

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Bc. KRISTÝNA BLÁHOVÁ

Psychosomatický stav žen v těhotenství

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Olomouc 2022

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 10. května 2022

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph.D. za odborné vedení této práce, za trpělivost a cenné rady. Dále děkuji všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření, a také mojí rodině za psychickou podporu během psaní diplomové práce a celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Sebehodnocení těhotných žen

Název práce: Psychosomatický stav žen v těhotenství

Název práce v AJ: Psychosomatic condition of pregnant women

Datum zadání: 2021-01-31

Datum odevzdání: 2022-05-10

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Kristýna Bláhová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Výzkumná práce se zabývá propojením oborů psychologie a porodnictví. Je zaměřena na vnímání těhotenství ženou, na psychické změny, které období těhotenství doprovází, a vnitřní i vnější vlivy, které mohou její psychický stav ovlivnit. Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení pojmů psychologie, psychosomatika, jáství, sebepojetí a sebevědomí. Také uvádí několik definic těhotenství, popisuje fyzický a psychický vývoj ženy během těhotenství. Dále uvádí významnou roli partnera a porodní asistentky. Na závěr zmiňuje možné determinanty s vlivem na prožívání těhotenství ze strany ženy. Cílem praktické části práce bylo zjistit průměrné sebehodnocení těhotných žen dle Rosenbergovy škály a determinanty, které toto sebehodnocení ovlivňují. Mezi tyto determinanty byl zařazen věk těhotné ženy, gestační týden, ve kterém se právě nachází, dále fakt, zda žije s manželem a je zaměstnaná, či nikoli. Také bylo zjištěno, zda je u žen obecně těhotenství stav, který sebehodnocení ovlivňuje. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dotazníku. Profil výzkumného souboru tvořilo 220 respondentek, z čehož bylo 120 těhotných žen a 100 netěhotných žen, které tvořily kontrolní skupinu pro vyhodnocení. Ze statistického zpracování diplomové práce vyplývá, že těhotenství, věk, gestační týden, manželství ani zaměstnanost nejsou okolnosti, které významně ovlivňují sebehodnocení ženy.

Abstrakt v AJ: The research work deals with the interconnection of the fields of psychology and obstetrics. It focuses on the woman's perception of pregnancy,

the psychological changes that accompany the pregnancy period and the internal and external influences that can affect her mental state. The theoretical part focuses on explaining the concepts of psychology, psychosomatics, self, self-concept and self-esteem. Also lists several definitions of pregnancy, describes the physical and mental development of a woman during pregnancy. She also mentions the important role of partner and midwife. Finally, he mentions possible determinants with an effect on a woman's experience of pregnancy. The aim of the practical part of the work is to determine the average self-esteem of pregnant women according to the Rosenberg scale and the determinants that affect this self-esteem. These determinants include the age of the pregnant woman, the gestational week in which she is currently situated, and the fact whether she lives with her husband and is employed or not. We also find out if, in general, pregnancy is a condition that affects self-esteem. The research was conducted using a questionnaire. The profile of the research group consisted of 220 respondents, of which 120 were pregnant women and 100 were non-pregnant women, who formed a control group for evaluation. The statistical processing of this diploma thesis shows that pregnancy, age, gestational week, marriage and employment are not circumstances that significantly affect a woman's self-esteem.

Klíčová slova v ČJ: Psychologie těhotenství, sebehodnocení, sebepojetí, těhotenství

Klíčová slova v AJ: Pregnancy psychology, pregnancy, self-esteem, self-concept

Rozsah: 88 stran / 3 přílohy

Obsah

ÚVOD.....	8
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	10
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1 Psychologie.....	11
2.2 Psychosomatika.....	11
2.3 Jáství.....	12
2.4 Sebepojetí.....	13
2.4.1 Vývoj sebepojetí.....	14
2.4.2 Aspekty sebepojetí.....	15
2.4.3 Obrana sebepojetí.....	16
2.5 Sebehodnocení.....	17
2.5.1 Zdroje sebehodnocení.....	18
2.5.2 Aspekty sebehodnocení.....	18
2.5.3 Faktory ovlivňující sebehodnocení.....	19
2.6 Těhotenství.....	20
2.6.1 Těhotenské změny v organismu ženy z fyzikálního hlediska.....	21
2.7 Prenatální péče.....	26
2.7.1 Pravidelná a nepravidelná vyšetření v těhotenství.....	27
2.8 Těhotenství z psychologického hlediska.....	29
2.9 Proces převzetí mateřské úlohy.....	30
2.10 Role partnera v těhotenství.....	31
2.11 Role porodní asistentky v těhotenství.....	33
2.12 Faktory ovlivňující psychický stav ženy během těhotenství.....	35
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
3.1 Cíl, dílčí cíle a hypotézy.....	39

3.2	Metodika.....	40
3.3	Výsledky výzkumu.....	43
3.4	Diskuze	68
3.5	Doporučení pro praxi.....	71
	ZÁVĚR	72
	ZDROJE	73
	SEZNAM ZKRATEK.....	81
	SEZNAM OBRÁZKŮ	82
	SEZNAM TABULEK	83
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84

ÚVOD

Období těhotenství je v životě ženy velmi důležitým milníkem, který provází obrovské množství změn, a to jak fyzických, tak psychických.

Jak uvádí Roztočil (2017), psychické změny se projeví u každé ženy, ať se jedná o chtěné, vytoužené či naopak nechtěné těhotenství. Psychické změny doprovází i změny emocí, pozitivní i negativní. Na jednu stranu bývá obvyklá radost z nového života a těšení se na miminko. Na stranu druhou ženu přepadají obavy, jak se po porodu všechno změní a zda vše vůbec zvládne.

Naše společnost má určitou představu, jak by mělo vypadat zázemí, do kterého žena přivede dítě. Obecně se předpokládá, že by žena měla být vdaná či mít přítele, se kterým sdílí domácnost, měla by být ve vhodném věku, ani příliš mladá, ani příliš stará a budoucí rodiče by měli mít dostatek finančních prostředků na zajištění dítěte. Toto všechno jsou jistě dobré předpoklady pro to, aby žena období těhotenství bez problémů zvládla a vyrovnala se se všemi změnami, které ji čekají. Avšak není výjimkou, že těhotná žena toto sociální ani finanční zázemí nemá. V období těhotenství se pocit nedostatku může projevit výrazněji než dříve a je možný negativní vliv na průběh těhotenství a vývoj plodu. V tomto případě má velkou roli lékař a porodní asistentka v prenatální péči, kteří vídají ženu v pravidelných intervalech během celého těhotenství. Mohou tedy sledovat změny v jejím psychickém stavu a včas a adekvátně reagovat.

Již zmíněné faktory mohou pozitivně či negativně ovlivňovat sebehodnocení ženy a tím i její spokojenost a psychickou pohodu během těhotenství. Projevy vnitřní nepohody se zabývá psychosomatika. Tato věda odkazuje na základní myšlenku zdravotnictví, kterou je holistický přístup k pacientovi. To znamená, že nejde léčit pouze jednu část člověka, ale je třeba zaměřit se na celou jeho podstatu, jelikož jedna část souvisí s ostatními. Tedy že psychické problémy a psychická nevyrovnanost se mohou projevit jako zdravotní problémy v úplně jiné oblasti.

V teoretické části se tato diplomová práce zaměřuje na pojmy sebezpojetí a sebehodnocení, také se zabývá těhotenstvím a psychickými změnami u žen a mužů. Tématu, jak muži prožívají těhotenství partnerky, je věnována jedna kapitola. Obecně je porodnictví zaměřeno na ženu jako pacientku či klientku u porodu a spolupráce s rodinou je na stejné úrovni jako v jiných zdravotnických oborech. Avšak reakce a prožívání mužů jsou také důležité. I když muži nepatří mezi

pacienty gynekologicko-porodnického oddělení, je třeba je brát jako součást ženy, o kterou pečujeme. Jelikož prožívání těhotenství z pohledu muže může výrazně ovlivnit to, jak bude těhotenství prožívat žena, tedy naše pacientka.

Praktická část diplomové práce je koncipována jako kvantitativní výzkum pomocí standardizovaného dotazníku doplněného o několik demografických otázek, pro potřeby diplomové práce. Cílem výzkumu bylo zjistit sebehodnocení těhotných žen a určení možných determinantů, které toto sebehodnocení ovlivňují. Například jaký vliv na sebehodnocení má fakt, že žena nežije v manželství, ale žije sama, nebo se jedná o těhotnou ženu, která je starší 40 let.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: Psychologie těhotenství, těhotenství, sebevědomí, sebepojetí, sebehodnocení, partner těhotné ženy, Rosenbergova škála sebehodnocení

Klíčová slova v AJ: Pregnancy psychology, pregnancy, self-esteem, self-concept, self-image, partner of pregnant women, Rosenberg scale

Jazyk: anglický, český

Období: 2012–2022



DATABÁZE

GOOGLE Scholar, PubMed, vyhledávač GOOGLE.

Nalezeno: 365 článků.



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Duplicitní články,
kvalifikační práce, nerecenzovaná periodika,
články netýkající se cílů,
články, které nesplnily kritéria.



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

PubMed použito 17 článků,

GOOGLE scholar: 7 článků.

GOOGLE: 4 články.



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito dohledaných 28 elektronických a 7 tištěných článků a 43 knižních publikací.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Psychologie

Slovo psychologie je řeckého původu a skládá se ze dvou slov. Prvním slovem je psyché, přeloženo jako duše či dech, a druhým slovem je logos, což znamená věda nebo nauka. Zjednodušeně tedy můžeme říct, že psychologie je věda o duši. Odborněji můžeme psychologii definovat jako *„vědní obor, jenž se zabývá prožíváním a chováním, jejich výtvořů a jejich determinací“* (Pugnerová, 2019, s. 9).

Nakonečný (1995) popisuje psychologii jako předmět, který zkoumá psychické jevy. Uvádí však, že vzhledem ke zvláštní povaze zkoumaných jevů, které nazýváme psychika, není jasné vymezení předmětu jednoduché.

Plháčková (2003) rozšiřuje definici psychologie na *„vědu, která studuje lidské chování, mentální procesy a tělesné dění včetně jejich vztahů a vzájemných interakcí“*.

2.2 Psychosomatika

Stejně jako pojem psychologie, tak i pojem psychosomatika má původ v Řecku. Jak bylo řečeno, psyché znamená duše a soma znamená tělo. Psychosomatika je tedy vazba mezi duší a tělem (Poněšický, 2014, s. 13).

„Psychosomatika je poznávání, lékařská a psychoterapeutická léčba rehabilitace takových nemocí a chorobných stavů, na jejichž ustavení, rozpoutání, udržování, zhoršování a subjektivním zpracování se podílejí psychické a psychosociální faktory nebo souhra tělesných a duševních příčin“ (Morschitzky a Sator, 2012, s. 15).

Znamená to, že prostřednictvím fyzických obtíží může tělo dávat najevo psychické obtíže. Proto by měl být v medicíně podporován tzv. celostní přístup, který se nesoustředí pouze na jednu část jedince, ale vnímá ho jako celek. Fyziologie souvisí s psychologií a jedna část organismu souvisí s těmi ostatními (Tancerová, zdraví.euro).

Dle Irmiše (2014) je kladen důraz na jednotu biologického a psychosociálního pohledu. V současnosti je psychosomatika považována za vědecký obor, který se zabývá vzájemnými vztahy mezi biologickými, psychologickými a sociálními faktory při studiu zdraví a nemoci (Irmiš, 2014, s. 74).

2.3 Jáství

Jáství čili sebeobraz nebo pojem sebejá je klíčový pro vysvětlení duševního života člověka. Jáství popisuje obecně fungující lidský egocentrismus, který vedl ke vzniku psychologie ega (Nakonečný, 2021, s.133).

Představa já ve vlastním vědomí člověka může být prezentována mnoha podobami. Tuto podobu často ovlivňují jednání či společenské role člověka, např. já jako žena, já jako porodní asistentka nebo já jako partnerka. Představa vlastního já může být také nedefinovatelná, jelikož se nepromítá jako osoba, ale jako pocit (Výrost a kol., 2019, s. 77).

Kelnarová a Matějková (2014) uvádějí následující části „já“:

- vědomí „já“: vlastní sebevědomí,
- volní regulace vlastního chování,
- stálost v jednání a chování,
- svědomí: vnitřní kontrola jednání a chování,
- systém hodnot a ideálů a jejich struktura, které si jedinec určuje sám.

Když si jedinec vytváří sebeobraz, působí na něj jednak jeho přirozenost, dále genetické dispozice, reakce okolního sociálního prostředí a také společenské představy o žádoucí osobnosti. V běžné psychologii pak můžeme obrazy sama sebe rozdělit takto:

- reálné „já“: objektivně ukazuje, jaký jedinec je,
- vnímané „já“: ukazuje, jaký si myslí jedinec, že je,
- ideální „já“: vyjadřuje představu o tom, jaký by jedinec chtěl být,
- prezentované „já“: zahrnuje charakteristiky, které jedinec ukazuje jiným (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 46).

Jáství a vnímání sebe sama zkoumá obor nazvaný psychoanalýza. Za jejího zakladatele je považován Sigmund Freud. Freud měl důležitý vliv na vnímání já u člověka. Freud tvrdil, že člověk je uzavřený systém, proto se duševní čili psychická energie musí spotřebovat v rámci tohoto systému.

V rámci jednoho systému definoval 3 subsystémy:

- ID: Id je nejprimitivnější a instinktivní složka osobnosti. Jedná se o část nevědomí, která zahrnuje nutkání a impulsy, včetně libida. Freud také tvrdí, že id se stará pouze o své dobro, nikoli o dobro

ostatních. Id je v jedinci od narození a přímo reaguje na jeho základní potřeby, touhy a nutkání. Vzhledem k tomu, že funguje v nevědomé části mysli, není v kontaktu se světem, není ovlivněno realitou ani logikou, zůstává celý život neměnné.

- EGO: Ego je vědomá část osobnosti. Jako ego označujeme to, co si člověk uvědomuje, a zároveň to, jak se snaží působit na své okolí. Během života jedince se ego vyvíjí. Je ovlivněno sociální realitou, společenskými normami a etiketou. Dobře rozvinuté ego je známkou zdravé osobnosti.
- SUPEREGO: Superego je zároveň vědomá i nevědomá část. Vnímá určité morální hodnoty a je zdrojem sebekritiky. Je zdrojem dokonalosti. Jeho hlavní funkcí je usměrňování osobnosti Id. Pokud je Superego nedostatečně vyvinuté, jedinec nemá morální hodnoty a může u něj docházet ke zločinnému chování (Drapela, 2008, s. 19-25; McLeod, 2019).

Kohoutek (2001) zjednodušil tyto 3 podsystémy takto: Id je nejhlubší duševní část jedince, je zdrojem biologických potřeb a přání. Ego vychází z Id ale je rozvinuté díky myšlení a životním zkušenostem. Superego reprezentuje svědomí, a tudíž řídí chování jedince, které vychází z Id a Ega.

2.4 Sebepojetí

„Sebepojetí je základem jáství člověka, je souhrnem názorů na sebe sama, na své místo ve světě, a v tomto smyslu je souhrnem pocitů, jimiž prožíváme spokojenost nebo nespokojenost se sebou, větší nebo menší sebedůvěru, sebeúctu a vliv na druhé. Sebepojetí je také uvědomováním si svých osobnostních charakteristik, často zkresleně nebo stylizovaně se záměrem vyvolat o sobě v druhých určitý dojem. Do struktury sebepojetí patří i úroveň sebemonitorování a sebe prezentace a místo ovládnutí. Ze sebepojetí vyrůstá charakter člověka“ (Smékal 2002, s. 368).

Výrost a kol. (2019, s. 79) definují sebepojetí jako *„více či méně uspořádané poznatky o sobě samém, které ovšem nikdy nelze zcela oddělit od prožitkové stránky sebereflexe“*.

Zjednodušenou definici také uvádí Blatný (2010, s. 107): „*sebepojetí je souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová*“.

Thorová (2015, s. 286) uvádí, že na sebepojetí je možno pohlížet jako na „*složité psychologický konstrukt, soubor názorů člověka vztažený k vlastnímu já*“.

Jedna ze starších definic zahrnuje také proměnlivou osobnost člověka a proměnlivou životní situaci. Říká, že „*sebepojetí je hypotetickým konstruktem a vymezujeme je především jako relativně stálý a ucelený, současně však měnící se vztah lidského jedince k sobě samému i k subjektivně důležitým skutečnostem jeho života*“ (Vymětal, 1996, s. 43).

Sebepojetí neboli self je také ústřední pojem, který užíval C. R. Rogers. Ten tyto termíny bral jako synonyma. Rogers uvádí, že já (self) a sebepojetí (concept of self či self-concept) jsou termíny, kterými se vyjadřujeme, „*když mluvíme o pohledu osoby na sebe samu*“ (Rogers, 1959, s. 200).

2.4.1 Vývoj sebepojetí

Sebepojetí, tedy obraz já, se vyvíjí během života. Vzniká na základě zkušeností a událostí v životě jedince. Proto můžeme říct, že každý člověk má v různých životních obdobích jiný obraz svého já. Podle Balcara se sebepojetí začíná vyvíjet přibližně ve třech letech, kdy je dítě schopné odlišit „já vs. ty“ a „osoby vs. předměty“ (Balcar, 1983, s. 157-158).

Vývojové fáze sebepojetí podle Erika Ericsona:

- věk batolecí: jsem to, co mohu svobodně dělat,
- věk předškolní: jsem to, co učiním,
- věk školní: jsem to, co dovedu,
- věk dospívání: jsem to, čemu věřím,
- věk mladé dospělosti: jsem to, co miluji,
- střední věk: jsem to, co poskytuji,
- věk zralosti: jsem to, co po mě zůstane.

Za nejdůležitější vliv při vytváření sebepojetí považujeme zkušenosti s lidmi, jejichž součástí bývají i hodnocení jedince. První takovou zkušenost má dítě díky rodičům nebo lidem, u kterých vyrůstá. Dítě se začíná vidět tak, jak předpokládá, že ho vidí oni. Dále je vývoj sebepojetí ovlivněn stereotypy ve společnosti. Každá společnost od jedince očekává určitý způsob či vzhled na základě jeho pohlaví,

národnosti, sociální vrstvy, povolání či věku. Toto očekávání se ve společnosti šíří osobním stykem i prostředky hromadného sdělování. Poslední velký vliv můžeme připsat novým zkušenostem. Každý nový zážitek jedince posunuje v tom, jak vidí sám sebe a jak ho vidí ostatní. Tak, i když již dříve vytvořený obraz svého já má nějakou stálost a odolnost, může být mírně pozměněn (Balcar, 1983, s. 158).

Jak je uvedeno, výše sebepojetí se během života mění a vyvíjí. Jednotlivé prezentace sebepojetí mají různou důležitost a stabilitu, která je dána subjektivně. Obvykle ta prezentace sebepojetí, která má stabilitu i vysokou důležitost, tvoří přirozené a stálé jádro sebepojetí. Ostatní bývají méně stálo a na důležitosti nabývají podle aktuálních okolností (Výrost a kol., 2019, s. 77).

2.4.2 Aspekty sebepojetí

Sebepojetí můžeme charakterizovat třemi aspekty.

Prvním aspektem je aspekt kognitivní. Ten se týká obsahu sebepojetí a jeho organizace, tedy struktury. Kognitivní aspekt můžeme definovat jako komplexitu já a jasnost sebepojetí. Komplexitou označujeme aspekty, které definují jedince. K těmto aspektům patří např. hodnoty, cíle nebo role. Tyto aspekty si jedinec vytváří na základě sebeschémat či schémat já. Tato schémata představují pro jedince vodítka, podle kterých určí důležité informace pro sebe samého. Nízká komplexita je spojena s expresivní emoční reakcí, naopak vysoká komplexita slouží jako obrana při psychické zátěži. Jasnost sebepojetí můžeme definovat jako stálost a odolnost vlastního jáství (sebeobrazu). Větší jasnost sebepojetí je spojena s dobrým poznáním a kladnému postoji k sobě samému (Blatný, 2010, s. 123; Výrost a kol., 2019, s. 79).

Následuje aspekt afektivní, v něm je vyjádřen vztah k sobě skrz emoční prožívání. Intenzita a stabilita stavů, které člověk prožívá, se nejprve projevuje při prvotním sebepoznávání a později při porovnávání sebe samého s ostatními lidmi. Afektivní aspekt, tedy emoční prožívání, můžeme rozdělit na dva základní směry, pozitivní a negativní. Termínově můžeme tento aspekt já zahrnout pod pojmy sebeúcta, sebehodnocení, sebedůvěra, sebevědomí atd. Emoční vztah k sobě má adaptační funkci. Jedná se o obranu já, která jedinci umožňuje předvídání a vyhnutí se stresu (Blatný, 2010, s. 124-125; Výrost a kol., 2019, s. 81-82).

Poslední je aspekt konativní, ten nám říká, že sebepojetí je důležitou motivační funkcí a má významnou roli při seberegulaci. Můžeme to vysvětlit tak,

že představa sebe sama, ať už v reálné situaci (reálné já) či v možné situaci (ideální já), je regulujícím mechanismem pro chování jedince. Také je zde kladen důraz na osobní standardy představující cíle a normy jedince. Ke konativnímu aspektu já můžeme přiřadit sebemonitorování, což je pozornost, kterou jedinec věnuje svému chování. Lidé s vysokou mírou sebemonitorování si pečlivě hlídají, jak se chovají v různých situacích, a obvykle se umí velice dobře ovládat. Lidé s nižší mírou sebemonitorování jednají spíše emotivně a bez přemýšlení (Blatný, 2010, s 129-130; Výrost a kol., 2019, s. 83).

2.4.3 Obrana sebepojetí

Představa obrany sebepojetí se poprvé objevila v roce 1984 v knize Neuropsychózy obrany, jejímž autorem byl Sigmund Freud. Idea a koncepce obrany sebepojetí během let prošla spoustou změn. Největší rozpracování provedla Anna Freud. Obrannými mechanismy se vědomí jedince chrání před úzkostí a negativními emocemi. A. Freud uvedla tři hlavní zdroje úzkosti, kterými jsou: konflikt Id a Superega, úzkost z vnějšího světa a úzkost ze síly pudů. Dále uvádí devět obranných mechanismů, projekce, popření, reaktivní formace, potlačení, izolace, agování (acting-out), regrese, sublimace a přemístění (Freud, 2006, s. 35-38).

