily ve vyšším věku, jsem měla možnost porovnat díky dotazníkovému šetření s respondentkami, které ještě děti nemají a rozhodují se, zda děti chtějí či nikoliv.

U respondentek, které ještě dítě nemají ale uvažují o něm, je nejčastějším důvodem pro odložení mateřství ekonomické zajištění viz graf 35 (str. 60). Až 51 respondentek z celkového počtu 81 respondentek, což je 63 %, zvolilo tuto možnost. Dalšími velice logickými důvody jsou „Nemám stálého partnera“, což zvolilo 45 respondentek (55,56 %) a zdravotní komplikace (43 respondentek = 53,09 %). Tyto důvody považuji za logické, neboť předpokládám, že bez stálého partnera se ženy do mateřství nehrnou, logicky i ve spojitosti s ekonomickou situací. A pokud je žena jakkoliv nemocná a není v nejlepší zdravotní kondici, tak je také logické s dítětem počkat na pozdější dobu. Za nejmenší důvod pro odložení mateřství na pozdější dobu zvolily respondentky, které ještě dítě nemají, nátlak okolí (9 respondentek = 11,11 %). Jak již bylo zmíněno výše, tak se celkově lidé dožívají vyššího věku a s tím souvisí i fakt, že ženy odkládají mateřství do pozdního věku. Společnost si na tuto skutečnost již zvykla, a tudíž není na ženy vyvíjen takový tlak na početí dítěte v nízkém věku.

Můžeme porovnat graf 26 (str. 54), ve kterém jsou uvedeny důvody, které vedly starší prvorodičky po 31 roce života k odložení jejich mateřství na pozdější dobu s grafem 35 (str. 60), který uvádí důvody, kvůli kterým by bezdětné ženy odložily své první těhotenství na pozdější dobu. Z grafu 26 vyplývá, že 17 respondentek (30,4 %) nemělo stálého partnera, se kterým by si dítě pořídily. Z pohledu bezdětných respondentek, které uvažují o mateřství je tato skutečnost až druhým faktorem, kvůli kterému by odložily mateřství na pozdější dobu viz graf 35.

Velký rozdíl je u faktoru ekonomického zajištění, kdy pouze 5 respondentek (8,9 %) z celkového počtu 56, které své mateřství odložily na pozdější dobu, uvedlo, že byly ovlivněny tímto faktorem. Zatímco bezdětné respondentky tento faktor uvedly jako nejdůležitější důvod pro odložení mateřství (51 respondentek z celkového počtu 81 = 63 %).

Studium u prvorodiček po 31 roce života vůbec nehrálo roli a co se týče zaměstnání a kariéry, tak pouze 10 respondentek (17,9 %) z celkového počtu 56, uvedlo tento faktor jako důvod, proč odložily své mateřství na pozdější dobu. Zatímco bezdětné respondentky faktor

„studium“ uváděly ve vyšší míře (16 respondentek z 81 = 19,76 %). Zaměstnání a kariéra byly zvoleny jen 13 respondentkami z 81, což je 16,05 %.

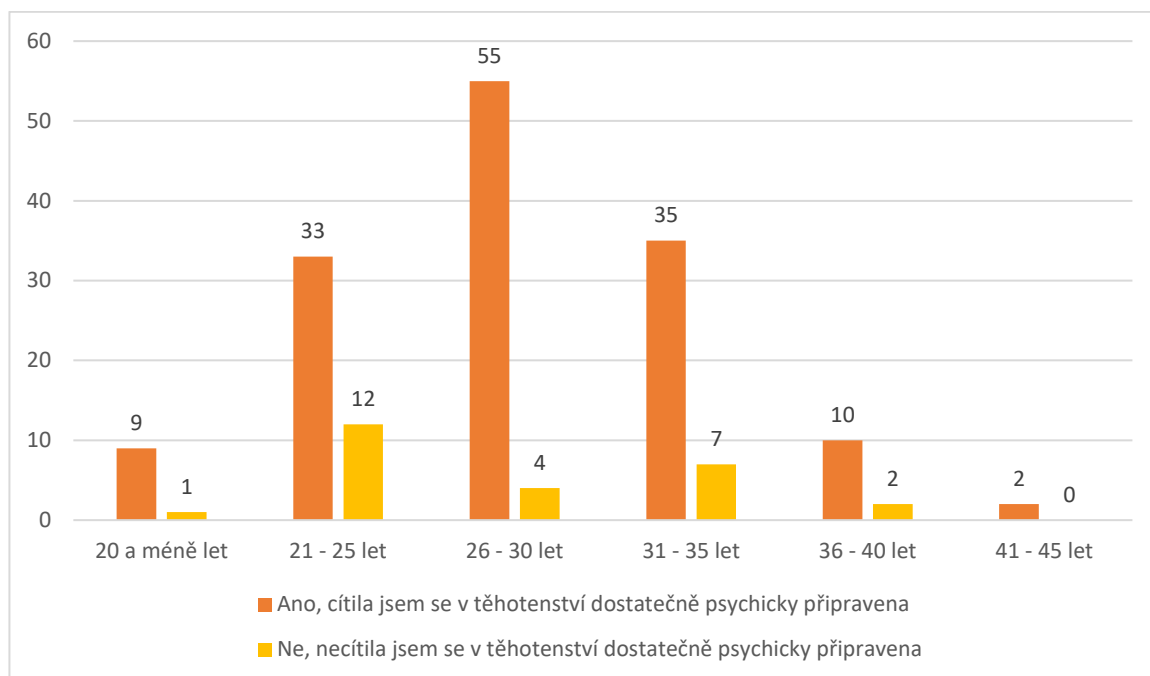
Psychickou připravenost uvedlo pouze 6 respondentek (10,71 %), které mateřství odložily na pozdější dobu. Zatímco bezdětné respondentky, které uvažují o dítěti uvedly tuto skutečnost v 36 případech (44,44 %), což je 4x více než v případě respondentek, které své dítě porodily později.