Každý jedinec vědomě či nevědomě brání sebepojetí proti vnějším vlivům. Změna v sebepojetí znamená vždy nejistotu a tápání, a tím vyvolanou úzkost. Avšak úzkost nemusí být vždy jen negativní. Podle Freuda určitá míra vnitřního stresu motivuje člověka k práci a řešení nepříjemných situací. I přesto je úzkost považována za negativní pocit a člověk jí chce spíše předejít. Každý jedinec tedy brání sebepojetí proti vnějším vlivům. Tyto obranné mechanismy pomáhají člověku vyrovnat se s konfliktem a získat více času, který je potřeba k nalezení vhodného řešení. Obrany sebepojetí nemusí vždy být pro já pozitivní. Komplikují psychický vývoj jedince a vyvolávají vnímání nepřesností a jsou tak překážkou k poznání skutečného já (Cakirpaloglu, 2012, s.175; Fialová, 2001, s. 33-35).

Základní obrany našeho já jsou uváděny takto:

- popření: zaměření pozornosti na určité problémy a odvrácení se od jiných,
- vytěsnění: „zapomenutí“ špatných vzpomínek a vyhýbání se problémovým situacím,
- regrese: návrat z vyššího na nižší stupeň vývoje,

- reaktivní výtvor: nahrazení nepříjemného citu příjemným, obvykle opačným,
- izolace: oddělení obsahu od citu, schopnost objektivity,
- projekce: přisuzování svých problémů druhým lidem,
- racionalizace: klamné označení svých činů jako logických,
- přesun: nalezení náhradního cíle, pokud ten prvotní není dostupný,
- odčinění: špatný čin nebo myšlenka jsou napraveny pozitivním činem,
- somatizace: negativní emoce se projeví jako fyzické obtíže (Cakirpaloglu, 2012, s. 176-177; Cramer, 2018).

2.5 Sebehodnocení

Sebehodnocení je jedním z afektivních aspektů sebepojetí. Afektivní aspekty vyjadřují emoční složku osobnosti, a proto i sebehodnocení souvisí s emocemi.

Emoční aspekt sebehodnocení můžeme chápat jako pocitovou a prožitkovou oblast jedince. Sebehodnocení vyjadřuje vztah k vlastní osobě. Také ho můžeme definovat jako míru, jak je jedinec sám se sebou spokojený (Vágnerová, 2010).

Sebehodnocení je proces, při kterém subjekt hodnotí svou vlastní činnost, své vlastnosti a své schopnosti. Součástí tohoto procesu jsou také pocity a představy daného subjektu, jak je vnímán okolím (Nakonečný 2021, s. 157).

Sebehodnocení můžeme popsat jako představu sebe sama z hlediska vlastní hodnoty. V minulosti se sebehodnocení v některých případech vydávalo za synonymum sebepojetí. Tuto situaci pravděpodobně vysvětluje dvojí přístup k významům slov sebepojetí a sebehodnocení. Někteří autoři se domnívali, že lidé v běžném životě nerozlišují mezi sebepojetím a sebehodnocením, zatímco jiní považují sebehodnocení pouze za jeden z aspektů sebepojetí (Blatný, 2010, s. 125).

Jako již bylo zmíněno výše, pod afektivní aspekty spadá také sebevědomí. Sebevědomí můžeme popsat jako vědomí vlastní ceny, které vzniká na základě sebehodnocení. Čím kladnější sebehodnocení, tím vyšší sebevědomí. Neznamená to však, že čím pozitivnější, tím lepší. Za ideální je považováno tzv. zdravé sebevědomí. To je stav, kdy jedinec dokáže objektivně zhodnotit své klady i zápory, zbytečně se nepřeceňuje, ani nepodceňuje (Blatný, 2010, s. 123; Pugnerová, 2019, s. 126-127).

Křivolaký (2001) definuje zdravé sebevědomí takto: „Zdravé sebevědomí je základem zdravého a plnohodnotného života. Sebevědomí staví na sebehodnocení a sebecenění člověka a vyvěrá z mnoha pramenů lidské činnosti, sociálních kontaktů i vztahování se k sobě samému“.

2.5.1 Zdroje sebehodnocení

Základ sebehodnocení se vytváří již v raném dětství. Obecně můžeme uvést dva hlavní zdroje sebehodnocení. Na jedné straně je to osoba jedince a jeho vlastní zkušenosti, na straně druhé je to vliv okolí (Blatný, 2010, s. 126).

U jedince hrají důležitou úlohu osobnostní atributy, mezi které řadíme sílu ega, aspiraci a vnitřní motivaci. Významnou roli při sebehodnocení hraje rasa, národnost, pohlaví, věk nebo společenské postavení. Neméně důležité jsou také úspěchy či naopak neúspěchy jedince (Nakonečný, 2013, s. 274).

Za významné zdroje z okolí považujeme především osoby pro jedince významné, nejčastěji rodiče. Naprostá a bezvýhradná láska pomáhá dítěti vytvořit si pocity jistoty, důvěry a bezpečí. Se zvyšujícím se věkem vliv rodičů na sebehodnocení dítěte postupně klesá a nahrazuje ho vliv vrstevníků. Především v období adolescence jsou si vlivy rodičů a vrstevníků rovny, někdy může vliv vrstevníků i převažovat. Další změna nastává v dospělosti. Jedinec přichází do zaměstnání a plánuje či již buduje rodinu. Zásadní vliv na sebehodnocení mají v tomto období spolupracovníci, kolegové, partneři a přátelé (Blatný, 2010, s. 126-127).

2.5.2 Aspekty sebehodnocení

Za dva nejdůležitější aspekty sebehodnocení považujeme pozitivitu a negativitu. Tyto aspekty jsou úzce spojeny s pocitem vnitřní spokojenosti jedince a jsou ovlivněny vnějším prostředím a chováním jedince v různých situacích. To je důvod, proč existují významné rozdíly v sebehodnocení jedinců. Také je odlišné pojetí aspektů sebehodnocení. To, co jeden člověk považuje za pozitivní, může pro druhého znamenat něco negativního (Blatný a Plháková, 2003, s. 119).

Bylo dokázáno, že přehnaně nízké či vysoké sebevědomí může negativně ovlivnit jedince během jeho života. Lidé s nízkým sebevědomím si v životě dávají pouze minimální cíle a nemohou se posouvat dopředu. Oproti ostatním si připadají méněcenní a zbyteční. Tyto pocity mohou vést k úzkosti a depresím. Naopak lidé

s příliš vysokým sebevědomím na sebe mají přemrštěné nároky, které často neodpovídají jejich schopnostem a možnostem, méně často dosahují svých cílů, což může vést až k pocitům selhání (Blatný a Plháková, 2003, s. 119).

Za další důležitý aspekt Blatný a Plháková (2003) považují stabilitu sebehodnocení. Dle jejich názoru je stabilita v sebehodnocení důležitější než to, zda je sebehodnocení příliš vysoké či příliš nízké.

2.5.3 Faktory ovlivňující sebehodnocení

Faktorů, které ovlivňují sebehodnocení, je velké množství. Některé mají původ v jedinci samotném, jiné přicházejí z okolí. Můžeme vyjmenovat například věk, pohlaví, vzhled, vzdělání, pracovní pozici, rodinné a sociální zázemí, finanční zajištění nebo nemoc. Vzhledem k dotazníku použitém v praktické části se budeme věnovat vlivu věku, zaměstnanosti a gravidity.

Věk

Robins a Trzesniewski (2005) uvádí zjednodušené shrnutí, že sebehodnocení bývá v dětství vysoké a v adolescenci postupně klesá. Během dalších let dospělosti se zvyšuje a nakonec ve stáří dochází k prudkému poklesu.

Příčinou vysokého sebehodnocení u dětí může být jejich nerealistické vidění sama sebe. Až později s vývojem kognitivních funkcí začínají chápat hodnocení druhých a jejich vidění sebe sama se stává objektivnější. Pokles sebehodnocení u adolescentů souvisí s hormonálními a emočními změnami spojenými s dospíváním. Adolescenti se také začínají srovnávat s vrstevníky a vytváří si svou identitu. Tento proces je spojen s nejistotou a strachem, zda je ostatní přijmou, což snižuje sebehodnocení. Dospělost je obdobím, kdy člověk začíná budovat kariéru, přestává být finančně závislý na rodičích a osamostatňuje se. Tyto pocity jistoty a nezávislosti obvykle zvyšují sebevědomí, a tím stoupá i sebehodnocení jedince. Ve stáří sebehodnocení prudce klesá. Staří lidé si často připadají na obtíž a zbyteční. Neodvratně se jim blíží konec života, mohou mít finanční problémy, ztrácejí sociální kontakty a složitou situací je i přijímání fyzických změn. Během života se mění i stabilita sebehodnocení. Ta je v dětství nízká, během adolescence a mladší dospělosti se zvyšuje. Ve středním věku a ve stáří zpátky klesá (Sedláčková, 2009, s. 23-35; Robins a Trzesniewski, 2005; Výrost a kol., 2019, s. 647).

Zaměstnanost

Zaměstnání poskytuje člověku jistotu především finančního příjmu. Z toho můžeme vyvodit, že pokud člověk o tuto jistotu přijde, negativně to ovlivní jeho psychickou stránku a také sebehodnocení (Výrost a kol., 2019, s. 635).

Šmajsová Buchtová a Snopek (2012) uvádí, že každá ztráta zaměstnání je pro jedince stresovou událostí, která ovlivňuje psychickou i zdravotní stránku. Autoři popisují vliv ztráty zaměstnání na sebehodnocení, nespokojenost sama se sebou, snížení pocitu vlastní hodnoty, deprese, apatie a další neurologické příznaky. Zaměstnání poskytuje jedinci také sociální zázemí. Z kolegů v práci se často stávají přátelé. Pokud člověk přijde o práci, ztrácí vše s ní spojené. Na sebehodnocení má vliv také pracovní pozice, která je spojena se vzděláním. Lidé s vyšším vzděláním, respektive s vyšší či vedoucí pozicí mají v práci větší zodpovědnost a tento fakt obvykle zvyšuje i míru sebehodnocení (Šmajsová Buchtová a Snopek, 2012).

Gravidita

Těhotenství je provázeno velkým množstvím změn, které mohou ovlivnit psychiku ženy, z velké části negativně. Žena musí přerušit profesní růst, na nějakou dobu odejít z práce a stává se tak finančně závislou na svém partnerovi a rodině. Během těhotenství také nastává spousta změn ve fyzickém vzhledu ženy. Mění se tvar těla a zvyšuje se tělesná hmotnost, objevují se změny na kůži, zahrnující nejčastěji výraznou pigmentaci a strie. Tyto změny většina žen přijímá negativně. Jsou nespokojené samy se sebou a mají nižší sebehodnocení (Hudáková a Kopáčiková, 2017, s. 32; Ratislavová, 2008, s. 16-17).

Je třeba říct, že gravidita může mít na sebehodnocení i pozitivní vliv. Žena se stane matkou, má to privilegium být těhotná a vynosit a porodit potomka. Zvláště pokud se jednalo o vytouženou graviditu, může nová role matky sebehodnocení ženy výrazně zvýšit (Bašková, 2015, s. 10-11).

2.6 Těhotenství

Rozmnožování patří mezi základní projevy života organismu. Těhotenství a porod je zásadním životním zlomem nejen matky, ale také otce a na svět přicházejícího dítěte. I přesto, že je porod fyziologický proces v životě ženy, přináší s sebou možnost závažných komplikací (Pařízek, 2015).

„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 plodu. Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci a nidaci a vývoj plodového vejce“ (Roztočil, 2017, s.86).

„Těhotenství je časově omezený fyziologický proces, který se ženy dotýká fyzicky i emocionálně“ (Binder, 2015, s.8).

„Těhotenství a porod jsou v životě ženy zásadním změnou, a to jak psychickou, emocionální, fyziologickou, tak také sociální. Žena mění dosavadní způsoby svého chování, přivyká si nové životní roli, ztotožňuje se s rolí matky. V tomto období plném změn a očekávání potřebuje žena podporu od svého partnera, rodiny a přátel“ (Ratislavová, 2008, s. 16).

Období těhotenství můžeme označit za jednu z vývojových krizí v životě ženy, tedy za období, ve kterém dochází k výrazným změnám. Nejedná se pouze o změny somatické, ale i o změny psychické. Dostaví se bez výjimky u všech žen, liší se pouze jejich intenzita. Ta je ovlivněna zdravotním stavem ženy před otěhotněním a fyzickými změnami, které nastaly během těhotenství. Další významný vliv má osobnost těhotné ženy a to, jak je schopná se vyrovnat s nastalými změnami. Důležité pro zvládnutí těchto změn je přístup rodiny a okolí budoucí matky (Roztočil, 2017, s. 113).

„Těhotenství je životní etapa, kterou lze považovat za naplnění smyslu biologické podstaty ženy. Dochází zde k zázraku početí a daru života“ (Gregora a Velemínský, 2017, s.11).

2.6.1 Těhotenské změny v organismu ženy z fyzikálního hlediska

Těhotenství je pro organismus ženy velkou zátěží, to vyplývá z nutnosti zajistit výživu a vše potřebné pro plod vyvíjející se v těle matky. Změny jsou vyvolány přítomností hormonů, ať už těhotenských hormonů, které jsou vylučovány placentou, tak také hormony, které vylučuje hypotalamus. Tyto změny jsou fyziologické a musí jimi projít každá těhotná žena. Pokud však dojde k vystupňování či ovlivnění těchto změn, mohou se vyvinout v patologický stav (Binder a Vavřínková, 2016, s. 24-25).

Hormonální změny

Během těhotenství placenta vylučuje několik hormonů důležitých pro správný průběh těhotenství a laktace v poporodním období.

Prvním nově vylučovaným hormonem je lidský choriový gonadotropin (hCG), který produkují buňky trofoblastu. Na přítomnosti tohoto hormonu je založena většina těhotenských testů, zvýšená hladina je detekovatelná již ve 3. týdnu těhotenství. Maximální hodnoty nastávají okolo 8. týdnu těhotenství, a naopak ve II. a III. trimestru je jeho hladina nižší. Hlavními funkcemi tohoto hormonu je udržení žlutého tělíska během I. trimestru a u plodu mužského pohlaví podpora syntézy testosteronu. Tento hormon se také považuje za důvod nauzey a zvracení na počátku těhotenství. Dalším vylučovaným hormonem je lidský placentární laktogen (hPL). HPL je detekovatelný od 5. týdne těhotenství a jeho hodnoty se v průběhu I. a II. trimestru zvyšují, jeho množství je také přímo úměrné velikosti placenty. Během těhotenství ovlivňuje lipolýzu, má antiinzulinový účinek, který vede ke zvýšení glykemie matky a také podporuje rozvoj alveolů v mléčné žláze matky. Hormon 17-beta estradiol je produkován vaječníky i mimo těhotenství, avšak v období gravidity jeho množství stoupá, protože se přidává placenta jako další zdroj tohoto hormonu. Estradiol podporuje růst dělohy a mléčné žlázy ovlivňuje trávicí metabolismus, působí změny ve vodním hospodaření organismu a stimuluje produkci melanin stimulujícího hormonu, který je odpovědný za zvýšenou pigmentaci během těhotenství. Estrogen je hormon, který se tvoří po 12. gestačním týdnu v placentě, potlačuje ovulaci, podporuje růst prsou, dělohy a vagíny. Během těhotenství také inhibuje laktaci. Posledním hormonem je progesteron. Ten je zprvu vylučován žlutým tělískem a od 12. týdne placentou. Progesteron uvolňuje hladké svalstvo a napomáhá tak udržení těhotenství. Progesteron se také podílí na vývoji mléčných žláz, dále zvyšuje ukládání tuku, snižuje motilitu myometria a gastrointestinálního traktu (Bašková, 2015, s.13; Roztočil, 2017, s. 107-108).

Metabolismus a tělesná hmotnost

Změny v látkové výměně u těhotných žen jsou výrazné. V průběhu těhotenství bazální metabolismus stoupá o 15-20 %. Je to způsobeno především vysokou spotřebou kyslíku pro růst plodu a mateřských tkání (Hájek, 2014, s. 36).

Zvýšení tělesné hmotnosti je fyziologické a je způsobeno růstem plodu, dělohy, placenty, nárůstem množství plodové vody a zvětšováním objemu prsou.

Ideální navýšení hmotnosti je určeno podle hodnot BMI před otěhotněním. Například při BMI (Body Mass Index) 20,0-25,9 se doporučuje nárůst hmotnosti o 11,5-16 kg a v případě dvojčat je doporučeno 16-20,5 kg (Bašková, 2015, s.14; Hronek, 2004).

Změny na rodidlech

Děloha je orgán, ve kterém je uloženo plodové vejce. Hmotnost dělohy vzrůstá z počátečních 50 g na 900–1200 g na konci gravidity a její objem roste z původních 2-3 ml na 4500-5000 ml. Aby mohla děloha růst, je potřeba i změna architektoniky svalových vláken, která probíhají v několika vrstvách ve spirálách ve stěně děložní. Dochází k jejich hypertrofii a hyperplazii. Také se mění tvar dělohy, netěhotné ženy mají dělohu hruškovitého tvaru, u těhotných žen má děloha tvar kulovitý. Mění se i stavba dělohy a z děložního isthmusu se v druhé polovině těhotenství formuje děložní segment, což je přechodná část mezi hrdlem a tělem dělohy. Na konci těhotenství děložní segment dosahuje šíře 8-10 cm a jeho úlohou je fixovat vedoucí část plodu ve vchodu pánevním v začátcích porodu. Jak děloha roste, přesouvá se kraniálně a s ní se přesouvají také vejcovody, ovaria a močový měchýř. Na jednom ovariu se do konce 3. měsíce vyskytuje persistentní žluté tělísko, poté atrofuje. Zakřivení páteře a prominence promontoria neumožňují uložení dělohy střední části, proto je děloha vychýlena vpravo nebo vlevo (Binder a Vavřínková, 2016, s. 25; Čermáková, 2017, s.28).

Pochva a vulva jsou překrvené a lividně zbarvené. Estrogen zahušťuje hlen v pochvě a zvyšuje sekreci, která se projevuje výtokem. Vlivem hypertrofie a zvýšeného ukládání tuku dochází ke zvětšení vulvy. Relaxace hladké svaloviny žil, tlak rostoucí dělohy a obezita mohou způsobit vznik hemeroidů v oblasti rekta a perinea (Roztočil, 2017, s. 109).

Mléčná žláza

Mléčná žláza se během těhotenství připravuje na svou hlavní funkci, kterou je laktace. Účinkem hormonů estrogenů a progesteronu dochází k proliferaci žlázových vývodů. Také se rozvíjí žlázové těleso a v intersticiu přibývá tuk, to má za následek zvětšování prsou. Těhotná žena to vnímá jako tlak (Roztočil, 2017, s. 109-110).

Postupujícím těhotenstvím se zvětšují bradavky a jsou více erektilní, což ženy často vnímají bolestivě. Po porodu na změněnou mléčnou žlázu působí hypofyzární

prolaktin, který spouští sekreci mléka. Důležitý je rovněž hormon oxytocin, který usnadňuje ejekci mléka (Binder a Vavřínková, 2016, s. 26; Roztočil, 2008, s. 100).

Uropoetický systém

V těhotenství se zvyšuje průtok krve ledvinami a také vzrůstá glomerulární filtrace, obojí je důsledkem zvýšené aktivity placentárního laktogenu, aldosteronu a kortizolu. Těhotné ženy mají častější nutkání na močení. Během I. trimestru je to způsobeno hyperemií, později pak tlakem těhotné dělohy na močový měchýř (Hájek, 2014, s. 35).

Těhotenský hormon progesteron snižuje tonus ve vazivových a svalových strukturách, tím dochází k dilataci ureterů a močového měchýře. Dilatace spolu s tlakem těhotné dělohy výrazně zvyšuje riziko městnání moči a vzniku močového rezidua s následným rozvojem infekce močových cest, která může mít vážné následky pro plod (Binder a Vavřínková, 2016, s.26; Čermáková, 2017, s. 33).

Kardiovaskulární systém

Anatomie srdce prochází během období těhotenství určitými změnami. Srdce je tlačeno kraniálně doleva a zároveň mírně dopředu, současně lehce rotuje kolem své osy. Zvyšuje se minutový srdeční objem, stoupá srdeční frekvence, zároveň stoupá práce levé komory a tím se zrychluje oběh krve. Normální srdeční frekvence je 60-80/min. Na konci těhotenství však bývá zvýšená přibližně o 15 úderů/min (Binder a Vavřínková, 2016, s. 26-27; Hájek, 2014, s. 34-35; Tan a Tan, 2013).

Těhotenský hormon progesteron snižuje tonus venózních stěn, tím klesá odpor a dochází k dilataci cév. Tlak těhotné dělohy a cévní změny mají za následek vznik varikózních pletení, především na dolních končetinách, na vulvě, v pochvě a také v hemoroidální oblasti (Binder a Vavřínková, 2016, s. 26-27).

Binder (2016) udává, že u zdravých žen se krevní tlak v prvních dvou trimestrech téměř nemění a pouze ke konci těhotenství se zvyšuje diastolický tlak. Roztočil (2017) zase píše, že beze změn je krevní tlak pouze v prvním trimestru, ve druhém trimestru je tendence k hypotenzi a přiblížením doby porodu se tlak opět normalizuje.

Krev

Objem krve cirkulující v těle se zvyšuje asi o 1/3, což je asi 1000-1500 ml. Objem plazmy se zvyšuje asi o 1/2. Počet krevních elementů se navyšuje pouze o 1/4. Tento nepoměr má za následek relativní snížení počtu erytrocytů a trombocytů. Po porodu se tento stav spontánně upraví. Častá je i mírná leukocytóza (Roztočil, 2017, s. 110).

Se zvýšením počtu krevních elementů souvisí také jejich zvýšená tvorba. To má za následek zvýšenou potřebu železa na takové množství, které se stěží získá z běžné stravy. Proto je na základě krevních testů některým ženám doporučeno užívat perorální preparáty obsahující železo. Také klesá hladina plazmatického železa. Naopak bývají vyšší hladiny bílkovin, fibrinogenu a koagulačních faktorů. Z tohoto důvodů je těhotenství považováno za rizikový faktor pro vznik tromboembolických stavů (Binder a Vavřínková, 2016, s. 27; Čermáková, 2017, s. 33).

Respirační systém

Vitální kapacita plic se během těhotenství nijak zásadně nemění. Výrazně je však snížena reziduální kapacita plic a zvyšuje se minutový objem. V druhé polovině těhotenství dochází k posunu bránice nahoru, vlivem zvětšené dělohy, a k rozšíření hrudního koše. Na konci těhotenství ženy často udávají dušnost, ta je způsobena tlakem těhotné dělohy na bránici a také zvýšenou spotřebou kyslíku (Binder a Vavřínková, 2016, s. 27; Čermáková, 2017, s. 33; Tan a Tan, 2013).

Gastrointestinální trakt

Estrogeny a progesteron jsou hormony, které významně ovlivňují gastrointestinální trakt během těhotenství. Kromě hormonálních změn se objevují i změny metabolické. Než se tělo ženy těmto změnám přizpůsobí, mohou se objevit nevolnosti a zvracení. Nejčastěji se tyto problémy vyskytují ráno, ale mohou nastat i během dne nebo způsobit závažné onemocnění hyperemesis gravidarum, kdy je potřeba hospitalizace ženy a parenterální výživa. Zvracení bývá spojeno s vyšším výskytem zubního kazu a paradentózy (Čermáková, 2017, s. 31).

Progesteron je také zodpovědný za snížení tonusu hladkého svalstva, čímž dochází k poklesu motility a zpomalení střevní pasáže. To má za následek plynatost a zácpu. Častým problémem u těhotných žen je pálení žáhy, to je vyvoláno

gastroezofageálním refluxem a výše uloženým žaludkem v pokročilém těhotenství. Jako prevence ženám doporučujeme jíst častěji a menší porce, vyhýbat se dráždivým jídlům a neležet si ihned po jídle (Binder a Vavřínková, 2016, s. 27-28; Hájek, 2014, s. 35).

Kůže

Hormon progesteron aktivuje v těle melanocyty, a to vede k řadě kožních změn. Obvykle se objevuje zvýšená pigmentace, pavoučkové cévy a strie. Zvýšená pigmentace se objevuje např. v obličeji – tzv. chloasma uterinum, na břicho – tzv. chloasma fusca, nebo, jak již bylo uvedeno výše, na dvorcích prsních bradavek (Hájek, 2014, s. 36).

Strie jsou vlastně kožní praskliny, které vznikají, když jsou rozvolněna elastická vlákna, což způsobují kortikoidy. Když se v těhotenství objeví, mají narudlou či fialovou barvu. Po porodu bohužel nezmizí, pouze vyblednou a zůstanou stříbřité, což je steskem mnoha žen (Binder a Vavřínková, 2016, s. 28).

2.7 Prenatální péče

Prenatální péče je péče o matku a plod během těhotenství. Cílem této péče je pomáhat a podporovat ženu v chování, které pozitivně ovlivňuje její zdraví, zdraví a celkovou pohodu plodu a také správný průběh těhotenství. Prenatální péče nezahrnuje pouze zdravotnickou péči, cílenou na aktivní vyhledávání patologických stavů, ale i edukaci budoucích rodičů. Psychická péče zahrnující edukaci není zaměřena pouze na těhotnou ženu a jejího partnera, ale i na zbytek rodiny, případně okolí těhotné ženy (Bašková, 2015, s. 17).

Těhotenství je sice fyziologický stav, to však neznamená, že nemůže vzniknout nějaká patologie či stav negativně ovlivňující těhotnou ženu, plod nebo průběh těhotenství. Proto je těhotná žena v průběhu těhotenství pravidelně kontrolována a podstupuje doporučená vyšetření, která mají za cíl odhalit možná rizika či patologie. Těhotná žena podstupuje jak klasická klinická vyšetření, která jsou využívána i v jiných oborech, nejen v porodnictví, tak i speciální vyšetření pro období těhotenství. Mezi klasická klinická vyšetření patří anamnéza nebo laboratorní vyšetření. Z těch specifických jsou využívány metody prenatální diagnostiky nebo monitorace intrauterinního stavu plodu (Roztočil, 2017, s. 120).

Jakmile se těhotná žena dostane do prenatalní péče, je zařazena do jedné ze tří základních skupin podle rizikovosti těhotenství. Tyto tři skupiny jsou těhotné s malým rizikem, těhotné se středním rizikem a těhotné s vysokým rizikem. Podle toho, do jaké skupiny je žena zařazena, je upraven plán prenatalní péče, frekvence návštěv, výčet a frekvence specifických vyšetření. V ČR je systém prenatalní péče rozdělen dle specializace na základní péči, intermediární jednotky a perinatologická centra (Roztočil, 2017, s. 120).

Péčí o těhotnou ženu se zabývají lékaři se specializací gynekolog-porodník a porodní asistentky. Systém a organizace prenatalní péče se mezi jednotlivými státy výrazně liší. Rozdíly jsou v tom, kdo a v jakém rozsahu prenatalní péči poskytuje, rovněž ve financování prenatalní péče. V ČR je prenatalní péče v rukou lékaře. Těhotná žena podstupuje lékařské vyšetření různého rozsahu při každé návštěvě prenatalní poradny.

2.7.1 Pravidelná a nepravidelná vyšetření v těhotenství

Vyšetření v těhotenství označujeme pojmem prenatalní vyšetření. Od prvního prenatalního vyšetření žena očekává potvrzení či vyvrácení diagnózy gravidity, určení aktuální délky gravidity a stanovení termínu porodu. Dále je žena při první návštěvě zařazena do jedné ze tří kategorií podle rizikovosti. Při každé další návštěvě je hodnocen stav ženy a fetoplacentární jednotky (Roztočil, 2017, s. 120).

Pravidelná vyšetření

Jsou prováděna při každé návštěvě ženy v prenatalní poradně. Na vyšetření se podílí porodní asistentka i lékař. Pravidelná vyšetření zahrnují sběr anamnestických údajů a určení míry rizika, zevní vyšetření těhotné ženy, stanovení její hmotnosti a krevního tlaku, dále chemické vyšetření moči – stanovení bílkoviny a cukru, dle zvážení lékaře vaginální vyšetření a stanovení cervix skóre, nakonec detekce známek vitality plodu (ČGPS ČLP JEP, 2019).

Nepravidelná vyšetření

Kompletní prenatalní vyšetření by mělo být provedeno do 14. týdne těhotenství. Zahrnuje provedení pravidelných prenatalních vyšetření a vystavení těhotenské průkazky, kde jsou zaneseny veškeré dostupné informace o těhotné ženě

a také další průběh prenatální péče. Dále nepravidelná vyšetření během těhotenství zahrnují:

Laboratorní vyšetření do 14. týdne:

- stanovení krevní skupiny RhD,
- screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek,
- stanovení hematokritu, hladiny hemoglobinu, počtu erytrocytů, leukocytů a trombocytů,
- sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis,
- glykemie nalačno.

Ultrazvukové vyšetření do 14. týdne:

- zahrnuje screening vrozených vývojových vad,
- měření nuchální translucence a nosní kůstky.

Ultrazvukové vyšetření ve 20.–22. týdnu:

- zahrnuje screening vrozených vývojových vad,
- zaměřuje se na strukturální vady.

Orální glukózový toleranční test ve 24.–28. týdnu:

- screening poruch glukózové tolerance.

Antepartální profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen od 28. týdne.

Laboratorní vyšetření ve 28.–34. týdnu:

- stanovení hematokritu, hladiny hemoglobinu, počtu erytrocytů, leukocytů a trombocytů,
- podle platného právního předpisu by mělo být znovu provedeno klinické a sérologické vyšetření na syfilis s použitím jedné nespecifické a jedné specifické reakce.

Ultrazvukové vyšetření ve 30.–32. týdnu:

- screening vrozených vývojových vad,
- hodnocení růstu plodu a stavu fetoplacentární jednotky.

Vaginorektální detekce streptokoků skupiny B ve 35.–37. týdnu.

Kardiotokografický non-stress test nejpozději od 40. týdne (40+0) (ČGPS ČLS JEP, 2019; Roztočil, 2017, s. 121).

2.8 Těhotenství z psychologického hlediska

Těhotné ženy se nachází na životní křižovatce. Začínají se ztotožňovat s novou rolí a připravují se na ni. Uvažují o dosavadním průběhu svého života a potřebě změny a reorganizace. Jako matky musí nějaké činnosti vypustit a s jinými naopak začít. Toto bilancování může vést k pocitům zmatku, strachu, úzkosti a ztracenosti. Často bývají ženy smutné, když si uvědomí, kolik jim přibude práce, starostí a zodpovědnosti, a naopak kolik ztratí svého volného času. Důležitou součástí nové role a všech změn, které s tím přicházejí, je podpora a akceptace okolí. Žena nikdy nebude spokojená, pokud bude od svého okolí vnímat nesouhlas. V podpoře má zásadní roli partner těhotné ženy (Hučín, 2000; Pečená, 1999; Roztočil, 2017, s. 113).

Změny během těhotenství můžeme i z psychického hlediska rozdělit na jednotlivé trimestry.

První psychologický trimestr začíná, jakmile žena ví o svém těhotenství. Úkolem tohoto trimestru je přijetí těhotenství. Ženy se velmi často uzavírají do sebe a stávají se z nich introverti. Straní se ostatních lidí, nevyhledávají velké společenské akce, ale zaměřují se především sami na sebe. Smiřují se s těhotenstvím, začínají si uvědomovat, že je čekají velké změny. Sledují se a kontrolují. Mají přehled o každé fyzikální změně. Není výjimkou, že jsou ženy rozladěné a náladové. To je způsobeno především nejistotou a strachem. Často se v těhotenství objeví konflikty, které žena dříve zasunula hluboko do své mysli. V těhotenství má pocit, že před příchodem dítěte je zapotřebí vše vyřešit. Zásadním bodem zde bývá komunikace a je vhodná také podpora ze strany porodní asistentky nebo psychologa (Bašková, 2015, s. 9; Pečená, 1999; Ratislavová, 2008, s. 26). Důležitá je nejen komunikace s partnerem, ale také komunikace s prenatálním dítětem. Samozřejmě se nejedná o komunikaci verbální, ale o komunikaci přes biologické propojení matky a plodu (Bašková, 2015, s. 9; Freybergh, 2013).

Druhý trimestr z psychologického hlediska začíná vnímáním prvních pohybů plodu. Úlohou tohoto období je přijmout vyvíjející se plod jako nezávislého životaschopného jedince, který má své potřeby. Ženy se obvykle přestávají zaměřovat především na sebe a přesouvají svou pozornost k dítěti. Většinou se cítí dobře, jsou spokojené a dělají vše pro to, aby se dítě správně vyvíjelo. Spolupracují se zdravotníky a řídí se jejich doporučeními (Bašková, 2015, s. 9-10; Pečená 1999).

Třetí a závěrečný trimestr je charakterizován jako „stavění hnízda“. Jde o přípravu na existenci nového jedince mimo tělo matky. Na příchod nového jedince se nepřipravují pouze nastávající rodiče, ale i další rodina. Jak napovídá pojem „stavění hnízda“, ženy začínají připravovat prostor pro život miminka. Zařizují dětský pokoj, nakupují vybavičku a vše potřebné. Pro ženy je toto období náročné i z fyzického hlediska. Pokročilý stupeň těhotenství s sebou nese vysokou zátěž pro mateřský organismus. Problémy, které se vyskytly během těhotenství, se stupňují a přidávají se další. Těhotné ženy jsou hodně unavené, trápí je bolesti zad a kloubů, častým problémem je pálení žáhy. Všechny tyto stavy způsobují, že se ženy často nemohou dočkat okamžiku, kdy porodí. Na druhou stranu však mají strach z předčasného porodu a z porodu obecně (Bašková, 2015, s. 10; Roztočil, 2017, s. 113-114).

2.9 Proces převzetí mateřské úlohy

Proces převzetí mateřské úlohy či mateřské identity je pro každou ženu specifický. Mateřská identita se začíná formovat v těhotenství a dál se vyvíjí po narození dítěte. Je tvořen několika částmi, díky kterým se žena snaží vyrovnat s nucenou změnou ve svém životě způsobenou těhotenstvím. Tyto části jsou imitace, hraní rolí, fantazie, introjekce a smutnění. Cílem tohoto procesu je přijetí nové role, role matky, a vyrovnání se se změnami (Hendrych Lorenzová, 2018; Pečená 1999; Roztočil, 2017, s. 114).

- Imitace je způsob chování, kdy žena napodobuje jedince ze svého okolí, kteří již jsou v situaci, na kterou se ona chystá. Příkladem může být nošení těhotenských šatů či zkouška, jak bude žena vypadat s těhotenským bříškem.
- Hraní rolí je snaha dostat se do situace, kdy si žena svou budoucí roli matky vyzkouší. Například nabídnout svou pomoc s péčí o dítě v rodině či u přátel. Těhotná žena to považuje za jakýsi trénink.
- Fantazie neboli obrazotvornost vzniká v myšlenkách. Je to vlastně představa například o tom, jaké bude mít dítě oči nebo jestli se bude někomu podobat. Může mít podobu snů, přání, ale i obav, jelikož ne všechny fantazie musí být nutně pozitivní.

- Během introjekce žena vnímá chování osob ve svém okolí v dané roli a na jejich místě si představuje sebe samu. Ve své představě provede projekci a zvažuje, zda se s daným chováním ztotožňuje či nikoli.
- Smutnění souvisí s již dříve uvedeným, že těhotenství a přijetí mateřské role zahrnuje životní změnu. Těhotná žena je smutná, že už nikdy nebude úplně stejná jako dřív a že si nebude moci dovolit chovat se stejně jako dříve (Bašková, 2015, s. 11; Pečená 1999; Roztočil, 2017, s. 114).

2.10 Role partnera v těhotenství

Těhotenství je pro partnerský život zátěžovou zkouškou. Žena v tomto období očekává určitou změnu, především v chování a přístupu partnera. Díky hormonálním změnám jsou ženy citlivější a obvykle vyžadují více zájmu, pozornosti, péče a také uznání ze strany partnera. Během gravidity se těhotná žena více zaměřuje na sebe a na plod, což může být v partnerském vztahu příčinou konfliktů (Bašková, 2015, s. 60; Čepický, 1999, s. 215-216; Ratislavová, 2008, s. 46).

Reakce mužů na partnerčino těhotenství jsou velmi odlišné. Závisí na tom, jak je muž zralý a zda je schopen přijmout odpovědnost, která je s očekáváním potomka spojena (Ratislavová, 2008, s.46).

Role partnera v období těhotenství, porodu a šestinedělí během let prošla obrovskými změnami. Dříve se partneři do problematiky těhotenství příliš nezapojovali, neúčastnili se prohlídek v prenatální poradně ani nedoprovázeli těhotnou ženu na ultrazvuková vyšetření. O narození potomka se novopečení tatínkové dozvěděli pouze díky strohé informaci od sestřiček, později přes telefon. Své dítě spolu s partnerkou viděli nejdříve po týdnu, když byli oba propuštěni z porodnice. Neočekávalo se jejich výrazné zapojení do péče o novorozence, jejich otcovská role měla přijít až v pozdějším věku, kdy je dítě schopné hry. Dnes je zvýšený zájem partnera o rodičku a jeho přítomnost u porodu považována za společenský standard (Ratislavová, 2008, s. 46; Takács, 2015, s. 45).

Dnes je tomu jinak. Partneři se do průběhu těhotenství aktivně zapojují, vše prožívají spolu s těhotnou ženou, účastní se kontrol a jsou přítomni u vyšetření. Zčásti je to i díky přání ženy, která chce během porodu mít při sobě blízkou osobu, která ji bude podporovat. Touto osobou nejčastěji bývá partner a nastávající otec.

Také jsou budoucí tatínci součástí psychofyzické přípravy na porod a velmi často se účastní i porodu samotného. V současnosti dosahuje počet otců u porodu svého dítěte přibližně 90 %. Tyto odhady se vztahují na západní Evropu (Odent, 2004; Roztočil, 2008, s. 152).

Na partnera jsou během těhotenství kladeny vysoké nároky. Těhotná žena i okolí od něj očekávají určitý vzorec chování, který může být považován i za mírně protichůdný. Na jednu stranu by se muž měl stát největší podporou ženy. Má být chápavý, citlivý, něžný a pozorný jak k partnerce, tak i k nenarozenému dítěti. Za projev vřelosti a radostného očekávání se považuje hlazení břicha či mluvení s nenarozeným miminkem. Na druhou stranu se však muž má stát živitelem a ochráncem rodiny. Má být ten, kdo rodině zajistí dostatečné finance, stabilitu a jistotu (Ratislavová, 2008, s. 46; Stadelmann, 2009, s. 261-264).

U mužů se objevují velmi podobné myšlenky a pocity jako u žen. Ale muži je neventilují, nesvěřují se partnerce ani dalšímu okolí. Mají pocit, že by tím zklamali, že by nesplnili roli otce. To je částečně způsobeno obecným míněním společnosti o silných mužích a křehkých ženách. Mohou u nich nastat pochybnosti, nejistoty (průzkumy z USA, údajně ukazují, že až 70 % mužů si není jisto, zda jsou skutečně otcí) a také protichůdné pocity, kdy se těší na dítě, ale na druhou stranu mají strach, že přijdou o určitou svobodu a volnost. Poté, co se muži dozví o partnerčině těhotenství, můžou si projít fází šoku a popření. Jejich organismus na to reaguje obrannými mechanismy, jako jsou agrese, únik, popření otcovství, izolace či nucení partnerky k podstoupení interrupce. Následuje fáze deprese spojená se strachem, úzkostí, nejistotou a obavami ze selhání. Po zvládnutí těchto fází obvykle dochází k vyrovnání se s novou situací a následnému přijetí této situace a všeho, co je s ní spojené. Ve druhém trimestru se někteří muži mohou cítit vyloučení ze života partnerky a díky tomu i zbyteční. Muž se snaží udržet vztah ve stejné intenzitě jako dříve, partnerka se ale ve druhém trimestru zaměřuje především na dítě a tím partnera nechtěně odsunuje do pozadí. To je naprosto přirozené, přesto je vhodné zmírnit dopady tohoto procesu na psychiku muže. Je vhodné začlenit partnera do děje, vzít ho s sebou na prenatální kontroly, ultrazvuková vyšetření plodu a na předporodní kurzy, kde potká muže ve stejné situaci, v jaké je on sám. Zároveň to, že muž získá o těhotenství více informací a nepřipadá si ostrčený, prohlubuje vztah mezi ním a těhotnou ženou. Vztah muže k těhotné partnerce je považován za předobraz vztahu otec – dítě. Z toho můžeme vyvodit, že pokud bude mít partner

dostatek empatie a pochopení pro těhotnou ženu, bude ho mít dostatek i pro své dítě. Na konci těhotenství, když muži již přijali novou skutečnost, u nich mohou nastat obavy z budoucnosti. Především z finančního zajištění rodiny. Žena má období „stavění hnízda“, začíná zařizovat dětský pokojík, nakupovat potřebné vybavení, pomůcky a oblečení. Od muže se očekává, že vše zafinancuje a velmi často ani nemá rozhodovací podíl při výběru (Gregora a Velemínský ml., 2013, s. 79-82; Murkoff a kol., 2012, s. 434; Ratislavová, 2008, s. 46).

U některých nastávajících tatínků se na přelomu prvního a druhého trimestru může vyvinout tzv. syndrom couvade neboli „těhotenství tatínků“. Pojem couvade zavedl antropolog E. B. Taylor a v překladu znamená připravovat či sedět na vejcích. Syndrom couvade způsobuje u mužů somatické symptomy jako jsou bolesti zubů a hlavy, váhové přírůstky nebo gastrointestinální problémy. Pro syndrom couvade neexistuje žádný fyziologický základ. Vznik couvade pravděpodobně souvisí s psychickým prožíváním těhotenství, podporou partnerky a vžití se do situace, navazováním vazeb s dítětem nebo i žárlivostí na stav těhotenství (Klein, 1991; Mrayan, 2019; Stackeová a Böhmová, 2018).

Psychický stav nastávajících otců je zdravotníky opomíjen. Lékaři a porodní asistentky se při poskytování prenatální péče zaměřují především na těhotnou ženu a muži tak zůstávají se svými obtížemi sami. To může v období těhotenství a šestinedělí vyvolat první partnerské problémy. Závažnost se odvíjí od psychické zralosti obou partnerů a také od jejich schopnosti vytvořit kompromisy a vzájemně se respektovat. Klíčovým bodem v prevenci těchto neshod je otevřená komunikace (Murkoff a kol., 2012, s. 434; Ratislavová, 2008, s. 46).

2.11 Role porodní asistentky v těhotenství

V roce 1972 vytvořily Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) dokument nazvaný Definition of the Midwife (Definice porodní asistentky). Znění tohoto dokumentu bylo poprvé upraveno v roce 1990. Současné znění bylo přijato v roce 2005 na kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek konaném v Austrálii (ICM, <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>).

„Porodní asistentka je osoba, která úspěšně dokončila vzdělávací program porodní asistence, který vychází ze základních kompetencí ICM pro praxi porodní asistence a z rámce ICM Global Standards for Midwifery Education a je uznáván v zemi, kde sídlí; která získala kvalifikaci potřebnou k registraci a/nebo zákonnou licenci k výkonu porodní asistentky a používala titul „porodní asistentka“; a který prokáže způsobilost v praxi porodní asistence. Porodní asistentka je uznávaná jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci“ (ICM, <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>).

Binder (2015, s. 8) uvádí, že prvořadou úlohou porodní asistentky je být ženě rádčyní v tom, jak o sebe pečovat a dosáhnout fyzické i psychické pohody. Porodní asistentka by také měla rozpoznat rizikové a patologické příznaky u těhotné ženy a upozornit na ně lékaře. Porodní asistentka nepečuje pouze o těhotnou ženu, ale může být rádčem a důvěrnou osobou také pro partnera a rodinu pacientky.

Porodní asistentka spolu s obvodním gynekologem pacientky by měla být ženě v období těhotenství oporou. Při kontaktu s těhotnou pacientkou by si měla získat její důvěru a snažit se zmenšit nežádoucí vlivy těhotenství na psychickou i fyzickou stránku ženy. Pacientka by měla do prenatální poradny chodit ráda, vědět, že se na porodní asistentku i lékaře může obrátit s žádostí o radu či pomoc (Ratislavová, 2008, s. 47).