Zdravotní důvody považují bezdětné respondentky jako jeden z důležitějších faktorů, které mohou vést k odložení mateřství na pozdější dobu, a to v počtu 43 odpovědí. Pouze 2 respondentky (3,6 %), které již dítě mají, ale odložily mateřství až na dobu po 31 roce života uvedly zdravotní důvody, jako faktor, který odsunul jejich mateřství.

Při srovnání grafu 25 (str. 51), ve kterém jsou zaznamenány výsledky z položky č. 19 (zda by si respondentky, které porodily své první dítě před 30 rokem života dokázaly představit, že by měly své první dítě až po 30 roce života) s grafem 27 (str. 54), ve kterém jsou zaznamenány výsledky z položky č. 21 (zda si respondentky, které porodily své první dítě po 30 roce života, dokáží představit, že by měly své první dítě před 30 rokem života) nalezneme zajímavé výsledky.

Nadpoloviční většina respondentek (58 = 50,9 %), které měly své první dítě před 30 rokem života uvedly, že si nedokáží představit, že by měly své první dítě po 30 roce života. Respondentky, které své první dítě měly až po 31 roce života uvedly v 76,8 % případů, že si dokáží představit, že by měly dítě před 30 rokem života.

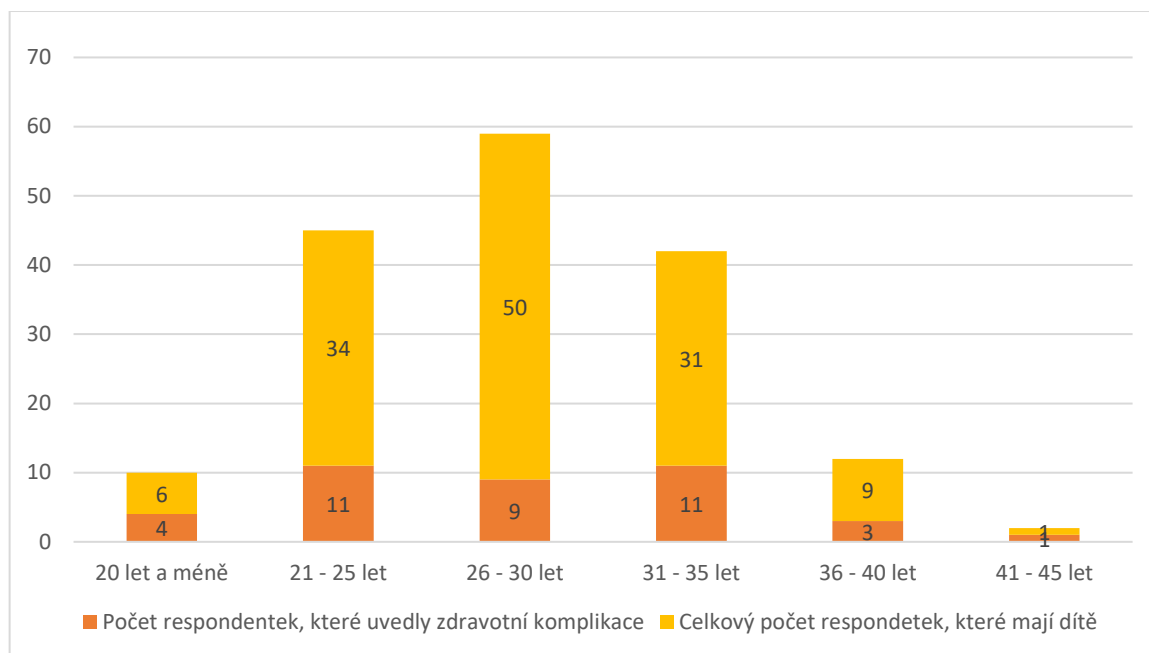
Pro porovnání psychické připravenosti respondentek v závislosti na jejich věku byl vytvořen graf (viz graf 36).



Graf 37: Psychická připravenost a věk respondentek

Z grafu 36 je viditelné, že většina respondentek byla psychicky připravena na těhotenství. Ve věku od 21 do 25 let můžeme pozorovat mírné zvýšení nepřipravenosti respondentek a podobně i u respondentek ve věku od 31 do 35 let. Překvapivý výsledek je u respondentek, které měly své první dítě ve 20 či méně letech. 9 z 10 respondentek v tomto věku uvedlo, že byly psychicky připravené na úlohu matky.

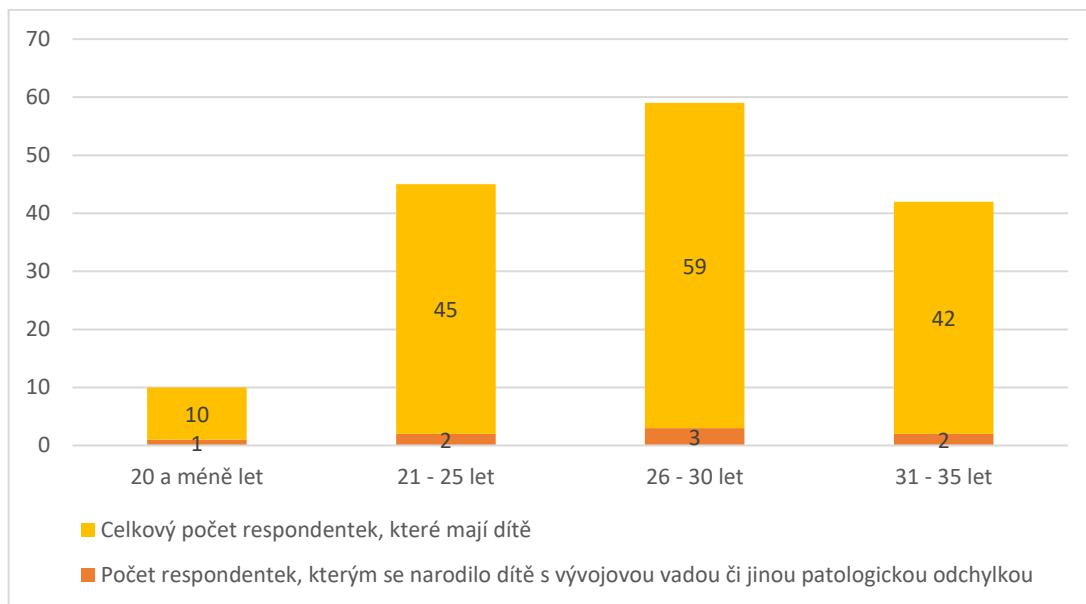
Pro ověření tvrzení různých autorů, že prvorodičky v pozdějším věku mají větší šanci na zdravotní komplikace během těhotenství než mladší prvorodičky, byl vytvořen graf (viz graf 37).



Graf 38: Zdravotní problémy během těhotenství a věk

Z grafu 37 vyplývá, že respondentky od 31 let postihují zdravotní problémy v těhotenství více než respondentky mladší 30 let. U prvorodiček ve věku 31–35 let je 35,48 % výskyt zdravotních problémů během těhotenství, v 36–40 letech je 33,33 % výskyt zdravotních problémů a u 41–45letých prvorodiček je 50 % výskyt zdravotních problémů během těhotenství. Ovšem z mého výzkumu také vyplývá, že zdravotní komplikace postihují ve velké míře také respondentky (4 z 6 respondentek = 66,7 %), které měly své první dítě ve 20 a méně letech.

Posledním vytvořeným grafem je graf 38, ve kterém je porovnáván věk a narození dítěte s vrozenou vadou či jinou patologickou odchylkou.



Graf 39: Narození dítěte s vývojovou vadou či jinou patologickou odchylkou a věk

Ani jedné z respondentek ve věku 36 a více se nenarodilo dítě s vývojovou vadou či jinou patologickou odchylkou. Největší výskyt narození dítěte s vývojovou vadou či jinou patologickou odchylkou je u respondentek ve věku 26–30 let, ale je to pouze 5,1 % z celé věkové skupiny. Podobně na tom jsou i věkové skupiny 21–25 let (2 z 45 respondentek = 4,44 %) a 31–35 let (2 z 42 respondentek = 4,8 %).