Ideálním časem na psychickou i fyzickou podporu těhotných žen jsou předporodní kurzy neboli kurzy psychofyzické přípravy na porod. Kurzy jsou určeny pro oba partnery. Jsou vedeny zkušenými porodními asistentkami, případně i lékařem porodníkem. Obvykle probíhají v několika lekcích a zahrnují teoretickou i praktickou část. Teoretická část je zaměřena na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí. Praktická na těhotenské cvičení, nácvik dýchání a použití břišního lisu atd. Velmi často kurz zahrnuje také prohlídku porodních sálů. Pro člověka je typické, že se bojí nových situací. Na předporodním kurzu se žena dozví informace o celém průběhu, je zde také dostatek času na dotazy a vyjádření svých obav. Když žena

poté přijde na porodní sál, je klidnější, jelikož zná prostředí, setkala se s personálem a alespoň částečně ví, co očekávat. Cílem psychologického hlediska je zmírnění strachu, úzkosti a nejistoty, což má i pozitivní vliv na předcházení možných psychosomatických komplikací (Roztočil, 2017, s. 149; Bašková, 2015, s. 37).

Předporodní kurzy mají hned několik pozitivních vlivů na porod: snížení pocitu úzkosti, mírnější vnímání pocitu bolesti, snížení využití farmakoterapie, zkrácení doby trvání porodu, zapojení partnera do procesu porodu, předpoklad pro správný vývoj vazby mezi matkou a novorozencem a fyziologický průběh šestinedělí (Wilhelmová a Hrubá, 2014).

V perinatální péči je zásadní komunikace, která je důležitá pro navázání důvěry a dalšího bezproblémového průběhu těhotenství. Nezbytným krokem pro získání důvěry těhotné ženy je projevení zájmu o ni a její situaci ze strany porodní asistentky. Žádné hodnocení, žádné odsuzování (Takács, 2015, s. 17-18).

2.12 Faktory ovlivňující psychický stav ženy během těhotenství

Northrup (2004) cituje výzkum Mehla, který zjistil, že psychologické faktory, mezi které patří strach, stres a úzkost, nedostatek podpory ze strany partnera, nízké sebevědomí matky a negativní představy související s porodem, mají často za následek komplikace, vyžadující lékařské intervence.

Věk

Dle Českého statistického úřadu se průměrný věk žen v ČR při narození dítěte zvyšuje. Statistiky uvádějí, že v roce 1995 byl průměrný věk žen při porodu 23,5 let, v roce 2020 to bylo 30,2 let (Český statistický úřad, 2021).

Z biologického a genetického hlediska je pro ženu nejvhodnější otěhotnět ve věku 20-24 let. Za pokročilý věk matky se uvádí věk nad 35 let. Pinheiro (2019) ve svém průzkumu odborných výzkumů publikovaných na Pubmedu, uvádí, že ženy v pokročilém věku jsou vystaveny vyššímu riziku nepříznivých porodnických a perinatálních výsledků (Pařízek, 2009, s. 36).

Z hlediska psychologického je hranice posunuta na období okolo 30 let. Moreira (2013) neuvádí přesný psychologický věk vhodný pro otěhotnění. Zmiňuje však, že ženy ve věku 20 let a méně mohou být psychicky nevyzrálé a těžko

se smiřovat s novou situací. V souvislosti s těhotenstvím by měl být zvažován i věk partnera (Pařízek, 2009, s. 36).

U těhotných žen mladších 20 let je největším problémem psychická nevyzrálost a nepřipravenost na roli matky. Často se jedná o nechtěnou graviditu nebo pokus urychlit těhotenstvím svou dospělost a získat obdiv rodiny i vrstevníků, k čemuž většinou stejně nedojde. Takto mladá žena ještě není schopna uvažovat dospěle, ztrácí svou svobodu, vztahy s vrstevníky se začínají omezovat, profesní příprava se odkládá nebo úplně skončí a nastávají povinnosti, na které nezletilá dívka ještě není připravena. Děti mladistvých a neprovdaných žen často mají nízkou porodní hmotnost a během dospívání mívají tendence k trestným činům. Mladé maminky jsou také častými klientkami azylových domů (Ratislavová, 2008, s. 29; Vágnerová, 2012, s. 440).

Pokud je těhotná žena starší 35 let, je obvykle psychicky vyzrálá, má vyřešený vztah k vlastní matce, má ustálený žebříček hodnot a ví, co očekávat od života. Starší těhotné ženy jsou sebevědomější, vědí, co chtějí a jdou si za tím. Bývají ale úzkostlivější a jejich těhotenství je provázáno většími obavami. Ženy ve vyšším věku často podstupují genetická vyšetření k vyloučení možných patologií plodu a především v období, kdy čekají na výsledky, je výrazně ovlivněna jejich psychika. Jsou nervózní, roztěkané, úzkostlivé, někdy až nepříjemné k partnerovi i okolí. Pokud je žena okolím za vyšší věk odsuzována, může se až příliš snažit vyrovnat mladším ženám a dokazovat sobě i okolí, že ona je stejně plnohodnotná jako ostatní (Ratislavová, 2008, s. 29).

Rodinný stav

Rodinný stav a zázemí výrazně ovlivňují psychiku ženy během těhotenství. Psychický stav ženy přímo souvisí se stálostí partnerského vztahu a také s tím, zda byla gravidita plánovaná, či nikoli. Vdané ženy bývají během těhotenství klidnější a jsou méně úzkostné. Manželství jim poskytuje jistotu zabezpečení rodiny a stálou přítomnost podporující osoby. Ženy, které sice žijí s partnerem, ale nejsou vdané, bývají úzkostlivější. Mají strach především z partnerovi reakce na těhotenství, aby se nelekl a neutekl. Pokud žena bydlí u rodičů, má největší podporu od své matky. Dostává cenné rady a ví, že se na rodiče může obrátit s prosbou o pomoc. Žena, která žije sama a plánuje, že bude sama i na péči a výchovu dítěte, se obvykle

strachuje nejvíce. Není si jistá, zda se o dítě zvládne postarat a zda zajistí dostatek financí (Hájek, 2014, s. 92; Větr, 2001).

Gravidita a parita

Gravidita a parita vysoce ovlivňují strach ženy. Faktorem strachu je chybějící zkušenost s porodem. Pro člověka je typické a přirozené, že se obává něčeho, co do té doby ještě nezažil a s čím nemá žádné zkušenosti. U prvorodiček tedy bývá strach, především z porodu a bolesti, větší než u žen, které už rodily (Melender, 2002a; Melender, 2002b).

Na druhou stranu, pokud ženy už těhotné byly či rodily a nedopadlo to dobře nebo se objevily komplikace, mohou mít větší strach právě z tohoto důvodu. Bojí se, aby se situace neopakovala. Takové ženy bývají úzkostné a jsou pod velkým psychickým tlakem, protože se příliš sledují a kontrolují (Ratislavová, 2008, s. 29).

Souvislost porodních zkušeností u multipar a strachu z porodu při dalším těhotenství potvrzuje i výzkum prováděný v Norsku, kdy autoři zkoumali vliv předchozích porodních zkušeností na mateřský strach z porodu. Této studie se zúčastnilo 1357 respondentek a bylo zjištěno, že předchozí subjektivně negativní porodní zkušenost byla silně spojena se strachem z porodu v následujícím těhotenství. Tato souvislost byla větší než souvislost mezi předchozími porodnickými komplikacemi a strachem z porodu (Storksen, 2013).

Týden těhotenství

Psychika žen se v průběhu těhotenství vyvíjí. Těhotenství můžeme rozdělit na tři trimestry a v každém má žena jiné problémy. Nejčastěji je to strach, úzkost a nejistota, které se liší především tím, co ženu v konkrétní chvíli trápí.

V prvním trimestru se ženy obávají změn ve svém životě a nové role, kterou musí zvládnout. Ve druhém trimestru se začínají bát o dítě a průběh těhotenství. Ke konci je začíná děsit porod a bolest, která je s ním úzce spojena (Bašková, 2015, s. 9; Roztočil, 2017, s. 113-114).

Starosti a stres, vyvolaný výše zmíněnými příčinami, může negativně ovlivnit průběh těhotenství a následně poškodit plod (Bašková, 2015, s. 9-10).

V roce 2015 byla publikována studie (Inanir) prováděná v Turecku zaměřující se na sebehodnocení těhotných žen v průběhu těhotenství. Výsledky prokázaly,

že sebehodnocení žen se s postupujícím těhotenstvím a čím dál výraznějšími znaky těhotenství snižovalo (Inanir, 2015).

Zdravotní komplikace

Těhotenství a porod jsou přirozenou součástí života ženy, a proto je považujeme za fyziologické. To však neznamená, že se nemohou vyskytnout komplikace. Jedním z nejdůležitějších poznatků moderního porodnictví je fakt, že patologické těhotenství vzniká nejčastěji u skupiny žen s rizikovými faktory. Prenatální péče pomáhá tyto rizikové faktory odhalit. Je však důležité, aby těhotná žena věděla, že i přes adekvátní péči mohou nastat problémy, které nelze předvídat ani ovlivnit (Dušová a Marečková, 2009, s. 7; Hájek, 2014, s. 237).

Každá komplikace během těhotenství způsobuje u ženy strach a nejistotu. Těhotenství je samo o sobě stav náročný na psychiku a jakákoliv komplikace toto prožívání ještě ztěžují. Nejnáročnější situací jsou stavy, kdy hrozí potrat nebo předčasný porod a žena musí mít absolutní klid na lůžku, případně být hospitalizovaná. U dlouhodobě hospitalizovaných žen se může vyskytnout tzv. hospitalismus, což je soubor příznaků zahrnující deprese, pláč, protesty až agresi, uzavřenost a apatii (Ratislavová, 2008, s. 33).

Rizikové těhotenství má, stejně jako každá nemoc, dopad na celou rodinu. Těhotná žena nemůže plně zastávat svoji funkci v rodině a je potřeba, aby její roli někdo převzal. Tím se mění uspořádání celé rodiny a každý prožívá změnu. Také mohou nastat finanční potíže, jelikož žena na rizikovém těhotenství má výrazně snížený měsíční příjem. Žena se často stává finančně závislou na zbytku rodiny, nejčastěji na partnerovi (Dušová a Marečková, 2009, s. 8-9).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Jak bylo uvedeno už v teoretické části, psychická stránka těhotné ženy a s ní související sebehodnocení a sebepojetí může mít významný vliv na průběh těhotenství a porodu. Tato práce si kladla za cíl zjistit sebehodnocení žen v těhotenství a také určit, zda těhotenství, jako období v životě ženy, sebehodnocení ovlivňuje. Dále nás také zajímalo, zda existují faktory, které sebehodnocení u těhotných žen ovlivňují.

3.1 Cíl, dílčí cíle a hypotézy

Hlavní cíl:

Zjistit průměrnou hodnotu sebehodnocení na Rosenbergově škále a její determinanty u těhotných žen.

Dílčí cíl 1:

Zjistit, zda existuje vliv těhotenství na sebehodnocení žen.

H(A)1: Těhotenství má vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

H(0)1: Těhotenství nemá vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

Dílčí cíl 2:

Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení na Rosenbergově škále mezi skupinou těhotných žen ve věku 40 a méně a skupinou žen starších 40 let.

H(A)2: Věk ženy nad 40 let má vliv na sebehodnocení dle Rosenbergovy škály.

H(0)2: Věk ženy nad 40 let nemá vliv na sebehodnocení dle Rosenbergovy škály.

Dílčí cíl 3:

Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení na Rosenbergově škále mezi těhotnými ženami v různém gestačním týdnu.

H(A)3: Týden těhotenství má vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

H(0)3: Týden těhotenství nemá vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

Dílčí cíl 4:

Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení na Rosenbergově škále mezi skupinou žen žijících s manželem a bez manžela.

H(A)4: Život v manželství má vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

H(0)4: Život v manželství nemá vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

Dílčí cíl 5:

Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení na Rosenbergově škále mezi skupinou zaměstnaných a nezaměstnaných těhotných žen.

H(A)5: Zaměstnanost má vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

H(0)5: Zaměstnanost nemá vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

3.2 Metodika

Do praktické části diplomové práce byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda, metoda anonymního dotazníku. Dotazník (příloha 1) byl zvolen standardizovaný a na úvod bylo přidáno několik otázek na zjištění demografických údajů respondentek.

Jako standardizovaný dotazník byla použita Rosenbergova škála sebehodnocení. Tato škála slouží ke zjištění úrovně globálního vnímaného vztahu k sobě nebo spokojenosti s já. Sebehodnocení je zde pojímáno jako jednodimenzionální konstrukt. Škála obsahuje deset tvrzení, ze kterých pět je formulováno pozitivně a pět negativně. Tato tvrzení se týkají celkových pocitů spokojenosti a životní pohody. U každého tvrzení respondent uvádí, zda s ním zcela souhlasí, souhlasí, nesouhlasí, nebo zcela nesouhlasí. Při vyhodnocování se za každou odpověď uděluje 1 až 4 body, které se nakonec sčítají. Čím je skóre vyšší, tím je vyšší i sebehodnocení respondentky.

Rosenbergova škála byla původně vytvořena pro adolescenty, ale dnes se již užívá pro různé skupiny respondentů. Je to pravděpodobně nejčastěji užívaná škála sebehodnocení. Výzkumy nasvědčují, že škála je vnitřně konzistentní a stabilní v čase (Flemming a Courtney, 1984; Silbert a Tippett, 1965).

Metodika výzkumu

Před zahájením výzkumného šetření byla podána žádost o povolení výzkumného šetření v rámci diplomové práce v nemocnici s poliklinikou Česká Lípa a. s. Této žádosti bylo ze strany nemocnice uděleno v červnu 2021 souhlasné stanovisko (příloha 2). Dále byla podána žádost o realizaci výzkumného šetření k Etické komisi FZV UPOL. Této žádosti bylo souhlasné stanovisko uděleno začátkem září 2021 (příloha 3). Vlastní dotazníkové šetření probíhalo od září 2021 do listopadu 2021. Dotazníky v tištěné formě byly distribuovány na gynekologicko-porodnickém oddělení nemocnice s poliklinikou v České Lípě, na lůžkové i ambulantní části. Při výběru respondentek bylo v případě těhotných žen jako kritérium určeno samozřejmě těhotenství v různém stádiu a dále věk nad 20 let. V případě kontrolní skupiny byl jediným kritériem věk nad 20 let.

Dotazníky byly rozdávány autorkou osobně, aby byla možnost odpovědět respondentkám na případné dotazy. Přítomnost autorky také zajistila úplné a správné vyplnění všech dotazníků.

Struktura otázek

Na první stránce dotazníku byly uvedené otázky na zjištění demografických údajů respondentek. Zajímal nás věk v jednom ze tří uvedených rozpětí, poté to, s kým žena bydlí a zda je zaměstnaná, případně zda pracuje na vedoucí pozici či je OSVČ (osoba výdělečně činná).

Dále následovala otázka, zda je žena těhotná. Pokud odpověděla ano, následovaly další otázky na zjištění počtu gravidity, parity, stáří těhotenství a případných zdravotních komplikací. Ženy, které uvedly, že těhotné nejsou, byly požádány, aby tyto otázky přeskočily.

Druhá část dotazníku byla standardizovaná a obsahovala již výše zmíněnou Rosenbergovu škálu. Rosenbergova škála má vzhled tabulky a respondent označí, zda souhlasí, či nesouhlasí s uvedeným výrokiem. Výroky jsou pozitivní i negativní. Příklad pozitivního výroku je třeba „myslím si, že mám řadu dobrých vlastností“ nebo „mám k sobě kladný vztah“. Mezi negativní tvrzení patří „celkově mám tendenci považovat se za neúspěšného člověka“ nebo „občas mám dost pocit, že nejsem užitečný“.

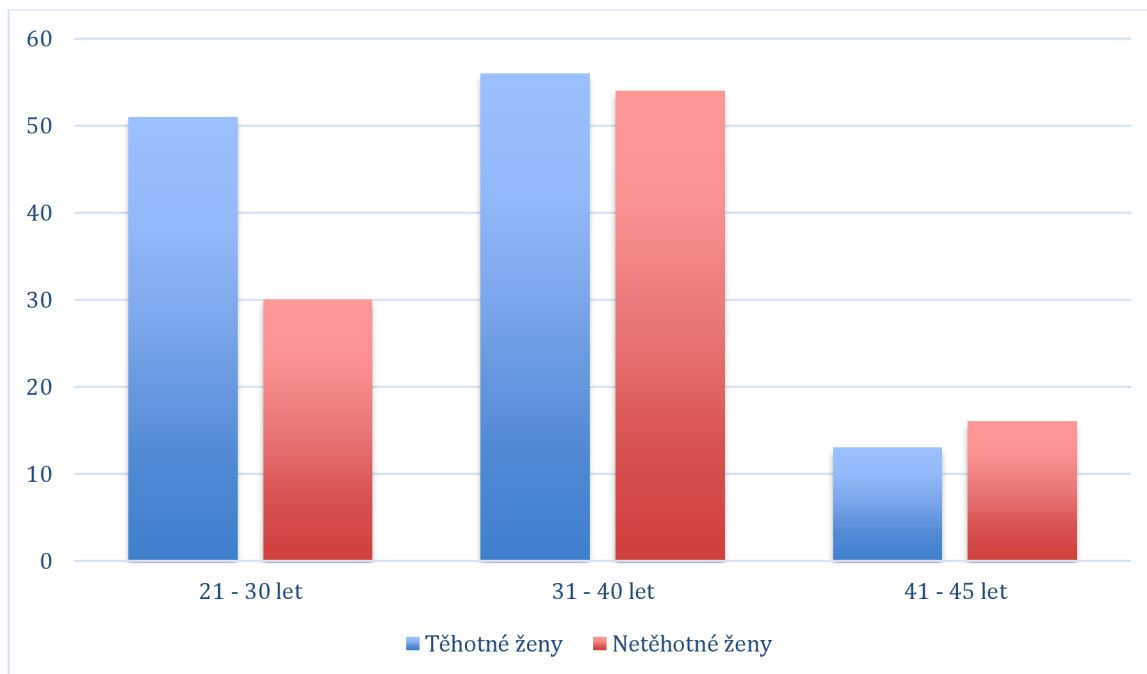
Zpracování dat

Během výzkumného šetření bylo získáno 220 dotazníků. Vzhledem k přítomnosti autorky u vyplňování bylo možné použít všechny. Z celkového počtu 220 dotazníků bylo 120 vyplněno těhotnými ženami a 100 kontrolní skupinou žen, které v danou chvíli těhotné nebyly.

Zpracování získaných dat probíhalo v únoru a březnu 2022. Převzatá data byla pod pořadovým číslem přepsána do datové matice v programu Microsoft Excel, kde byly použity deskriptivní a statistické metody zpracování dat. Na vyhodnocení pěti dílčích cílů byla použita deskriptivní statistika a dále byly využity následující statistické testy: Shapiro-Wilkův test, Mann-Whitneyho test a Kruskal Wallisův test.

3.3 Výsledky výzkumu

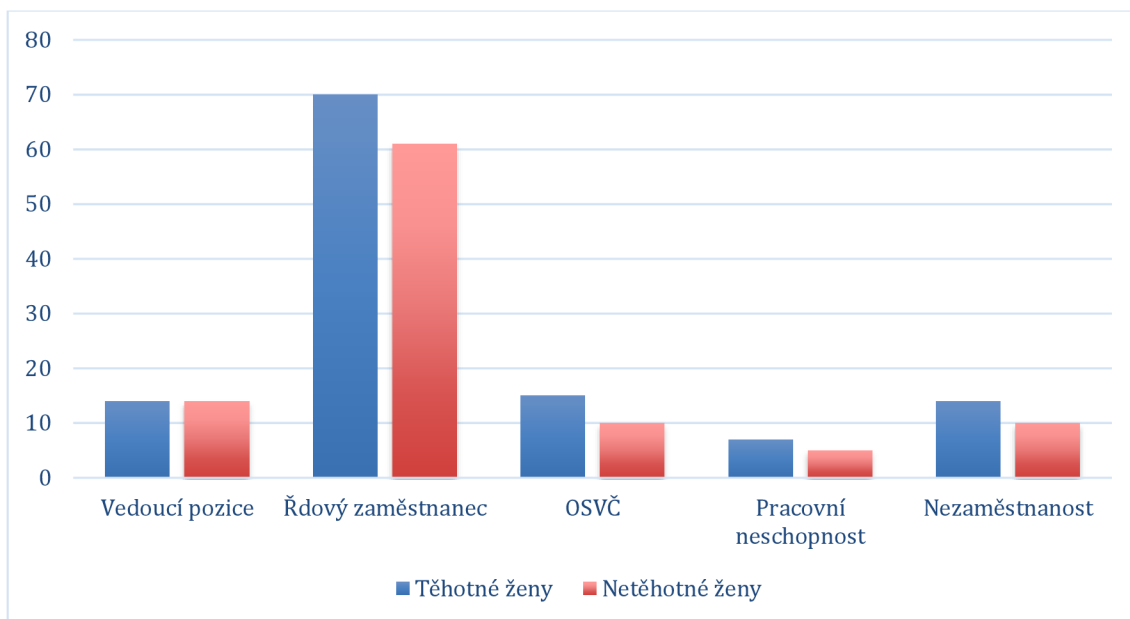
Výzkumu se zúčastnilo celkem 220 respondentek. Použity byly všechny dotazníky.



Obrázek 1 - Graf zobrazující věk respondentek

Zdroj: Vlastní zpracování

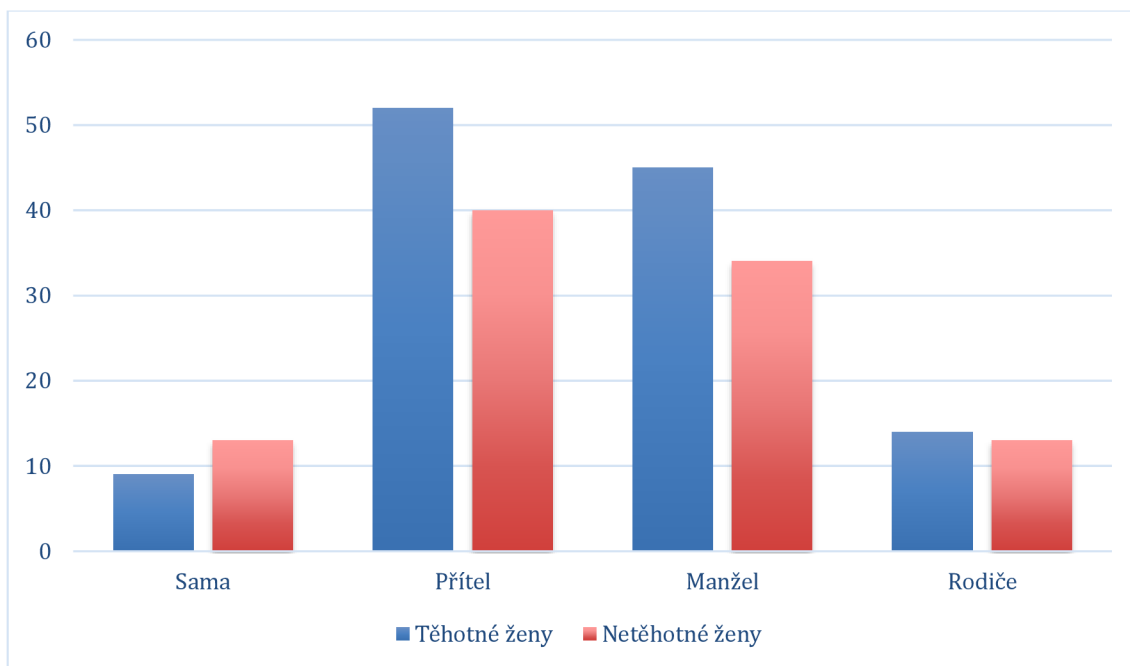
Graf 1 znázorňuje věk respondentek. Z celkového počtu 220 respondentek je 81 (37 %) žen ve věku 21-30 let. Věk 31-40 udává celkem 110 (50 %) žen a 29 (13 %) žen je starších 40 let. Těhotných žen bylo ve výzkumu 120, netěhotných žen (kontrolní soubor) 100 žen. Ve věkové kategorii 21-30 let je z celkového počtu 81 žen, 51 těhotných a 30 netěhotných. Ve věkové kategorii 31-40 let je 56 těhotných žen a 54 netěhotných. Věk vyšší než 40 let udalo 13 těhotných žen a 16 netěhotných.



Obrázek 2 - Graf zobrazující pracovní zařazení respondentek

Zdroj: Vlastní zpracování

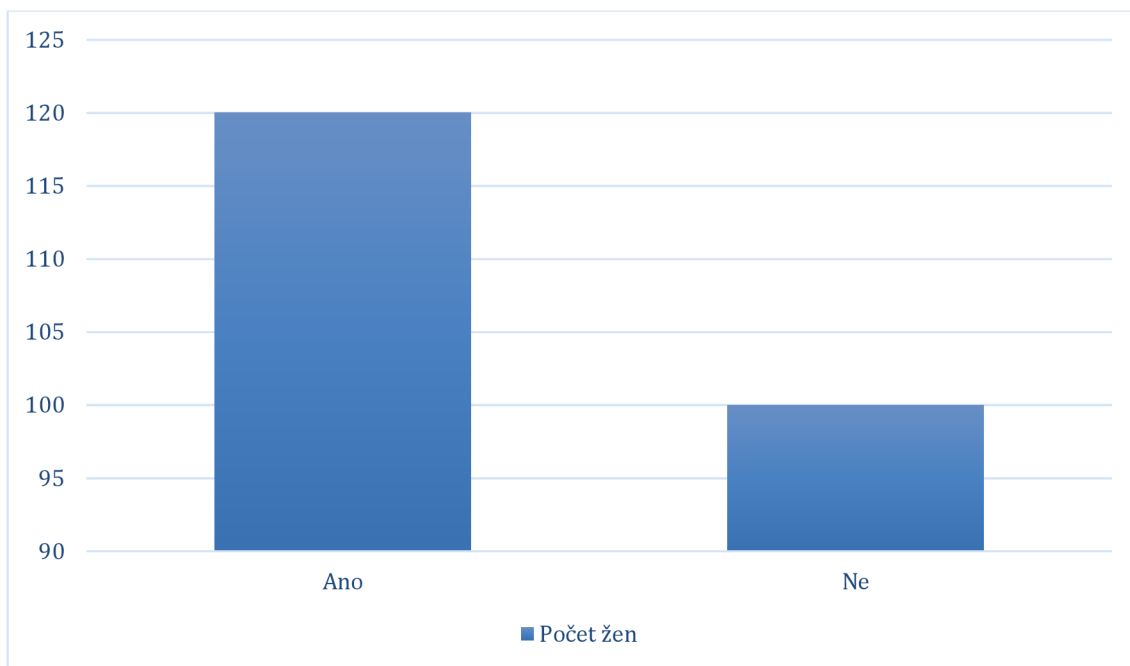
Graf 2 znázorňuje pracovní zařazení dotázaných žen. Z celkového počtu 220 respondentek práci na vedoucí pozici uvedlo 28 (13 %) žen. Informaci, že jsou řadovými zaměstnanci, uvedlo 131 (60 %) žen. Odpověď OSVČ označilo 25 (11 %) žen. 12 (5 %) žen se aktuálně nacházelo v pracovní neschopnosti a 24 (11 %) žen bylo nezaměstnaných. Výzkumu se účastnilo 120 těhotných žen a 100 netěhotných žen. Na vedoucí pozici pracuje 14 těhotných a 14 netěhotných žen. Za řadového zaměstnance se označilo 70 těhotných žen a 61 netěhotných žen. Jako OSVČ pracuje 15 těhotných a 1 netěhotná žena. V pracovní neschopnosti se nachází 12 žen, z toho 7 těhotných a 5 netěhotných žen. Aktuální nezaměstnanost uvedlo 14 těhotných žen a 1 netěhotná.



Obrázek 3 - Graf zobrazující, s kým respondentky žijí ve společné domácnosti

Zdroj: Vlastní zpracování

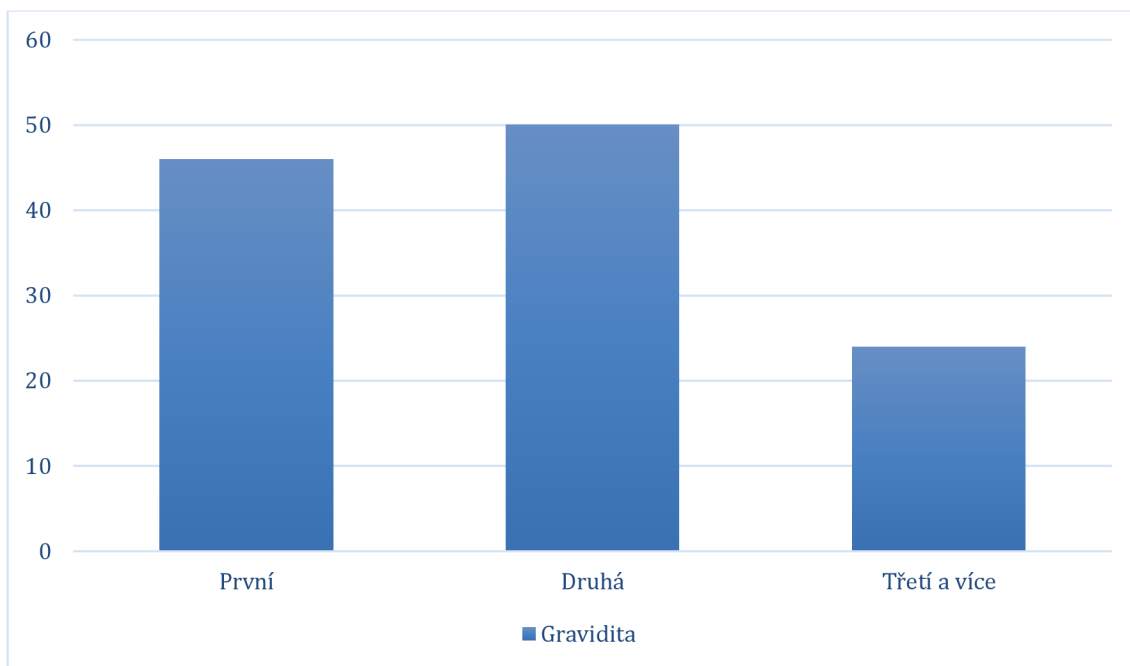
Graf 3 znázorňuje osobu či osoby ve společné domácnosti respondentek. Z celkového počtu 220 dotázaných žen 22 (10 %) uvedlo, že žijí samy. 92 (42 %) respondentek žije s přítelem a 79 (36 %) s manželem. 27 (12 %) respondentek uvedlo, že sdílejí společnou domácnost s rodiči. Celkový počet žen zahrnuje 120 těhotných žen a 100 netěhotných. Z 22 žen, které žijí samy, jich bylo 9 těhotných a 13 netěhotných. Společné soužití s přítelem uvedlo 52 těhotných žen a 40 netěhotných, s manželem pak žije 45 těhotných žen a 34 netěhotných. 14 těhotných žen a 13 netěhotných odpovědělo, že žije s rodiči.



Obrázek 4 - Graf zobrazující graviditu respondentek

Zdroj: Vlastní zpracování

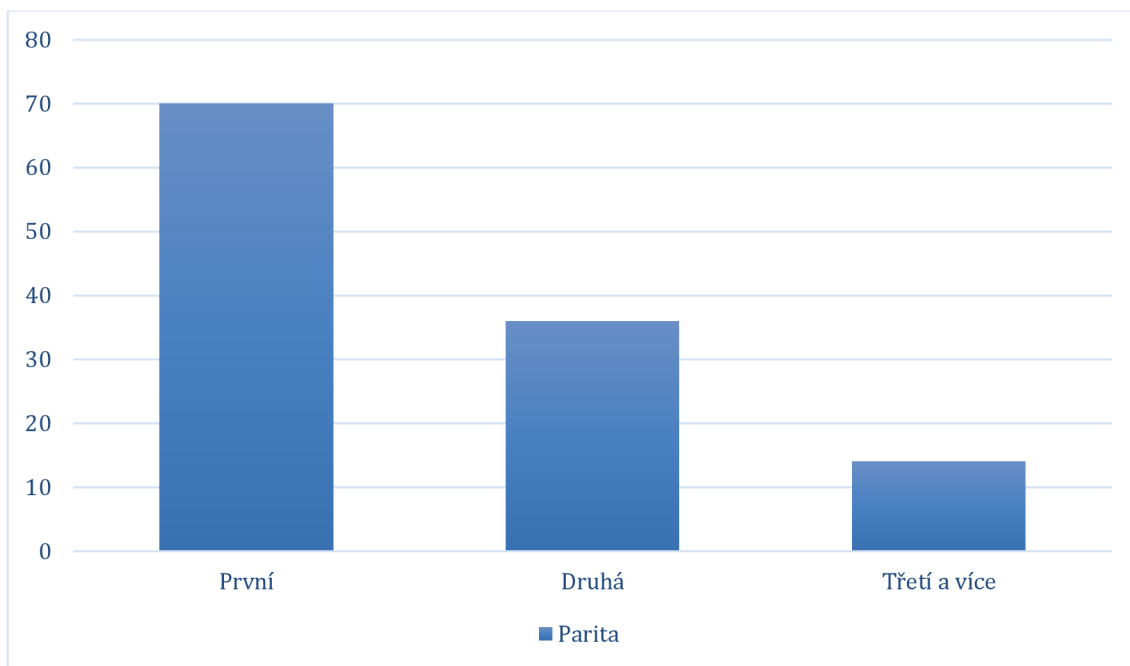
Z celkového počtu 220 respondentek bylo 120 (55 %) žen těhotných a 100 (45 %) žen, které těhotné nebyly.



Obrázek 5 - Graf zobrazující pořadí gravidity těhotných respondentek

Zdroj: Vlastní zpracování

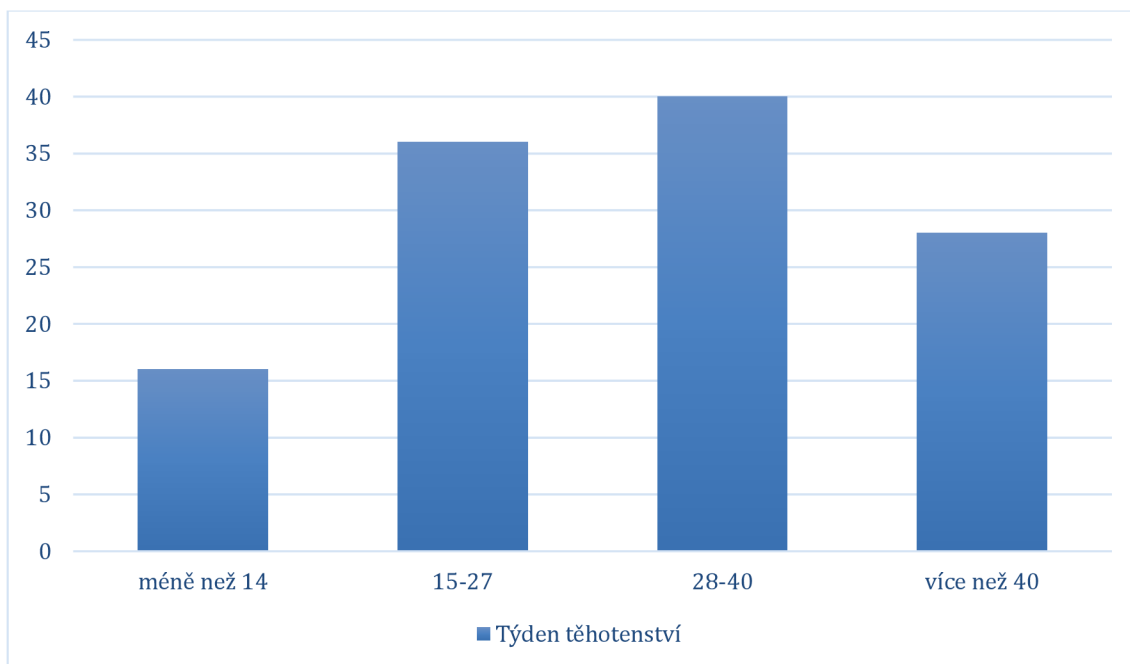
Z celkového počtu 120 těhotných žen jich 46 (38 %) uvedlo, že se jedná o jejich první těhotenství. 50 (42 %) žen odpovědělo, že jsou těhotné po druhé a 24 (20 %) žen označilo, že jde o jejich třetí či vícero graviditu.



Obrázek 6 - Graf zobrazující paritu těhotných žen

Zdroj: Vlastní zpracování

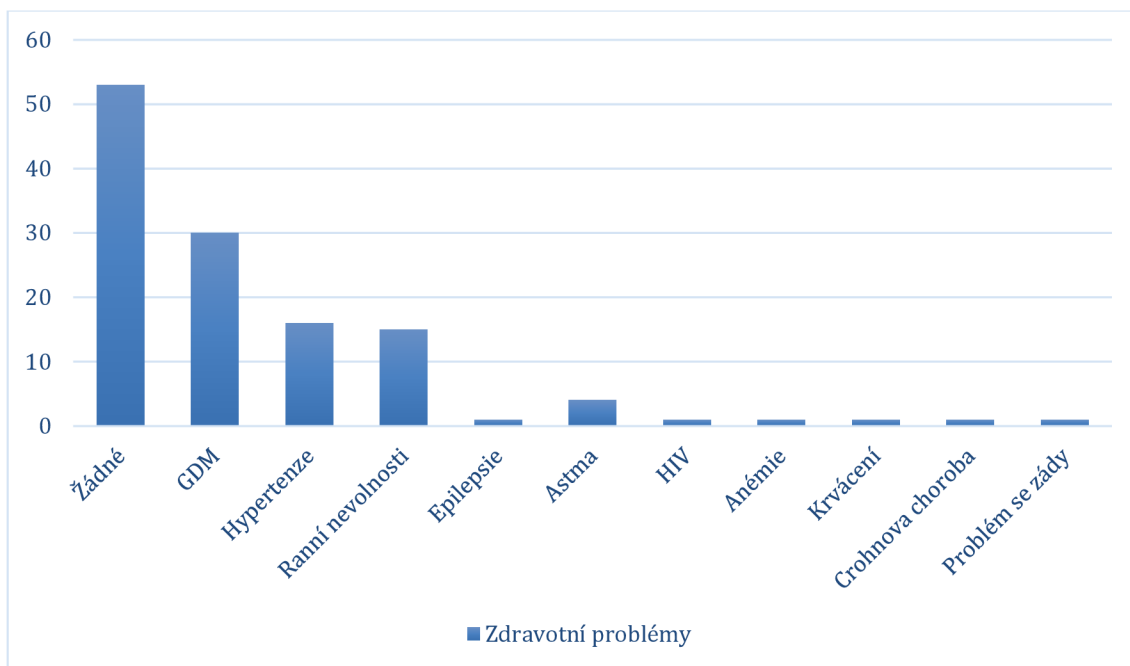
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 120 těhotných žen. Z tohoto celkového počtu 70 (58 %) žen uvedlo, že se chystají na svůj první porod, 36 (30 %) žen uvedlo, že budou rodit po druhé a u 14 (12 %) žen se bude jednat o třetí či vícetý porod.



Obrázek 7 - Graf zobrazující týden gravidity těhotných žen

Zdroj: Vlastní zpracování

Na tuto otázku odpovídaly pouze těhotné ženy, celkový počet odpovědí je tedy opět 120. 16 (13 %) respondentek odpovědělo, že jsou těhotné kratší dobu než 14 týdnů. Patnáctý až dvacátý sedmý týden těhotenství uvedlo 36 (30 %) žen. Rovných 40 (33 %) žen se nacházelo mezi 28. a 40. týdnem těhotenství a 28 (24 %) žen bylo těhotných déle než 40 týdnů, měly tedy po termínu porodu.



Obrázek 8 - Graf zobrazující zdravotní problémy těhotných žen

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 8 znázorňuje zdravotní problémy těhotných žen. Odpovídalo na ni 120 respondentek, které v předchozích otázkách uvedly, že jsou těhotné. U této otázky, jako jediné, mohly označit více odpovědí, případně připsat svou odpověď, která nebyla uvedena v nabízených možnostech. 53 (44 %) těhotných žen uvedlo, že v těhotenství žádnými zdravotními problémy netrpí. Gestační diabetes mellitus (GDM) byl diagnostikován u 30 (25 %) žen, hypertenze u 16 (13 %) a 15 (12 %) žen mělo problém s ranními nevolnostmi. Nejčastějším připsaným problémem bylo astma, to uvedly 4 těhotné ženy. Další nemoci, které byly zmíněny jednou byly epilepsie, HIV, anémie, krvácení, Crohnova choroba a problémy se zády.

Hlavní cíl:

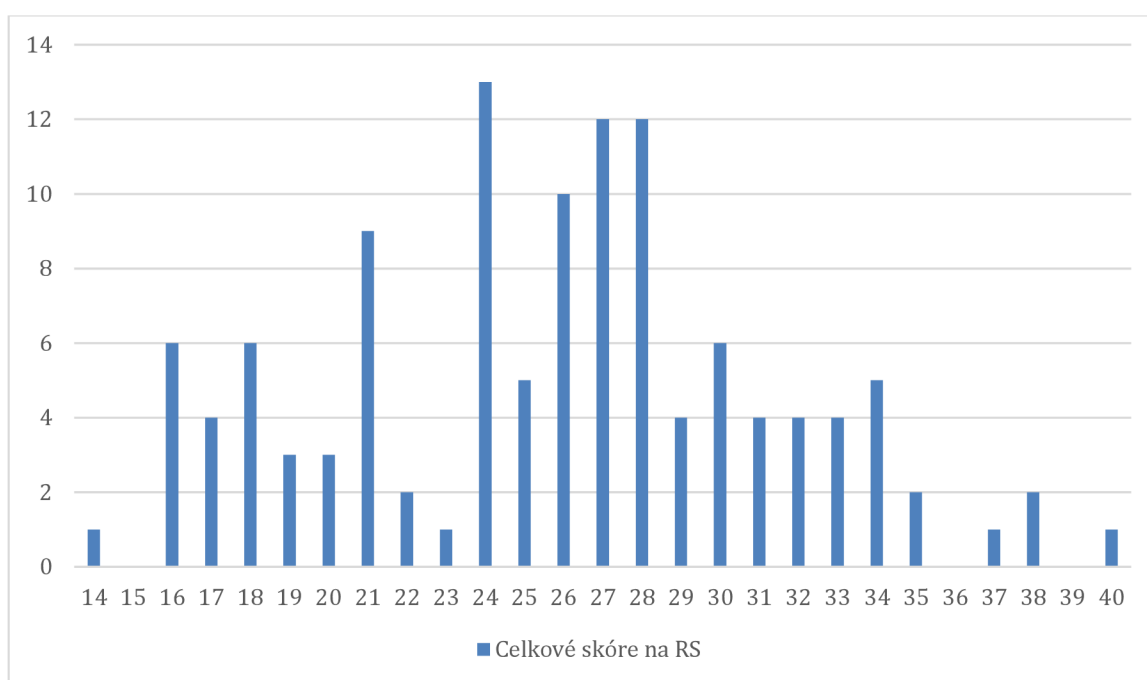
Zjistit průměrnou hodnotu sebehodnocení na Rosenbergově škále a její determinanty u těhotných žen.

Díličí cíl 1:

Zjistit, zda existuje vliv těhotenství na sebehodnocení žen.