ZÁVĚR

Diplomová práce na téma Pozdní mateřství – fenomén této doby byla rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části práce byla popsána závislost plodnosti na věku ženy. Dále bylo popsáno těhotenství a rizika s ním spojená v závislosti na věku ženy. Pojmy jako je mateřství, rodičovství a rodina byly poměrně rozsáhle osvětleny a přirovnány i k věku ženy. Termín „pozdní mateřství“ byl podrobně rozebrán v kapitole 4, kde byly popsány komplikace, které mohou v souvislosti s vyšším věkem matky nastat, jaké mohou vznikat komplikace během těhotenství, během porodu a také po porodu. Dále bylo také popsáno, jaká rizika hrozí ženám v pozdějším věku v souvislosti s těhotenstvím (Downův syndrom, předčasný porod, vývojové vady a další).

Kapitola 5 byla věnována faktorům, které ovlivňují rozhodování žen v souvislosti s početím dítěte. Zde bylo popsáno několik nejčastěji se objevujících faktorů, které ženy uvádí jako důvody pro odklad svého mateřství. V poslední kapitole teoretické části byly srovnány statistické údaje z jiných zemí se statistickými údaji České republiky. Pro srovnání byly vybrány země sousedící s Českou republikou pro lepší představivost čtenářů.

Empirická část byla věnována zmapování faktorů, které vedou ženy k odložení mateřství a dalším souvisejícím otázkám, které se týkají obecně žen a mateřství. V empirické části byl stanoven cíl výzkumu, k jehož naplnění došlo prostřednictvím dotazníkového šetření. Dále byly v empirické části uvedeny výsledky dotazníkového šetření, které byly znázorněny pomocí grafů a následně byly i stručně popsány. Na závěr byly všechny důležité výsledky pro diplomovou práci shrnuty a podrobně popsány v diskusi.

Závěrem diplomové práce bych ráda zhodnotila úspěšnost mého výzkumu. Přestože se může jednat pro některé respondentky o poměrně citlivé téma, podařilo se mi získat velké množství odpovědí pomocí dotazníkového šetření. Tušila jsem, že bude o vyplnění na toto téma poměrně velký zájem ze strany žen, protože se jedná o aktuální téma. Netušila jsem však, že pro sběr 271 odpovědí budou stačit pouze 2 dny. Respondentek bylo tedy dostatečné množství na to, abych mohla zmapovat faktory, které ženy vedou k odložení mateřství na pozdější dobu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje

BIERMANN, CH., RABEN, R. *Maminkou ve čtyřiceti?* Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-075-5.

BINDER, T. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů.* Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2009-3.

BRIZENDINE, L. *Proč ženy myslí tak, jak myslí, a proč jednají jinak než muži.* Brno: Computer Press., 2007. ISBN 978-80-251-1690-6.

ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL a B. SRP. *Porodnictví. 2.,* přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1303-8.

DUNOVSKÝ, J.a kol. *Sociální pediatrie.* Grada: Avicenum, Praha. 1999. ISBN 80-7169-254-9.

FUČÍK P., M.B.E. CHROMKOVÁ. *Rodičovské dráhy. Dvacet let vývoje české porodnosti v sociologické perspektivě.* Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-6551-2.

GIDDENS, A. *Unikající svět.* Praha: Slon, 2000. ISBN 80-85850-91-5.

HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství.* Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví. 3.* zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HAŠKOVÁ, H. *Fenomén bezdětnosti.* Vyd. 1. Praha: SLON, 2009. ISBN 978-807-4190-209.

HAŠLÍK, L. *Těhotenství po čtyřicítce. Postgraduální medicína.* 2013, roč. 15, č. 1, s. 13-15. ISSN: 1212-4184.

HŘIVNOVÁ, M. a kol. *IN TIME – Kognitivní a afektivní dimenze mladých dospělých ve vztahu k těhotenství a rodičovství.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2020. ISBN 978-80-244-5920-2.

KUKLA, L. a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí.* Brno: Grada Publishing, 2016. ISBN 8027192242.

MATĚJČEK, Z., & LAMGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života.* Praha: Panorama, 1986. ISBN 11-060-86.

- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Vyd. 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-24-9.
- MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. Vyd. 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-86429-87-8.
- MOŽNÝ, I., J. RYCHTAŘÍKOVÁ a S. PIKÁLKOVÁ. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství. 2006. ISBN 80-864-2958-X.
- NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-938-1.
- PAŘÍZEK, A. *Těhotenství*. Vyd. 5. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-214-5
- PAŘÍZEK, A. *Porod*. Vyd. 5. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-215-2
- PROCHÁZKA, M. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3470-5.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., & MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
- ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
- SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9
- SLEPIČKOVÁ, L. *Diagnóza neplodnost: Sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2017. ISBN 802108619X.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0217-2.
- STŘEDA, R. *Vyšší reprodukční věk – příčiny snížení reprodukčního potenciálu*. *Gynekolog*. 2013, roč. 22, č. 1, s. 8-10. ISSN: 1210-1133
- SVOBODOVÁ, J., & ŠMAHELOVÁ, B. (2007). *Kapitoly z obecné pedagogiky*. Brno: MSD. ISBN 978-80-86633-81-7.
- ŠILHOVÁ, L. a J. STEJSKALOVÁ. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, ISBN 80-251-0987-9.
- VÁGNEROVÁ, M. (2007). *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- Zdravotnická statistika. *Vrozené vady u narozených v roce 2015: Zdravotnická statistika*. 1. vyd., Praha: ÚZIS ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-174-8. ISSN 1801-4798.

Internetové zdroje

Centrum prenatalní diagnostiky a genetiky. Čekáte miminko – víte co je preeklampsie? [online]. Zlín [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://www.prediko.cz/cekate-miminko-pozor-na-preeklampsie>

Český statistický úřad. *Porodnost a plodnost za období 2011 až 2021*. 1. vyd. Praha: ČSU. [online] 2022, [cit. 2023-09-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/porodnost-a-plodnost-2011-2021>

ČTK. *Kojení snižuje riziko rakoviny prsu u starších prvorodiček* [online]. Praha, In: Novinky.cz 2008, [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/clanek/113502-kojeni-snizuje-riziko-rakoviny-prsu-u-starsich-prvorodicek.html>

DOBŠÍNSKÁ, K. *Volím dobrovolnou bezdětnost*. In: Sedmá generace [online] 2021, [cit. 2023-09-03]. Dostupné z: <https://sedmagenerace.cz/volim-dobrovolnou-bezdetnost/>

DUDEK, M. *MUDr. Štěpán Budka: „Odkládání těhotenství? Po pětatřicítce téměř šílenost!* In: Naše Praha [online] 2019, [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://www.nasepraha.cz/mudr-stepan-budka-odkladat-tehotenstvi-po-petatricitce-temer-silenost/>

ENDRYCHOVÁ, I. *Jaké to je rodit ve 20, 30 nebo 40 letech?* In: maminka.cz [online] 2015, [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://www.maminka.cz/clanek/jake-to-je-rodit-ve-20-30-nebo-40-letech>

Eurostat. *Mean age of women at childbirth and at birth of first child*. In: Eurostat, Data Browser. [online] 2023, [cit. 2023-09-03]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00017/default/table?lang=en>

Eurostat. *Fertility rates by age*. In: Eurostat, Data Browser. [online] 2023, [cit. 2023-09-03]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_frate/default/bar?lang=en

FALL, C. et al. *Association between maternal age at childbirth and child and adult outcomes in the offspring: a prospective study in five lowincome and middle-income countries*.

In: Journal of Perinatology. [online] 2015, [cit. 2023-09-03]. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00038-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00038-8/fulltext)

HÁŠKOVÁ, H. *Fenomén bezdětnosti v české společnosti*. Praha: Univerzita Karlova. Rigorózní práce. [online]. 2010, [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/86105/150000898.pdf?sequence=1>

CHALOUPKOVÁ, J. *Ideální věk rodičovství v České republice a v evropském srovnání. Data a výzkum – SDA info* [online]. 2008, [cit. 2023-08-03]. ISSN 1802-8152. Dostupné z: <http://dav.soc.cas.cz/issue/7-data-a-vyzkum-2-2008/39>

Institut sociální politiky a výzkumu. *Přibude bezdětných a žen s jedním potomkem. Roli hraje i vyšší věk spojený s obtížemi přirozeně otěhotnět.* In: *Revue pro sociální politiku a výzkum* [online]. 2019 [cit. 2023-09-03].

Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2019/06/pribude-bezdetnych-a-zen-s-jednim-potomkem-rol-i-hraje-i-vyssi-vek-spojeny-s-obtizemi-prirozene-otehotnet/>

JANOŠKOVÁ, K., & Sedláček, L. *Jiné mateřství.* In: *Gender, rovné příležitosti, výzkum.* [Online]. 2005. [cit. 2023_08_03]. Dostupné z:

<https://www.genderonline.cz/pdfs/gav/2005/01/06.pdf>

JOLLY M, SEBIRE N, HARRIS J, ROBINSON S, REGAN L. *The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older.* In: *National Library of Medicine.* [online]. 2000. [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11056148/>

KARETOVÁ, D., JENÍŠOVÁ, A. a L. SKALICKÁ. *Venózná tromboembolismus v těhotenství.* In: *Medical tribune* [Online]. 2020. [cit. 2023_27_02]. Dostupné z:

<https://www.tribune.cz/archiv/venozni-tromboembolismus-v-tehotenstvi/>

KONRÁDOVÁ, T. *Mateřství jako ideál, mateřství jako role.* In: *A2larm.cz* [Online]. 2020. [cit. 2023_27_02]. Dostupné z: <https://a2larm.cz/2017/02/materstvi-jako-ideal-materstvi-jako-role/>

KLEŇHOVÁ, M. *Nejdříve studia, pak mateřství.* In: *Statistika a my* [Online]. 2015. [cit. 2023_12_03]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2015/01/19/nejdříve-studia-pak-materstvi/>

NILSSON, F. *Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study.* In: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2014. [cit. 2023-08-03]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.12694>

RICHARDS, M. K. a spol. *Primary cesarean section and adverse delivery outcomes among women of very advanced maternal age.* In: *Journal of Perinatology.* [online]. 2016. [cit. 2023-08-03] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26741572/>

ŠÍDLO, L., A. ŠŤASTNÁ, J. KOCOURKOVÁ a T. FAIT. *Vliv věku matky na zdravotní stav novorozenců v česku*. In: Demografie [online]. 2019, (61), 155-174 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/91917738/13005319q3_155.pdf/9d6f5de7-9309-4c8d-9390-fb469599c416?version=1.1

VESELÝ, Petr. *V kolika letech je nejlepší mít dítě?* In: Novinky.cz [online]. 2005. [cit 2023-10-03]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/clanek/76780-v-kolika-letech-je-nejlepsi-mit-dite.html>

ZAMYKALOVÁ, L. *Babičky-matky? Diskurzivní konstrukce mateřství skrze asistovanou reprodukci*. In: Gender, rovné příležitosti, výzkum [online]. 2005. [cit 2023-12-03] Dostupné z: https://www.genderonline.cz/artkey/gav-200501-0010_grandmothers-mothers-discursive-construction-of-motherhood-through-the-assisted-reproduction.php

VYSOČANOVÁ, M., FLORIÁNOVÁ, A. a J. ŠPINAR. *Hypertenze v těhotenství*. In: Kardiologická revue interní medicína [online]. 2018. [cit 2023-12-03] Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2018-4-13/hypertenze-v-tehotenstvi-106966>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Ukazatele plodnosti podle pořadí v letech 2011-2021 (zdroj: Eurostat, 2022)..... 10

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Úhrnná plodnost žen 2012-2021 (zdroj: Eurostat, 2022).....	9
Graf 1: Úhrnná plodnost žen 2012-2021 (zdroj: Eurostat, 2022).....	Chyba! Záložka není definována.
Graf 2: Míry plodnosti podle pořadí a věku ženy v letech 2011 a 2021 (zdroj: CZSO, 2022)	11
Graf 2: Míry plodnosti podle pořadí a věku ženy v letech 2011 a 2021 (zdroj: CZSO, 2022)	Chyba! Záložka není definována.
Graf 3: Živě narození s vrozenou vadou podle věku matky, v roce 2015 (zdroj: ÚZIS ČR, 2018).....	23
Graf 3: Živě narození s vrozenou vadou podle věku matky, v roce 2015 (zdroj: ÚZIS ČR, 2018).....	23
Graf 4: Struktura vrozených vad u živě narozených dívek, v roce 2015 (zdroj: ÚZIS ČR, 2018).....	24
Graf 5 Struktura vrozených vad u živě narozených chlapců, v roce 2015 (zdroj: ÚZIS ČR, 2018).....	24
Graf 6: Věkové zastoupení respondentek	40
Graf 7: Položka č. 1	42
Graf 8: Položka č. 2	42
Graf 9: Položka č. 3	43
Graf 10: Položka č. 4	43
Graf 11: Položka č. 5	44
Graf 12: Položka č. 6	44
Graf 13: Položka č.7	45
Graf 14: Položka č. 8	45
Graf 15: Položka č. 9	46
Graf 16: Položka č. 10	47
Graf 17: Položka č. 11	48
Graf 18: Položka č. 12	50
Graf 19: Položka č. 13	50
Graf 20: Položka č. 14	51
Graf 21: Položka č. 15	51
Graf 22: Položka č. 16	52
Graf 23: Položka č. 17	52
Graf 24: Položka č.18	53
Graf 25: Položka č. 19	53
Graf 26: Položka č. 20	54
Graf 27: Položka č. 21	55
Graf 28: Položka č. 22	55
Graf 29: Položka č. 23	56
Graf 30: Položka č. 24	56
Graf 31: Položka č. 25	57

Graf 32: Položka č. 26	57
Graf 33: Položka č. 27	58
Graf 34: Položka č. 28	59
Graf 35: Položka č. 29	60
Graf 36: Psychická připravenost a věk respondentek.....	63
Graf 37: Zdravotní problémy během těhotenství a věk.....	64
Graf 38: Narození dítěte s vývojovou vadou či jinou patologickou odchylkou a věk	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník	74
------------------------------	----

Příloha č. 1

Dotazník

Vážení,

jmenuji se Viktorie Topolčanová a jsem studentkou magisterského studijního programu Sociální pedagogika – management a projektování na Univerzitě Palackého v Olomouci. Dovoluji si obrátit se na Vás touto cestou s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož tématem je „Pozdní mateřství – fenomén této doby“. Vyplnění tohoto dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní. Získané údaje budou využity pro zpracování výzkumu do diplomové práce.

Vyplněním tohoto elektronického dotazníku a jeho odesláním automaticky souhlasíte s použitím ANONYMNÍCH výsledků do výzkumného šetření.

Předem Vám srdečně děkuji za Vaši ochotu a čas.

Bc. Viktorie Topolčanová

Sociodemografické údaje:

Položka č. 1 – Pohlaví

- žena
- muž

Položka č. 2 – Věk

- 20 let a méně
- 21–25 let
- 26–30 let
- 31–35 let
- 36–40 let
- 41–45 let
- 46 let a více

Položka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní
- Středoškolské odborné (bez maturity)
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

Položka č. 4 – Zaměstnání

- Zaměstnanecký poměr
- OSVČ
- Student
- Nezaměstnaný
- Mateřská / rodičovská dovolená

Položka č. 5 – Velikost obce, ve které žiji:

- Méně než 4 999 obyvatel
- 5 000 – 19 999 obyvatel
- 20 000 – 99 999 obyvatel
- 100 000 – 299 999 obyvatel
- 300 000 a více obyvatel

Položka č. 6 – Bydlím:

- Ve vlastním bytě / domě
- U rodičů
- V bytě / domě, který vlastní můj partner
- V podnájmu
- S přáteli v podnájmu (na privatě)
- Na koleji

Položka č. 7 – Náboženské vyznání

- Žádné
- Křesťanské
- Ostatní vyznání

Položka č. 8 – Rodinný stav

- Svobodná
- Vdaná
- Vdova
- Rozvedená

Položka č. 9 – Partnera

- Mám
- Nemám

Otázky týkající se pouze těch žen, které mají partnera:

Položka č. 10 – S partnerem bydlíme ve společné domácnosti:

- Ano
- Ne

Položka č. 11 – Věk partnera

- 20 let a méně
- 21–25 let
- 26–30 let
- 31–35 let
- 36–40 let
- 41–45 let
- 46 let a více

Položka č. 12 – Nejvyšší dosažené vzdělání partnera

- Základní
- Středoškolské odborné (bez maturity)
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

Položka č. 13 – Zaměstnání partnera

- Zaměstnanecký poměr
- OSVČ
- Student
- Nezaměstnaný
- Mateřská / rodičovská dovolená

Položka č. 14 – S partnerem dítě máme:

- Ano
- Ne

Otázka určena pro respondentky, které uvedly v položce č. 14, že s partnere dítě nemají:

Položka č. 15 – S partnerem dítě chceme:

- Ano
- Ne

Otázky určené pro respondentky, které zvolily odpověď „Ano“ v položce č. 14 a v položce č. 15:

Položka č. 16 – Názor partnera při rozhodování o době početí dítěte pro mě má / měl:

- Zásadní vliv
- Docela velký vliv
- Docela malý vliv

- Žádný vliv

Položka č. 17 – S partnerem se v názoru na dobu početí dítěte:

- Shoduji
- Neshoduji

Otázky pro všechny respondentky:

Položka č. 18 – Můj názor na souvislost mezi možností založení rodiny a výtěžnou činností je takový, že:

- Výtěžná činnost brání založit rodinu
- Rodina by přinesla komplikace výtěžné činnosti
- Výtěžnou činnost a rodinu lze skloubit uspokojivě
- Nevím

Položka č. 19 – Za přijatelný důvod pro celoživotní bezdětnost považuji:

- Obava o zdraví dítěte
- Obava o moje zdraví
- Obava o neschopnost finančního zabezpečení rodiny
- Náboženské přesvědčení
- Upřednostnění péče o jiného člena rodiny
- Obava z budoucího vývoje společnosti
- Nedůvěra ve vlastní rodičovské schopnosti
- Upřednostnění práce před zakládáním rodiny
- Obava ze ztrát vlastní nezávislosti
- Upřednostnění zálib neslučitelných s péčí o dítě
- Ani jedno z výše uvedených
- Jiné ...