H(A)1: Těhotenství má vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

H(0)1: Těhotenství nemá vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

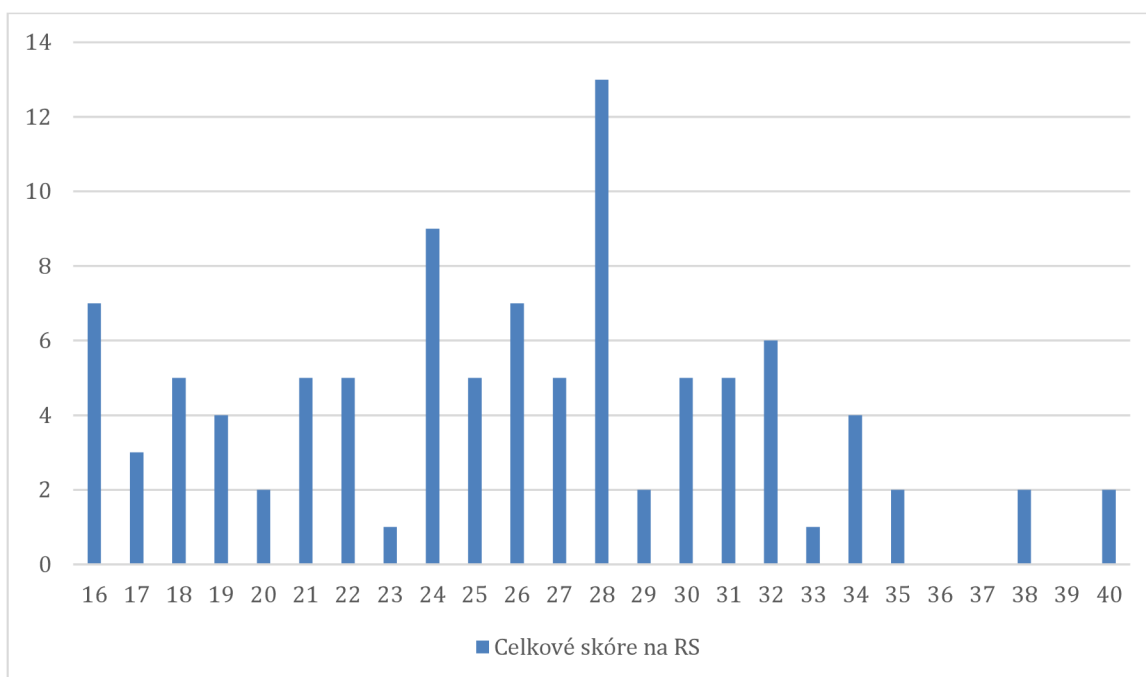


Obrázek 9 - Graf zobrazující skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení u těhotných žen

Zdroj: Vlastní zpracování

Na grafu 9 jsou znázorněna celková bodová skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení u těhotných žen. Celkem se výzkumu účastnilo 120 těhotných žen a bodové skóre se pohybovalo mezi hodnotami 14 – 40 z možných 10 – 40. Nejčastěji bylo výsledné skóre 24 u 13 (11 %) žen, poté skóre 27 a 28 se objevilo 12x (10 %), 10 (8 %) žen mělo skóre 26 bodů a 9 (7 %) žen 21 bodů. Celkové skóre 16, 18 a 30 se v dotazníkovém šetření vyskytlo 6x (5 %), skóre 25 a 34 5x (4 %). 4 (3 %) ženy měly skóre 17, 29, 31, 32 a 33. Skóre 19, 20 na základě svých

odpovědí dosáhly 3 (3 %) ženy. Pouze dvě (2 %) ženy měly výsledné skóre 22, 35 a 38 bodů. Minimální zmíněné skóre 14 bodů a maximální celkové skóre 40, stejně tak skóre 23 a 37 se vyskytlo pouze 1x (1 %). Celkové skóre 15, 36 a 39 nevyšlo v žádném z dotazníků.



Obrázek 10 - Graf zobrazující skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení u žen, které nejsou těhotné

Zdroj: Vlastní zpracování

Na grafu 10 jsou znázorněna celková bodová skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení u žen, které nebyly těhotné. Celkem se výzkumu účastnilo 100 netěhotných žen a bodové skóre se pohybovalo mezi hodnotami 16 – 40 z možných 10 – 40. Nejčastěji bylo výsledné skóre 28 u 13 (13 %) žen, poté skóre 24 se objevilo 9x (9 %), 7 (7 %) žen mělo skóre 16 a 26 bodů. Celkové skóre 32 se v dotazníkovém šetření vyskytlo 6x (6 %), skóre 18, 21, 22, 25, 27, 30 a 31 5x (5 %). 4 (4 %) ženy měly skóre 19 a 34. Skóre 17 na základě svých odpovědí dosáhly 3 (3 %) ženy. Pouze dvě (2 %) ženy měly výsledné skóre 20, 29, 35, 38 a 40 bodů. Skóre 23 a 33 se vyskytlo pouze 1x (1 %). Celkové skóre 36 a 37 nevyšlo v žádném z dotazníků.

Tabulka 1 - Tabulka popisující statistiku vyhodnocení Rosenbergovy škály sebehodnocení a porovnání těhotných a netěhotných žen

Popisná statistika	Všechny respondentky	Těhotné ženy	Netěhotné ženy
Počet žen	220	120	100
Průměr	25,76	25,74	25,79
Průměr (zaokrouhleno)	26	26	26
Směrodatná odchylka	5,71	5,58	5,85
Medián	26	26	26
Minimum	14	14	16
Maximum	40	40	40

Zdroj: Vlastní zpracování

V tabulce 1 jsou zobrazeny základní statistické údaje získané po vyhodnocení Rosenbergovy škály sebehodnocení. Zároveň jsou tyto údaje rozděleny do dvou skupin na základě gravidity respondentek. Výzkumu se účastnilo celkem 220 žen, z toho 120 žen bylo těhotných, 100 žen ne. Průměrné hodnoty sebehodnocení se od sebe liší jen velmi minimálně, u všech žen dohromady byl průměr (zaokrouhleno na 2 desetinná místa) 25,76, pouze u těhotných žen 25,74 a u žen, které těhotné nebyly 25,79. Po zaokrouhlení na celé číslo byl průměr u všech skupin stejný, tedy 26 bodů. Směrodatná odchylka byla vypočítána u všech žen na 5,71, u těhotných žen 5,58 a u netěhotných žen na 5,85. Medián činil u všech skupin hodnotu 26. Minimální celkové skóre bylo u těhotných žen 14 a u netěhotných žen 16. Maximální skóre bylo opět ve všech skupinách stejné, 40 bodů.

Vzhledem k tomu, že nejsou jasná kritéria pro vyhodnocení Rosenbergovy škály sebehodnocení na české populaci, rozdělili jsme sebehodnocení do tří kategorií na základě průměru a směrodatné odchylky na nízké sebehodnocení, střední sebehodnocení a vysoké sebehodnocení.

Tabulka 2 - Tabulka znázorňující kategorie sebehodnocení

Sebehodnocení	Bodové rozmezí
Nízké sebehodnocení	10-19
Střední sebehodnocení	20-29
Vysoké sebehodnocení	30-40

Zdroj: Vlastní zpracování

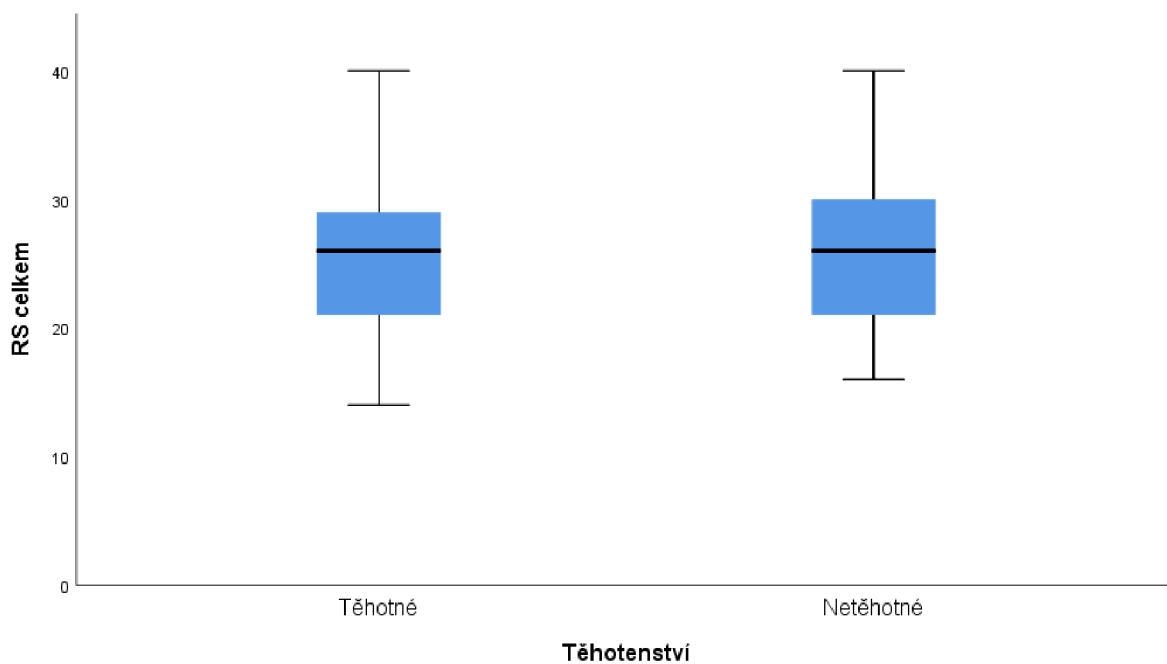
Těhotné ženy mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,74 a netěhotné 25,79. Mediány jsou shodně 26,0 u obou skupin. Pomocí Shapiro-Wilkova testu bylo zjištěno, že sebehodnocení skupiny netěhotných žen nemá normální rozdělení (p-hodnota 0,040), k posouzení vzájemné závislosti proměnných byl použit neparametrický test, konkrétně Mann-Whitney test.

Tabulka 3 - Popis hodnoty sebehodnocení na Rosenbergově škále podle věku těhotných respondentek

RS celkem				Shapiro-Wilk test normality			
Těhotenství	Medián	Průměr	SD	N	Statistic	stupně volnosti	P-hodnota
ano	26,00	25,74	5,607	120	,981	120	,094
ne	26,00	25,79	5,881	100	,973	100	,040

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě Mann-Whitney testu lze říci, že těhotenství nemá vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály (p-hodnota 0,952). Přijímáme nulovou hypotézu „Těhotenství nemá vliv na sebehodnocení ženy u sledované skupiny žen a kontrolního souboru“.



Obrázek 11 - Graf zobrazující sebehodnocení respondentek dle Rosenbergovy škály
Zdroj: Vlastní zpracování

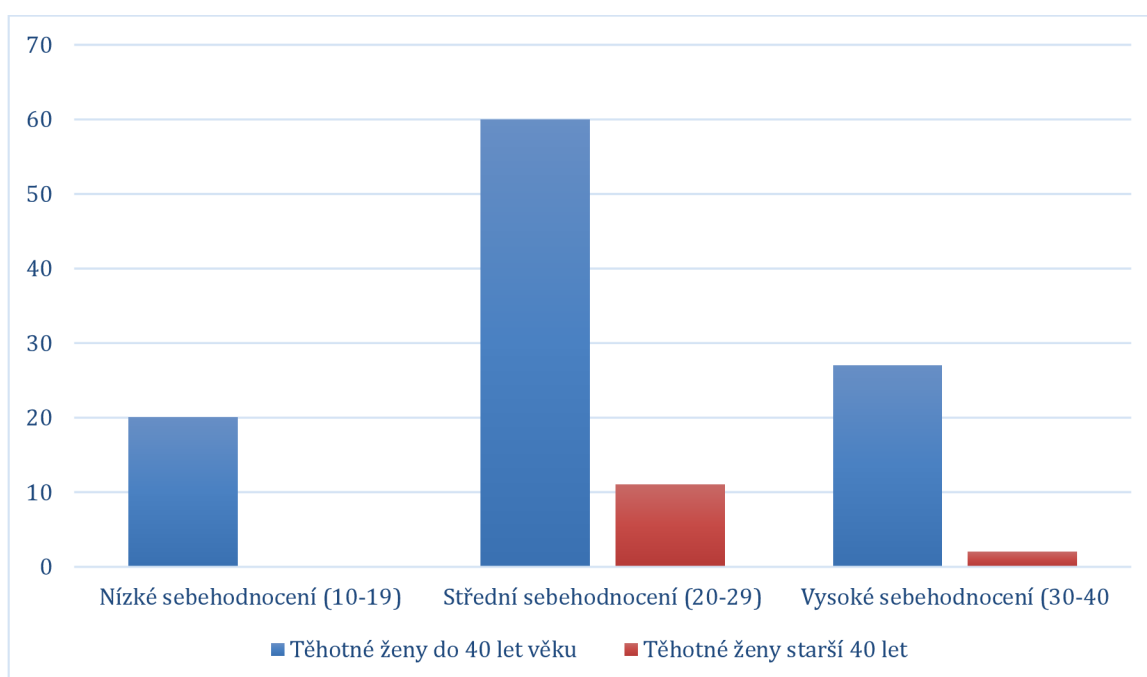
Graf 11 znázorňuje sebehodnocení respondentek, rozdělených dle gravidity. Zobrazuje větší rozptyl celkových hodnot sebehodnocení na Rosenbergově škále u těhotných žen a také je zde znázorněn medián ve stejné hodnotě u obou skupin žen.

Dílčí cíl 2:

Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení na Rosenbergově škále mezi skupinou těhotných žen ve věku 40 a méně a skupinou žen starších 40 let.

H(A)2: Věk ženy nad 40 let má vliv na sebehodnocení dle Rosenbergovy škály.

H(0)2: Věk ženy nad 40 let nemá vliv na sebehodnocení dle Rosenbergovy škály.



Obrázek 12 - Graf zobrazující sebehodnocení těhotných žen v závislosti na věku

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 12 znázorňuje celkovou hodnotu sebehodnocení na Rosenbergově škále u žen podle věku. Zároveň je sebehodnocení rozdělené dle výše určených kritérií na nízké, střední a vysoké. Těhotných žen bylo ve výzkumu celkem 120, z toho pouze 13 žen bylo starších 40 let. Nízké sebehodnocení mělo 20 těhotných žen do věku 40 let a ani jedna žena starší 40 let. Střední sebehodnocení bylo vyhodnoceno u 60 těhotných žen do věku 40 let a u 11 těhotných žen starších 40 let. Vysoké sebehodnocení mělo 27 těhotných žen do věku 40 let a 2 ženy starší 40 let.

Tabulka 4 - Tabulka znázorňující procentiální zastoupení jednotlivých kategorií sebehodnocení těhotných žen dle věku

Sebehodnocení	Celkem žen	Ženy do 40 let věku	Ženy starší 40 let
Nízké	20 (17 %)	20 (19 %)	0 (0 %)
Střední	71 (59 %)	60 (56 %)	11 (85 %)
Vysoké	29 (24 %)	27 (25 %)	2 (15 %)
	120 (100 %)	107 (100 %)	13 (100 %)

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 120 respondentek 17 % mělo sebehodnocení nízké, 59 % střední a 24 % vysoké. Těhotných žen do věku 40 let bylo ve výzkumu 107, z nichž 19 % uvedlo nízké sebehodnocení, 56 % střední a 25 % vysoké. Žen starších 40 let bylo ve výzkumu pouhých 13, ani jedna z nich neuváděla nízké sebehodnocení, 85 % žen mělo střední sebehodnocení a 2 ženy vysoké sebehodnocení.

Kromě průměrného zastoupení jednotlivých kategorií byla vypočtena i přesná průměrná hodnota sebehodnocení u těhotných respondentek. U respondentek starších 40 let byl průměr rovných 26, u respondentek do 40 let věku 25,71 (zaokrouhleno na 26).

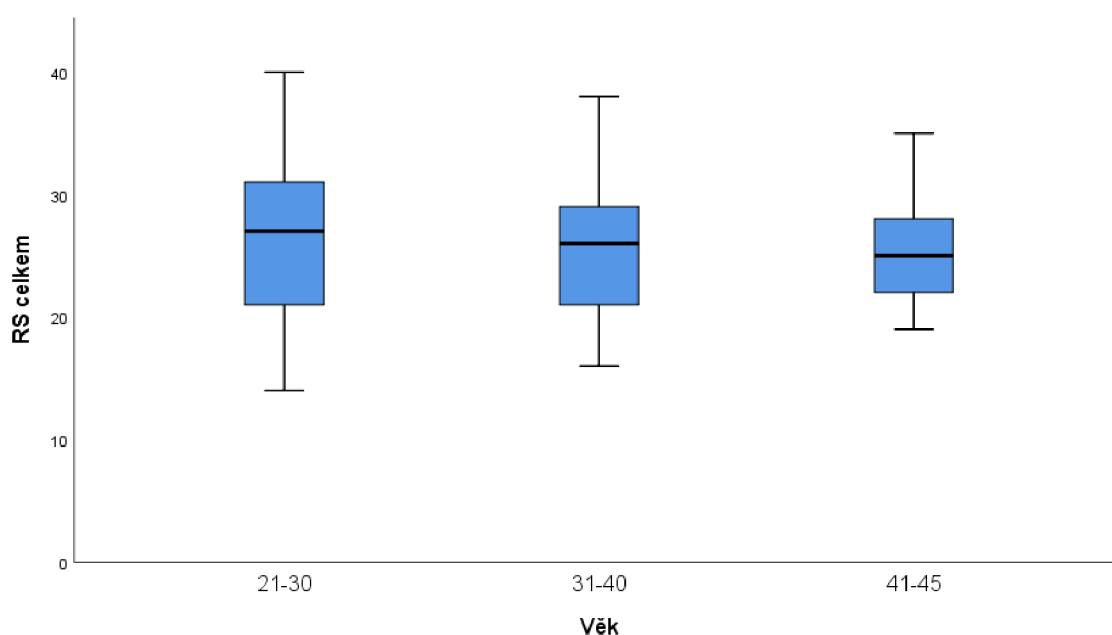
Těhotné ženy mezi 21. a 30. rokem mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 26,38, ženy mezi 31. a 40. rokem mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,41 a ženy mezi 41. a 45. rokem mají nejnižší průměrnou hodnotu sebehodnocení (25,38). Pomocí Shapiro-Wilkova testu bylo zjištěno, že sebehodnocení skupiny žen mezi 31. a 40. rokem nemá normální rozdělení (p-hodnota 0,006), k posouzení vzájemné závislosti proměnných byl použit neparametrický test, konkrétně Kruskal-Wallisův test.

Tabulka 5 - Popis hodnoty sebehodnocení podle věku

RS celkem					Shapiro-Wilk test normality		
Věk	Medián	Průměr	SD	N	Statistic	stupně volnosti	P-hodnota
21-30	27,00	26,38	6,604	81	,972	81	,073
31-40	26,00	25,41	5,375	110	,965	110	,006
41-45	25,00	25,38	4,135	29	,945	29	,139

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výsledku Kruskal-Wallisova testu vyplývá, že věk nemá vliv na sebehodnocení dle Rosenbergovy škály (p-hodnota 0,584). Přijímáme nulovou hypotézu „Věk ženy nad 40 let nemá vliv na sebehodnocení ženy u sledované skupiny těhotných žen“.



Obrázek 13 - Graf zobrazující sebehodnocení dle Rosenbergovy škály u těhotných žen dle věku

Zdroj: Vlastní zpracování

Na grafu 13 je znázorněno sebehodnocení těhotných respondentek dle věku. Graf ukazuje zmenšující se rozptyl odpovědí se stoupajícím věkem a mírnou sestupnou tendencí hodnoty mediánu v jednotlivých věkových kategoriích.

Dílčí cíl 3:

Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení na Rosenbergově škále mezi těhotnými ženami v různém gestačním týdnu.

H(A)3: Týden těhotenství má vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

H(0)3: Týden těhotenství nemá vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.



Obrázek 14 - Graf zobrazující sebehodnocení těhotných žen v závislosti na gestačním týdnu

Zdroj: Vlastní zpracování

Na grafu 14 je znázorněno sebehodnocení těhotných žen podle gestačního týdne, zároveň je sebehodnocení opět rozděleno do tří kategorií, které byly vypočteny dle průměru a směrodatné odchylky. Výzkumu se účastnilo 120 těhotných žen. Nízké sebehodnocení měly 3 ženy, které byly nejvíce 14 týdnů těhotné, 5 žen mezi 15. a 27. týdnem těhotenství, 6 žen mezi 28. a 40. týdnem a 6 žen, které byly těhotné déle jak 40 týdnů. Střední sebehodnocení bylo vyhodnoceno u 7 žen, které byly těhotné maximálně 14 týdnů, 19 žen mezi 15. a 27. týdnem těhotenství, 28 žen mezi 28. a 40. týdnem a 17, které byly tzv. po termínu, tedy těhotné více jak 40 týdnů. Vysoké, tedy nadprůměrné sebehodnocení se v dotazníkovém šetření

vyskytlo u 6 žen do 14. týdne těhotenství, u 12 žen mezi 15. a 27. týdnem těhotenství, u 6 žen mezi 28. a 40. týdnem a u 5 žen po 40. týdnu těhotenství.

Tabulka 6 - Tabulka znázorňující procentiální zastoupení jednotlivých kategorií sebehodnocení těhotných žen dle gestačního týdne

Sebehodnocení	Celkem žen	Do 14. týdne	15. – 27. týden	28. – 40. týden	Víc jak 40. týden
Nízké	20 (17 %)	3 (19 %)	5 (14 %)	6 (15 %)	6 (21 %)
Střední	71 (59 %)	7 (44 %)	19 (53 %)	28 (70 %)	17 (61 %)
Vysoké	29 (24 %)	6 (37 %)	12 (33 %)	6 (15 %)	5 (18 %)
Celkem žen	120 (100 %)	16 (100 %)	36 (100 %)	40 (100 %)	28 (100 %)

Zdroj: Vlastní zpracování

Ženy, které byly těhotné nejdéle 14 týdnů, se výzkumu účastnilo 16, z nichž 3 (19 %) měly nízké sebehodnocení, 7 (44 %) střední a 6 (37 %) vysoké. Ženy v 15. – 27. gestačním týdnu bylo ve výzkumu 36. 5 (14 %) z nich mělo nízké sebehodnocení, 19 (53 %) střední a 12 (33 %) vysoké. Ženy v posledním trimestru těhotenství, tedy ve 28. – 40. týdnu bylo 40. U 6 (15 %) bylo vyhodnoceno nízké sebehodnocení, u 28 (70 %) střední a u 6 (15 %) vysoké. Poslední skupinou byly ženy po 40. týdnu těhotenství, kterých se účastnilo 28. 6 (21 %) mělo nízké sebehodnocení, 17 (61 %) střední a 5 (18 %) vysoké.

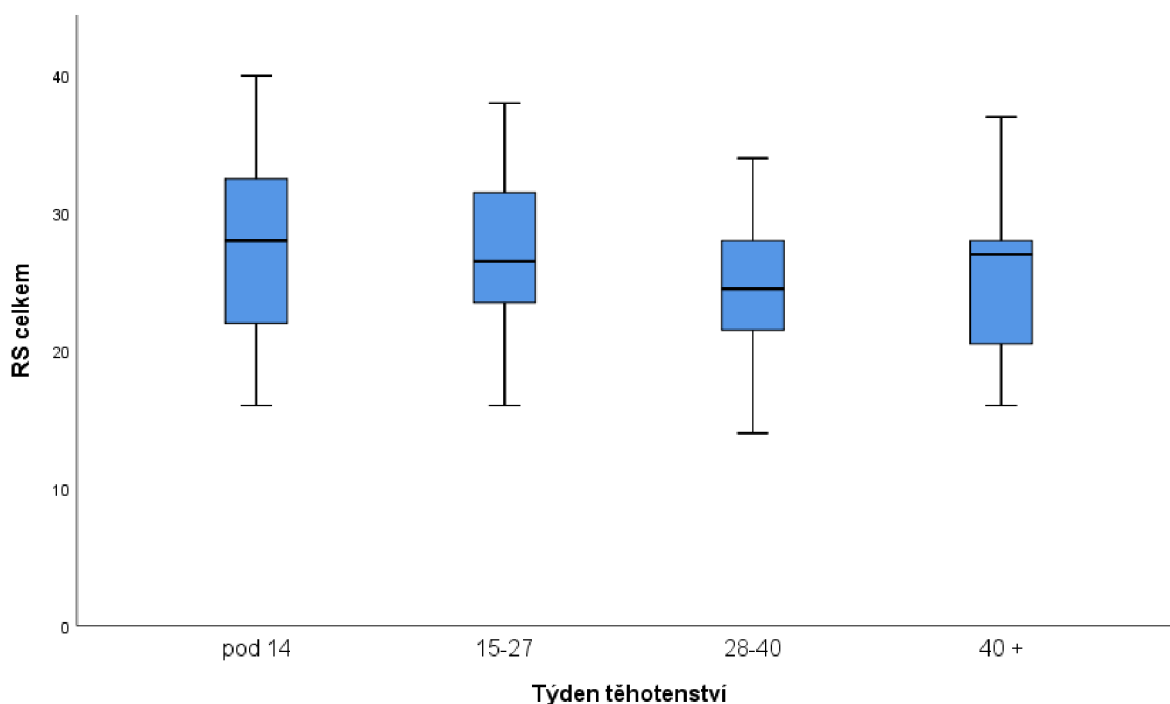
Hypotéza byla hodnocena na vzorku 120 respondentek (těhotenství=ano). Ženy do 14. týdnu těhotenství mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 27,44, ženy mezi 15. a 27. týdnem těhotenství mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 26,64, ženy mezi 28. a 40. týdnem těhotenství mají nejnižší průměrnou hodnotu sebehodnocení (24,65) a ženy nad 40. týden těhotenství mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,18. Pomocí Shapiro-Wilkova testu bylo zjištěno, že sebehodnocení skupiny žen v nejpokročilejší fázi těhotenství nemá normální rozdělení (p-hodnota 0,045), k posouzení vzájemné závislosti proměnných byl použit neparametrický test, konkrétně Kruskal-Wallisův test.

Tabulka 7 - Popis hodnoty sebehodnocení podle týdnu těhotenství

RS celkem				Shapiro-Wilk			
Týden těhotenství	Medián	Průměr	SD	N	Statistic	stupně volnosti	P-hodnota
pod 14	28,0	27,44	7,294	16	0,958	16	0,634
15-27	26,5	26,64	5,607	36	0,973	36	0,516
28-40	24,5	24,65	4,764	40	0,98	40	0,680
40 +	27,0	25,18	5,531	28	0,945	28	0,045

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě Kruskal-Wallisova testu lze říci, že mezi týdny těhotenství a sebehodnocením ženy dle Rosenbergovy škály neexistuje závislost (p-hodnota 0,441). Přijímáme nulovou hypotézu „Týden těhotenství nemá vliv na sebehodnocení ženy u sledované skupiny těhotných žen“.



Obrázek 15 – Graf zobrazující sebehodnocení respondentek na Rosenbergově škále dle týdnu těhotenství

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 15 ukazuje sebehodnocení těhotných respondentek podle toho, ve kterém týdnu těhotenství se aktuálně nacházely. Největší rozptyl hodnot byl u žen, které nebyly

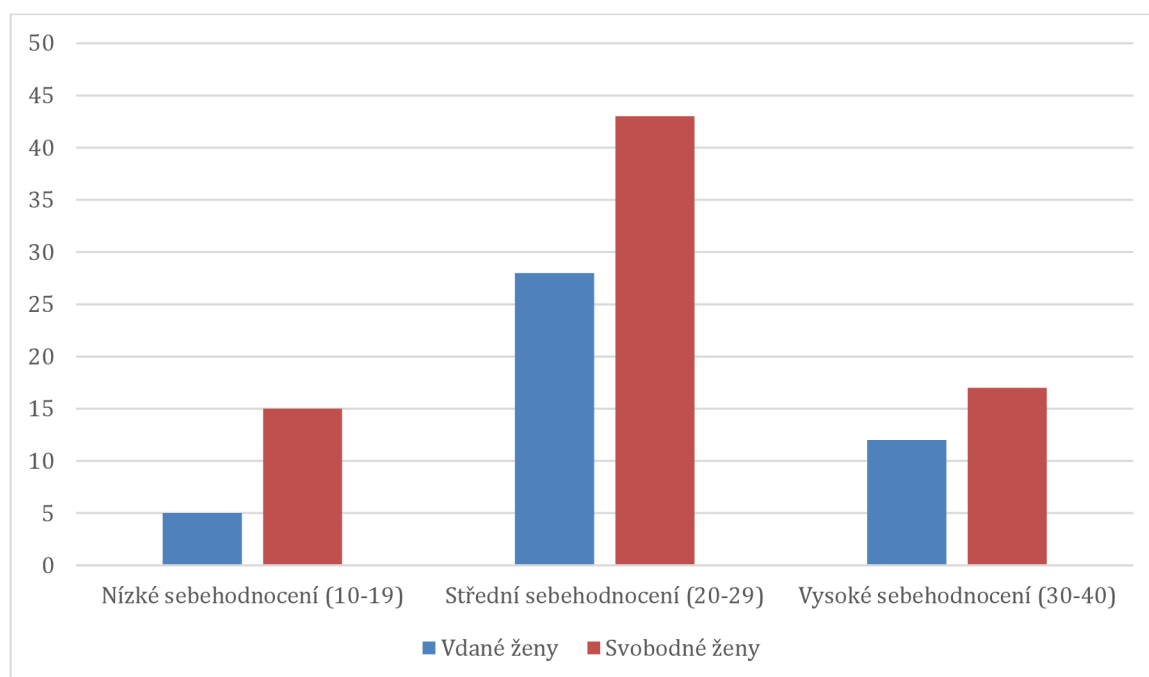
těhotné ani 14 týdnů. Ačkoli statistické testy neprokázaly statisticky významný rozdíl u jednotlivých skupin žen, na tomto grafu je znázorněn mírně klesající hodnota mediánu od začátku těhotenství až do termínu porodu a poté dochází k malému zvýšení.

Dílčí cíl 4:

Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení na Rosenbergově škále mezi skupinou žen žijících s manželem a bez manžela.

H(A)4: Život v manželství má vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

H(0)4: Život v manželství nemá vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.



Obrázek 16 - Graf zobrazující sebehodnocení těhotných žen podle toho, zda žijí v manželství, či nikoli

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 16 znázorňuje celkovou hodnotu sebehodnocení na Rosenbergově škále u žen podle toho, zda žijí v manželství, tyto ženy tvoří první skupinu. Ve druhé skupině jsou ženy, které uvedly, že žijí samy nebo sdílí společnou domácnost s přítelem či s rodiči. Zároveň je sebehodnocení rozdělené dle výše určených kritérií

na nízké, střední a vysoké. Těhotných žen bylo ve výzkumu celkem 120, z toho 45 žen žilo s manželem. Nízké sebehodnocení mělo 5 žen žijících s manželem a 15 žen bez manžela. Střední sebehodnocení bylo vyhodnoceno u 28 žen žijících s manželem a u 43 bez něho. Vysoké, tedy nadprůměrné sebehodnocení mělo 12 žen s manželem a 17 bez.

Tabulka 8 - Tabulka znázorňující procentuální zastoupení jednotlivých kategorií sebehodnocení těhotných žen podle toho, zda žijí s manželem, či nikoli

Sebehodnocení	Celkem žen	Ženy žijící s manželem	Ženy žijící bez manžela
Nízké	20 (17 %)	5 (11 %)	15 (20 %)
Střední	71 (59 %)	28 (62 %)	43 (57 %)
Vysoké	29 (24 %)	12 (27 %)	17 (23 %)
	120 (100 %)	45 (100 %)	75 (100 %)

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 8 znázorňuje procentuální zastoupení v jednotlivých kategoriích sebehodnocení u vdaných a neprovdaných žen. Vdaných žen bylo ve výzkumu 45 (100 %), z nichž 5 (11 %) mělo nízké sebehodnocení, 28 (62 %) střední a 12 (27 %) vysoké. Neprovdaných žen bylo ve výzkumu 75 (100 %), u 15 (20 %) bylo vyhodnoceno nízké sebehodnocení, u 43 (57 %) střední a u 17 (23 %) vysoké.

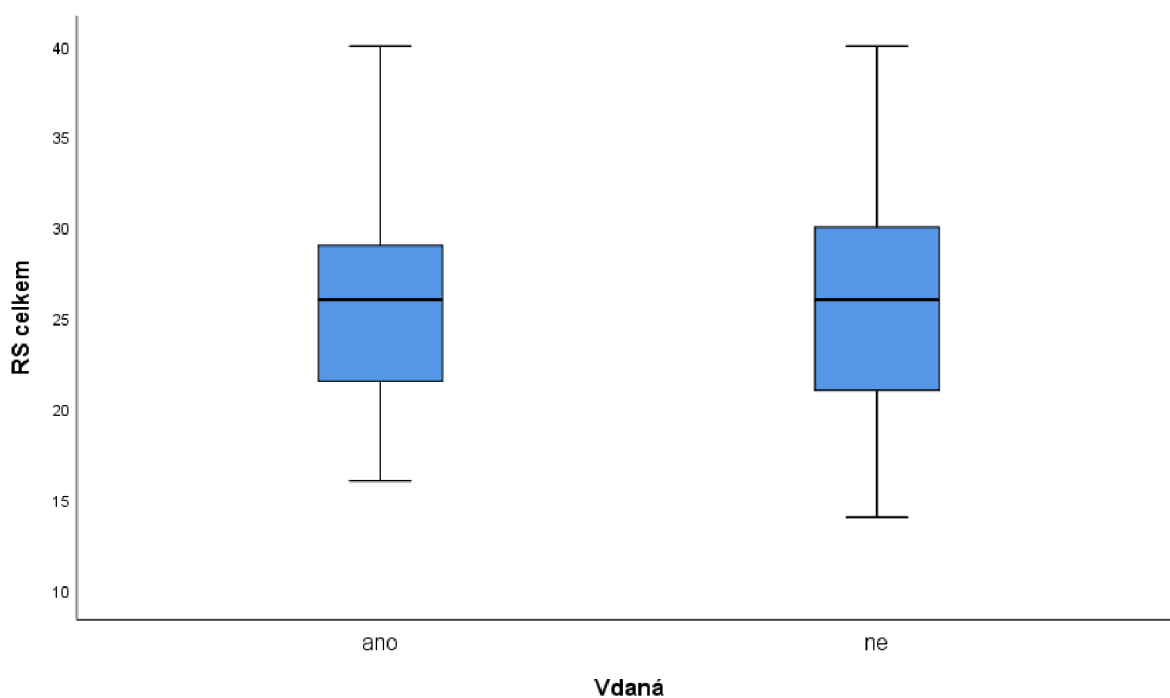
Vdané ženy mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,71 a nesezdané 25,79. Mediány jsou shodně 26,0 u obou skupin. Pomocí Shapiro-Wilkova testu bylo zjištěno, že sebehodnocení skupiny nesezdaných žen nemá normální rozdělení (p-hodnota 0,013), k posouzení vzájemné závislosti proměnných byl použit neparametrický test, konkrétně Mann-Whitney test.

Tabulka 9 - Popis hodnoty sebehodnocení podle manželství

RS celkem				Shapiro-Wilk			
Vdaná	Medián	Průměr	SD	N	Statistic	stupně volnosti	p-hodnota
ano	26,00	25,71	5,600	79	,976	79	,134
ne	26,00	25,79	5,806	141	,976	141	,013

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě Mann-Whitney testu lze říci, že mezi manželstvím a sebehodnocením ženy dle Rosenbergovy škály neexistuje závislost (p-hodnota 0,832). Přijímáme nulovou hypotézu „Život v manželství nemá vliv na sebehodnocení ženy u sledované skupiny těhotných žen“.



Obrázek 17 – Graf zobrazující sebehodnocení na Rosenbergově škále podle toho, zda jsou ženy vdané

Zdroj: Vlastní sebehodnocení

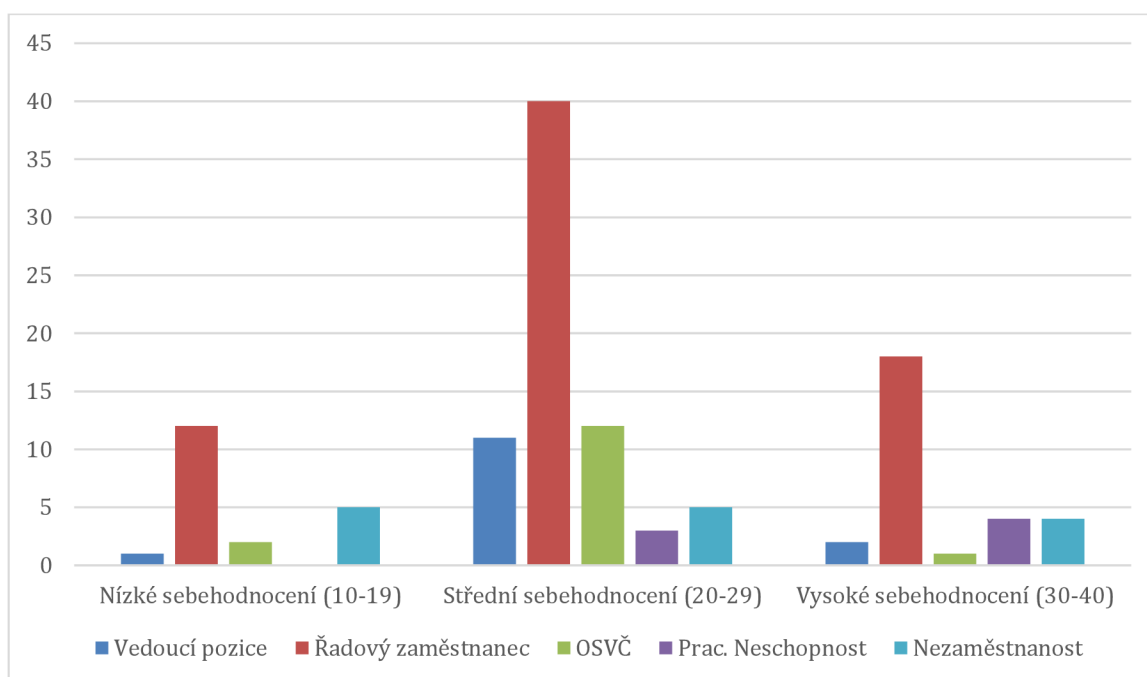
Graf 17 ukazuje sebehodnocení těhotných respondentek podle toho, zda jsou vdané. Je znázorněn menší rozptyl celkového sebehodnocení u žen, které žijí s manželem, ale zároveň shodný medián u obou skupin žen.

Dílčí cíl 5:

Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení na Rosenbergově škále mezi skupinou zaměstnaných a nezaměstnaných těhotných žen.

H(A)5: Zaměstnanost má vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.

H(0)5: Zaměstnanost nemá vliv na sebehodnocení ženy dle Rosenbergovy škály.



Obrázek 18 - Graf zobrazující sebehodnocení těhotných žen na Rosenbergově škále dle zaměstnanosti

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 18 znázorňuje sebehodnocení žen podle toho, zda pracují a na jaké pozici. Zároveň je sebehodnocení rozděleno do tří kategorií. Nízké sebehodnocení měla 1 žena, která pracuje na vedoucí pozici, 12 žen, které pracují jako řadoví zaměstnanci, 2 ženy které jsou OSVČ, ani jedna žena v pracovní neschopnosti

a 5 nezaměstnaných žen. Střední sebehodnocení se vyskytlo u 11 žen na vedoucí pozici, u 40 žen pracujících jako řadoví zaměstnanci, u 12 žen OSVČ, u 3 žen v pracovní neschopnosti a u 5 aktuálně nezaměstnaných žen. Vysoké sebehodnocení bylo vyhodnoceno u 2 žen pracujících na vedoucí pozici, u 18 žen, které jsou řadovými zaměstnanci, pouze u jedné ženy, která je OSVČ, a poté shodně u 4 žen, které jsou v pracovní neschopnosti a 4 nezaměstnaných žen.

Tabulka 10 - Tabulka znázorňující procentuální zastoupení jednotlivých kategorií sebehodnocení těhotných žen dle zaměstnanosti

Sebehodnocení	Celkem žen	Pracující ženy	Ženy, momentálně nepracující
Nízké	20 (17 %)	15 (15 %)	5 (24 %)
Střední	71 (59 %)	63 (64 %)	8 (38 %)
Vysoké	29 (24 %)	21 (21 %)	8 (38 %)
	120 (100 %)	99 (100 %)	21 (100 %)

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 10 znázorňuje procentuální zastoupení dříve určených kategorií sebehodnocení a rozdělení na pracující a nepracující ženy. Do kategorie pracujících žen byly zařazeny ženy na vedoucí a řadové pozici a také ženy, které jsou OSVČ. Mezi nepracující ženy jsme zařadili ty, které jsou momentálně nezaměstnané nebo v pracovní neschopnosti. Celkem bylo ve výzkumu 120 těhotných žen, z toho 99 žen, které aktuálně pracují, a 21 žen, které do práce v danou chvíli nechodili. Z 99 (100 %) pracujících žen mělo 15 (15 %) nízké sebehodnocení, 63 (64 %) střední sebehodnocení a 21 (21 %) vysoké sebehodnocení. Z celkového počtu 21 (100 %) nepracujících žen bylo u 5 (24 %) vyhodnoceno nízké sebehodnocení, u 8 (38 %) střední sebehodnocení a u 8 (38 %) vysoké sebehodnocení.

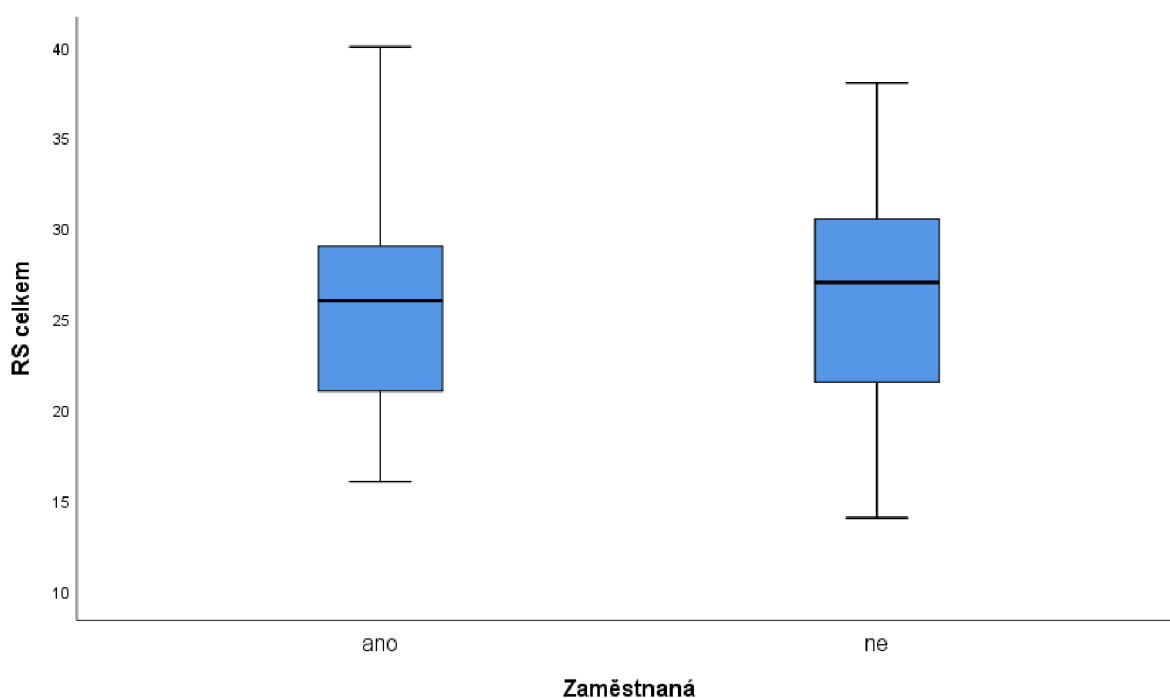
Zaměstnané ženy mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,70 a nezaměstnané 26,11. Pomocí Shapiro-Wilkova testu bylo zjištěno, že sebehodnocení skupiny zaměstnaných žen nemá normální rozdělení (p-hodnota 0,004), k posouzení vzájemné závislosti proměnných byl použit neparametrický test, konkrétně Mann-Whitney test.

Tabulka 11 - Popis hodnoty sebehodnocení podle zaměstnanosti

RS celkem				Shapiro-Wilk			
Zaměstnaná	Medián	Průměr	SD	N	Statistic	Stupně volnosti	p-hodnota
ano	26,00	25,70	5,559	184	,977	184	,004
ne	27,00	26,11	6,559	36	,953	36	,126

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě Mann-Whitney testu lze říci, že mezi zaměstnaností a sebehodnocením ženy dle Rosenbergovy škály neexistuje závislost (p-hodnota 0,531). Přijímáme nulovou hypotézu „Život v manželství nemá vliv na sebehodnocení ženy u sledované skupiny těhotných žen“.



Obrázek 19 - Graf zobrazující sebehodnocení na Rosenbergově škále dle zaměstnanosti respondentek

Zdroj: Vlastní zpracování

Na grafu 19 je zobrazeno sebehodnocení těhotných žen rozdělených podle toho, zda v době výzkumného šetření pracovaly. Na grafu je znázorněn vyšší medián u žen, které zrovna zaměstnané nebyly.

3.4 Diskuze

Tato kapitola předkládá získané výsledky výzkumného šetření a odpovědi na stanovené výzkumné dílčí cíle a hypotézy. Součástí diskuse je porovnání získaných poznatků s poznatky odborné literatury a publikovaných studií. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjištění hodnot sebehodnocení na Rosenbergově škále u různých skupin těhotných žen a také ověření, zda existují determinanty, které sebehodnocení ovlivňují. Bylo formulováno 5 dílčích cílů a 10 hypotéz.