Položka č. 20 – Vliv na mé rozhodnutí o mém rodičovství / bezdětnosti má / měl:

(Respondentky vybírají na škále – Zásadní vliv, Docela velký vliv, Docela malý vliv, Žádný vliv)

- Sexuální orientace
- Současná situace v partnerství
- Touha po dítěti
- Požadavky a názory partnera
- Bytová situace
- Ekonomická situace
- Situace a plány v zaměstnání partnera
- Můj zdravotní stav či zdravotní stav partnera
- Situace a plány v mé kariéře
- Volnočasové aktivity
- Náboženské vyznání / ideologie
- Náhoda
- Názory okolí

Položka č. 21 – Mám děti:

- Ano
- Ne

Otázky pouze pro respondentky, které zvolily v položce č. 21 odpověď „Ano“:

Položka č. 22 – Rodičovství bylo plánované:

- Ano
- Ne

Položka č. 23 – Moje první dítě bylo počato přirozenou cestou:

- Ano
- Ne

Položka č. 24 – Během mého těhotenství jsem očekávala narození:

- Jednoho dítěte
- Dvou a více dětí

Položka č. 25 – Před otěhotněním jsem si uvědomovala, že věk ženy je jedním z rizikových faktorů v těhotenství:

- Ano
- Ne

Na následující otázku odpovídají pouze ženy, které v položce č. 21 zvolily odpověď „Ano“:

Položka č. 26 – Při narození PRVNÍHO dítěte mi bylo:

- 20 let a méně
- 21–25 let
- 26–30 let
- 31–35 let
- 36–40 let
- 41–45 let
- 46 let a více

Následující otázky jsou určeny pouze respondentkám, které porodily své první dítě do 30 roku života:

Položka č. 27 – Těhotenství PRVNÍHO dítěte jsem:

- Plánovala na pozdější dobu
- Plánovala na dobu, kdy proběhlo
- Neplánovala

Položka č. 28 – Dokážete si představit, že byste měla své první dítě až po 30 roce života?

- Ano
- Ne

Následující otázky jsou určeny pouze respondentkám, které porodily své první dítě po 31 roce života:

Položka č. 29 – Těhotenství PRVNÍHO dítěte jsem odložila z důvodu:

- Nebyla jsem ekonomicky zajištěna
- Neměla jsem stálého partnera
- Snažila jsem se otěhotnět, ale nešlo to
- Studium
- Zaměstnání a kariéra
- Dítě se narodilo neplánovaně
- Zdravotní důvody
- Jiné ...

Položka č. 30 – Dokážete si představit, že byste měla své první dítě před 30 rokem života?

- Ano
- Ne

Následující položky jsou určeny všem respondentkám, které zvolily v položce č. 21 „Ano“:

Položka č. 31 – Cítila jsem se na těhotenství dostatečně psychicky připravená:

- Ano
- Ne

Položka č. 32 – Měla jsem během těhotenství zdravotní problémy:

- Ano
- Ne

Položka č. 33 – Můj porod byl:

- Předčasný
- V termínu
- Po termínu

Položka č. 34 – Můj porod proběhl s komplikacemi, které ohrozily mě, nebo mé dítě:

- Ano
- Ne

Položka č. 35 – Narodilo se mi dítě s vývojovou či jinou patologickou odchylkou:

- Ano
- Ne

Následující položka je určena respondentkám, které odpověděly v položce č. 21 „Ne“:

Položka č. 36 – Dítě v budoucnu mít:

- Chci
- Snažím se o něj
- Spíše chci
- Spíše nechci
- Nechci
- Nemohu ze zdravotních důvodů

Následující položky jsou určeny respondentkám, které zvolily v položce č. 36 odpověď – „Chci“, „Snažím se o něj“ nebo „Spíše chci“:

Položka č. 37 – Děti plánuji ve věku:

- Do 25 let
- 26–30 let
- 31–35 let
- 36–40 let
- 41–45 let
- Nevím

Položka č. 38 – Z jakého důvodu bych odložila své mateřství na pozdější dobu:

- Nejsem ekonomicky zajištěná
- Nemám stálého partnera
- Studium
- Zaměstnání a kariéra
- Psychická připravenost
- Nátlak okolí
- Zdravotní komplikace
- Jiné ...

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Přeji hezký den.