Hlavním cílem bylo zjistit průměrné sebehodnocení těhotných žen a případné determinanty, které ho ovlivňují. Průměrné sebehodnocení těhotných žen po vyhodnocení Rosenbergovy škály bylo vypočítáno na 25,74, čili 26 po zaokrouhlení. Na základě rozdělení sebehodnocení do tří skupin (nízké, střední a vysoké) podle průměrných hodnot a směrodatných odchylek. Sebehodnocení dle Rosenbergovy škály bylo na základě výsledků průměrů a směrodatných odchylek rozděleno do tří skupin. Nízké, střední a vysoké sebehodnocení. Smékal (2002, s. 358) rozděluje sebevědomí do pěti kategorií, velmi vysoké, velké, zdravé, spíš menší a malé sebevědomí, a popisuje je takto. Lidé s velmi vysokým a velkým sebevědomím se obvykle nezajímají o to, jak působí na lidi okolo sebe, jsou naprosto přesvědčeni o svých kvalitách a jen výjimečně pociťují nejistotu. Lidí se zdravým sebevědomím je asi nejvíce. Občas pociťují nejistotu a mají sklon se trochu podceňovat. Spíše menší a malé sebevědomí mají lidé, kteří byli a jsou stále peskováni a kritizováni. Tito lidé se zajímají o to, jak je okolí vnímá, a přizpůsobují se tomuto názoru. Často jsou nejistí. Průměrnou hodnotu sebehodnocení 26 na RS řadíme do středního sebehodnocení a sebevědomí. Můžeme ji tedy považovat za uspokojivý výsledek. Ligia a kol. (2010) uvedl zjištění vysoké prevalence neuspokojivého sebehodnocení u těhotných žen. Tento odlišný výsledek bychom mohli vysvětlit časovým odstupem. Dnes předpokládáme, že je prenatální péče zaměřena na psychický stav a psychickou pohodu ženy mnohem více, než tomu bývalo dříve.

Dílčí cíl č. 1 se zabýval tím, zda lze těhotenství považovat za determinant, který ovlivňuje sebehodnocení žen. Při výzkumném šetření byla vytvořena kontrolní skupina žen, které těhotné nebyly. Těhotné ženy měly průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,74 a netěhotné 25,79. Mediány jsou shodně 26,0 u obou skupin. Byly použity testy Shapiro-Wilk a Mann-Whitney, na základě kterých nebyla

prokázaná závislost sebehodnocení na těhotenství ženy (p -hodnota = 0,952). Hodgkinson a kol. (2014) uvádí, že pohled na sebe samu se v těhotenství a mateřství mění a že tyto změny souvisí především s fyzickými změnami, zejména růstem váhy. Mění se tedy spíše k horšímu. Zároveň s tím se snižuje i sebehodnocení ženy. Na základě výsledků našeho výzkumu s tím souhlasit nemůžeme, i když bych ráda vyjádřila naše mírné překvapení nad tímto faktem. V našem výzkumu jsme sice nesledovali vzájemnou souvislost sebehodnocení a nárůstu tělesné hmotnosti těhotné ženy, ale porovnávali jsme těhotné ženy s ženami, které těhotné nejsou, a ani tak nebyl prokázán významný rozdíl v sebehodnocení dle Rosenbergovy škály.

Dílčí cíl č. 2 se zabýval tím, zda lze věk považovat za determinant, který ovlivňuje sebehodnocení těhotných žen. Těhotné ženy mezi 21. a 30. rokem mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 26,38, ženy mezi 31. a 40. rokem mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,41 a ženy mezi 41. a 45. rokem mají nejnižší průměrnou hodnotu sebehodnocení (25,38). Dle výsledků byly zjištěny mediány, které ukazují mírnou sestupnou tendenci sebehodnocení se zvyšujícím se věkem. Z toho bychom mohli odvodit, že vyšší věk negativně ovlivňuje sebehodnocení. Použité testy však statisticky významnou závislost neprokázaly (p -hodnota = 0,584). McVeigh a Smith (2000) na základě svého výzkumu uvádí, že sebevědomí se u žen zvyšuje s věkem, což je naprosto v rozporu s naším výzkumem, kde, jak je již zmíněno výše, bylo naopak mírně se zhoršující sebevědomí související s vyšším věkem. Chen a Conrad (2001) nenašli mezi věkem a sebehodnocením ženy žádný vztah.

Dílčí cíl č. 3 se zabýval zjištěním, zda lze gestační týden zařadit mezi determinanty, které ovlivňují sebehodnocení těhotných žen. Ženy do 14. týdnu těhotenství mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 27,44, ženy mezi 15. a 27. týdnem těhotenství mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 26,64, ženy mezi 28. a 40. týdnem těhotenství mají nejnižší průměrnou hodnotu sebehodnocení (24,65) a ženy nad 40. týden těhotenství mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,18. Opět byly určeny mediány jednotlivých kategorií postupu týdne těhotenství, kde lze sledovat tendenci klesajícího sebehodnocení od začátku těhotenství do termínu porodu a následný vzestup u žen, které jsou těhotné déle než 40 týdnů. I přesto, že nebyla zjištěna statisticky významná závislost (p -hodnota = 0,441), můžeme konstatovat mírné změny sebehodnocení žen v průběhu těhotenství. Inanir

(2015) zjistil, že sebehodnocení a body image žen jsou nejnižší ve třetím trimestru, jelikož fyzické i psychické změny jsou výrazné a viditelné a ovlivňují běžný život ženy. S tímto výsledkem můžeme souhlasit. I když si nedovedeme přesně vysvětlit, z jakého důvodu opět stoupl sebehodnocení u žen, které přenáší, čili jsou tzv. po termínu. Odlišného výsledku dosáhl Watson (2016), jehož kvalitativní výzkum u 5 z 19 žen ukázal, že na začátku těhotenství nebyly samy se sebou spokojené, jelikož se jejich tělo začalo měnit, ale těhotenství nebylo výrazně viditelné. Později, když už okolí mohlo jejich těhotenství identifikovat, lépe přijaly změny s ním spojené a cítily se spokojenější.

Dílčí cíl č. 4 se zabýval tím, zda má život v manželství vliv na sebehodnocení ženy. Vdané ženy mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,71 a nesezdané 25,79. Mediány jsou shodně 26,0 u obou skupin. Testy ani v tomto bodě neprokázaly statisticky významnou závislost (p -hodnota = 0,832) života v manželství a sebehodnocení těhotné ženy. Několik výzkumů související s tímto tématem nebylo zaměřeno přímo na vztah života v manželství a sebehodnocení ženy, ale spíše na vztah jako takový, podporu partnera a sebehodnocení ženy. Ligia (2010) uvádí, že nedostatek podpory ze strany partnera negativně ovlivňuje sebehodnocení ženy. Hudáková a Kopáčiková (2017) uvádí psychickou zátěž ženy, když se stává finančně závislou na partnerovi. Pokud těhotná žena žije ve spokojeném partnerském vztahu, lze předpokládat, že se s těmito změnami lépe vyrovná. Má v partnerovi jistotu blízké osoby a zabezpečení. U žen, které žijí bez partnera, tento pocit jistoty může chybět.

Dílčí cíl č. 5 se zabýval tím, zda mezi determinanty sebehodnocení těhotných žen můžeme zařadit i pracovní činnost (zaměstnanost). Zaměstnané ženy mají průměrnou hodnotu sebehodnocení 25,70 a nezaměstnané 26,11. Dle výsledků byl zjištěn vyšší medián sebehodnocení u žen, které v době výzkumného šetření nepracovaly, testy ale žádnou statisticky významnou závislost (p -hodnota = 0,531) těchto veličin neprokázaly. Vyšší medián u nepracujících žen se neshoduje s předpokladem autorů, že absence zaměstnání a s tím spojená finanční závislost na partnerovi a rodině může vyvolat u ženy pocit méněcennosti a zhoršení sebehodnocení. I přes mylný předpoklad uvedené výsledky potvrzují výzkum Ligia (2010), který uvedl, že skutečnost, zda žena má, či nemá zaměstnání, neovlivňuje její sebehodnocení. Opačný výsledek ve výzkumu prováděném v Brazíli prokázala Dias (2008), která uvádí, že ženy s nižší školní docházkou, nižší ekonomickou úrovní, které nepracovaly a neměly náboženství, měly výrazně nižší sebevědomí.

3.5 Doporučení pro praxi

Z teoretických východisek vyplývá, že psychická podpora ženy během těhotenství je velmi důležitá pro správný průběh těhotenství, porod i šestinedělí. Důležitou osobou v psychické podpoře, a tedy i prevenci komplikací, které mohou na principu psychosomatiky vzniknout, je porodní asistentka. Porodní asistentka představuje pro ženu odborníka v oboru porodnictví a zároveň jsou porodní asistentky pacientům pocitově blíže nežli lékaři.

Psychickou podporu je vhodné poskytovat při všech návštěvách ženy v prenatální poradně. Bohužel časové možnosti porodní asistentky, k tomu často nedávají dostatečný prostor, proto jsou tedy ideálním řešením kurzy psychoprofyzické přípravy na porod. Je to čas přímo vymezený na edukaci, poskytování informací a zodpovídání dotazů.

Porodní asistentky i lékaři v prenatálních poradnách by měli předporodní kurzy, cvičení těhotných žen nebo jen organizace, kde se mohou těhotné ženy setkávat a podpořit se vzájemně, doporučovat.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala zjištěním sebehodnocení, především u těhotných žen, a možných determinantů. Teoretická část se zabývala pojmy psychologie, psychosomatika, jáství, sebepojetí a sebehodnocení, dále byly popsány fyzické i psychické změny v těhotenství a možné ovlivňující faktory. Výzkum byl proveden pomocí dotazníku, který obsahoval Rosenbergovu škálu sebehodnocení. Byl stanoven 1 hlavní cíl, 5 dílčích cílů a 10 hypotéz. Hlavním cílem bylo zjistit průměrné sebehodnocení těhotných žen na RS. Tato hodnota byla vypočtena 26 bodů (možných 40). Na základě výše uvedeného rozdělení byla zařazena do kategorie střední sebehodnocení, což považujeme za dobrý výsledek. Dílčí cíle a hypotézy byly zaměřeny na determinanty, které ovlivňují sebehodnocení. Byly mezi ně zařazeny těhotenství, věk ženy, gestační týden, život v manželství a zaměstnanost. Všechny hypotézy byly statisticky ověřeny, žádná se však nepotvrdila. Náš výzkum tedy neprokázal vliv na sebehodnocení ženy u žádného z determinantů.

Každá žena je jiná, a proto i své těhotenství prožívá jinak. To, jestli bude žena v období těhotenství šťastná, spokojená a bude se těšit na miminko a chystat se na novou roli matky, nebo bude nešťastná a úzkostlivá, může z velké míry ovlivnit její okolí. Velmi důležitý je samozřejmě partner a rodina ženy, ale období těhotenství a perinatální péče je ideálním obdobím i pro intervence zdravotníků. Lékař a porodní asistentka by měli ženu při každé návštěvě sledovat i po psychické stránce, najít si chvíli na rozhovor a případné rady. Velmi užitečné jsou předporodní kurzy, které jsou hojně pořádány. Pomáhají těhotné ženě i jejímu partnerovi získat co nejvíce informací a připravit se na všechno, co je čeká. Pocit, že to vědí a znají, pravděpodobně pozitivně ovlivní psychiku budoucích rodičů.

Těhotenství může být nejkrásnějším obdobím v životě ženy, pokud si to ona sama přeje a aktivně jej prožívá.

ZDROJE

1. BALGAR, Karel. *Úvod do studia psychologie osobnosti: celost. vysokoškolská učebnice pro studenty filozof. fakult stud. oboru psychologie*. Vyd. 1. Praha: SPN, 1983. 231 s. Učebnice pro vysoké školy.
2. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 stran. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. BINDER, Tomáš et al. *Porodnická propedeutika: studijní texty pro obor Porodní asistentka: bakalářský studijní program ošetrovatelství*. Vydání: první. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2015. 136 stran. ISBN 978-80-7414-994-8.
4. BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ. *Porodnictví: pro porodní asistentky*. Vydání první. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2016. 240 stran. ISBN 978-80-7561-020-1.
5. BLATNÝ, Marek a Alena PLHÁKOVÁ. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Vyd. 1. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. 150 s. ISBN 80-86620-05-0.
6. BLATNÝ, Marek a kol. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 301 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3434-7.
7. ŠMAJSOVÁ BUCHTOVÁ, Božena a Mojmír SNOPEK. *Psychické, zdravotní a sociálně-ekonomické důsledky ztráty práce*. Československá psychologie. Praha, 2012, roč. 56, č. 4, s. 325-342. ISSN 0009-062X.
8. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 287 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4033-1.
9. CRAMER, Phebe. *Change in Children's Self Confidence and the Use of Defense Mechanisms*. The Journal of nervous and mental disease vol. 206,8 (2018): 593-597. doi:10.1097/NMD.0000000000000848. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30020210/> [cit. 2022-02-16].
10. ČEPICKÝ, Pavel. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Moderní gynekologie a porodnictví, 1999. Praha, Volum 8(3), s. 215 - 242. ISSN 1211-1058.
11. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress, 2017, 144 s. ISBN 978-80-265-0579-2.

12. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Aktuální populační vývoj v kostce*. 2021 [online]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>. [cit. 2022-01-14].
13. ČGPS ČLP JEP, *Zásady dispenzární péče v těhotenství*. Sbíрка doporučených postupů č. 1, 2019. [online]. Dostupné z: <https://www.cgps.cz/informovane-souhlasyl%E2%80%8B/> [cit. 2022-02-21].
14. DIAS, Michelle de Souza et al. *Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, n. 12. pp. 2787-2797. ISSN 1678-4464. Dostupné z: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WjhWV93bBhrdL45J5sX9p9c/?lang=pt#>. [cit. 2022-04-05].
15. DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. 175 s. ISBN 978-80-7367-505-9. (s. 19-30).
16. DUŠOVÁ, Bohdana a Jana, MAREČKOVÁ. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. 233 s. ISBN 978-80-7368-611-6.
17. FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-246-0173-7.
18. FLEMMING, James, S. a Barbara E. COURTNEY. *The dimensionality of self-esteem: hierarchical facet model for revised measurement scales*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984, [online], 46, 404 – 421. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1984-15041-001>. [cit. 2022-04-05].
19. FREUD, Anna. *Já a obranné mechanismy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 119 s. Spektrum. ISBN 80-7367-084-4.
20. FREYBERGH, Peter G. Fedor. *Prenatálně dítě*. 1. slov. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o., 2013. 65 s. ISBN 978-80-88952-74-9.
21. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ ml. *Čekáme dítě*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013. 373 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
22. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ ml. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017, 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.

23. HÁJEK, Zdeněk a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. xxiii, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
24. HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva a kol. *Posouzení raného vztahu matka-dítě v komunitním prostředí*. *Pediatric pro praxi*. 2018; [online], 19(6): 332–336. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2018/06/05.pdf>. [cit. 2022-04-06].
25. HODGKINSON, Emma. L., Debbie SMITH a Anja WITTKOWSKI. *Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis*. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 330 (2014), [online]. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-330#citeas>. [cit. 2022-04-05].
26. HRONEK, Miloslav. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004. 309 s. ISBN 80-7345-013-5.
27. HUČÍN, Jakub. *Jiný stav přináší i jiný svět*. *Psychologie dnes*, 2000, 6(7/8), s. 8-10. ISSN 1212-9607.
28. HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 136 stran. ISBN 978-80-271-0274-7.
29. CHEN, Chi-Wen a Barbara CONRAD. *The Relationship Between Maternal Self-Esteem and Maternal Attachment in Mothers of Hospitalized Premature Infants*. *Journal of Nursing Research: September 2001 - Volume 9 - Issue 4* - p 69-82, [online]. Dostupné z: https://journals.lww.com/jnr-twna/Abstract/2001/09000/The_Relationship_Between_Maternal_Self_Esteem_and.2.aspx [cit. 2022-04-05].
30. ICM. *Definitions*. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>. [cit. 2022-03-11].
31. INANIR, Sema a kol. *Body Image Perception and Self-esteem During Pregnancy*. *International Journal of Women's Health and Reproduction*. 2015, [online]. Sciences. 3. 196-200. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/282899977_Body_Image_Perception_and_Self-esteem_During_Pregnancy. [cit. 2022-04-05].

32. IRMIŠ, Felix. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014. 139 s. ISBN 978-80-7492-130-8.
33. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů 2. díl*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3600-6.
34. KLEIN Hillary. *Couvade Syndrome: Male Counterpart to Pregnancy*. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 1991;21(1):57-69 [online]. Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/FLE0-92JMC4CNJ83T?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed& [cit. 2022-01-14].
35. KOHOUTEK, Rudolf. *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno: CERM, 2001. 275 s. ISBN 80-7204-200-9.
36. KŘIVOLAKÝ, Jaro. *Svědění našeho sebevědomí*. Psychologie dnes. 2001, roč.7, č. 9, s. 42-44. ISSN 1212-9607.
37. LIGIA, Macola et al. *Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg [Assessment of self-esteem in pregnant women using Rosenberg's Self-Esteem Scale]*. Revista da Escola de Enfermagem da U S P vol. 44,3 (2010), [online]: 570-7. doi:10.1590/s0080-62342010000300004. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20964030/>. [cit. 2022-04-05].
38. MELENDER, Hanna Leena. *Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland*. J Midwifery Womens Health. 2002 Jul-Aug;47(4):256-63, [online]. doi: 10.1016/s1526-9523(02)00263-5. PMID: 12138933. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12138933/>. [cit. 2022-01-14].
39. MELENDER, Hanna Leena. *Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women*. Birth. 2002 Jun;29(2):101-11, [online]. doi: 10.1046/j.1523-536x.2002.00170.x. PMID: 12051188. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12051188/>. [cit. 2022-01-14].
40. MCLEOD, Saul. *Id, ego a superego*. Prostě psychologie, 2019, [online]. Dostupné z: www.simplypsychology.org/psyche.html [cit. 2022-02-16].
41. MCVEIGH, Carol a Mavis SMITH. *A comparison of adult and teenage mother's self-esteem and satisfaction with social support*. Midwifery, Volume

- 16, Issue 4, 2000, Pages 269-276, [online]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613800902262?via=ihub> [cit. 2022-04-05].
42. MOREIRA, Veronika. *Psychické potíže v těhotenství. Psychika ženy v těhotenství*, 2013 [online]. Dostupné z: <http://tehotenstvi.zdrave.cz/psychicke-potize-v-tehotenstvi/>. [cit. 2022-03-15].
43. MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: Stručný pohled psychosomatiky. 2. vydání*. Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0310-0.
44. MRAYAN, Lina et al. "Couvade Syndrome Among Jordanian Expectant Fathers." *American journal of men's health* vol. 13,1 (2019), [online]: 1557988318810243. doi:10.1177/1557988318810243. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6771218/>. [cit. 2022.02-21].
45. MURKOFF, Heidi, Arlene EISENBERG a Sandee HATHAWAY. *Co čekat v radostném očekávání*. V Praze: Slovart, 2012. xxv, 595 s. ISBN 978-80-7391-626-8.
46. NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie. 1. vyd.* Praha: Vodnář, 1995. 397 s. ISBN 80-85255-74-x.
47. NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie. 2., podstatně rozš. vyd.* Praha: Vodnář, 2013. 658 s. ISBN 978-80-7439-056-2.
48. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2021. 654 stran. ISBN 978-80-7553-886-4.
49. NORTHROP, Christiane. *Žena: tělo a duše : cesta k tělesnému a duševnímu zdraví*. Praha: Columbus, 2004. ISBN 80-7249-092-3.
50. ODEWITT, Michael. *Otcové u porodu – přínos i riziko*. *Aperio*, 2004, roč. 3, č. 1, s. 6–7. ISSN 1214-7389.
51. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
52. PEČENÁ, Marie. *Psychologie těhotenství*. In: P. Čepický (Eds.), *Sborník prací celostátního kongresu ČGPS ČLS JEP „Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví“*. Praha: EUROAGENTUR, LEVRET, 1999. s. 147–154.

53. PINHEIRO, Rosa Lomelino et al. "Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis." *Acta medica portuguesa* vol. 32,3 (2019), [online]: 219-226. doi:10.20344/amp.11057. Dostupné z: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11057> [cit. 2022-04-05].
54. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2003, 443 s. ISBN 80-200-1086-6.
55. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. 2., dopl. vyd. Praha: Triton, 2014. 167 s. ISBN 978-80-7387-804-7.
56. PUGNEROVÁ, Michaela a kol. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Vydání 1. Praha: Grada, 2019. 276 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0532-8.
57. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
58. ROBINS, Richard. W., a Kali H, TRZESNIEWSKI. *Self-esteem development across the lifespan*. *Current Directions in Psychological Science* 2005, 14(3), 158-162. [online]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x> [cit. 2022-02-21].
59. ROGERS, Carl. R. *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centred framework*. In S. Koch (Ed.) *Psychology: A Study Of A Science* (Vol. 3), 1959. (pp. 184 – 256) New York: McGraw – Hill Book Company. [online]. Dostupné z: [https://www.academia.edu/29021825/A THEOREY OF THERAPY PERSONALITY AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AS DEVELOPED IN THE CLIENT CENTERED FRAMEWORK](https://www.academia.edu/29021825/A_THEORY_OF_THERAPY_PERSONALITY_AND_INTERPERSONAL_RELATIONSHIPS_AS_DEVELOPED_IN_THE_CLIENT_CENTERED_FRAMEWORK) [cit. 2022-01-14].
60. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
61. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. xxxiii, 621 stran. ISBN 978-80-247-5753-7.

62. SEDLÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 123 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2685-4.
63. SILBERT, Earle a Jean S. TIPPETT. *Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation*. Psychological Reports, 1965, [online], 16(3, Pt. 2), 1017–1071. Dostupné z: <https://doi.org/10.2466/pr0.1965.16.3c.1017> [cit. 2022-04-06].
64. SMĚKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2002. 517 s. Studium. ISBN 80-85947-81-1.
65. STACKEOVÁ Daniela a Michaela BÖHMOVÁ. *Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu*. Časopis Psychosom [online]. 1. vydání, 2018. ISSN 1214-6102. Dostupné také z: <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-1-2018/660-stackeova-1-2018> [cit. 2022-01-14].
66. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press, 2009. 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
67. STORKSEN, Hege Therese et al. "The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth." Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica vol. 92,3 (2013), [online]: 318-24. doi:10.1111/aogs.12072. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23278249/> [cit. 2022-04-10].
68. TAKÁCS, Lea, ed. a kol. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
69. TAN, Eng Kien a Eng Loy TAN. *Alterations in physiology and anatomy during pregnancy*. Best Practise & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology [online]. 2013, roč. 27, č. 6, s. 791-802 [online]. DOI 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169341300103X>. [cit. 2022-02-21].
70. TANCEROVÁ, Tereza. *Psychosomatika je fenoménem uspěchané doby. Na jakém principu funguje?* Zdravi.euro.cz. [online]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/psychosomatika-a-nemoci/> [cit. 2022-15-01].

71. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. Vydání první. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2010. 467 stran. ISBN 978-80-246-1832-6.
72. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum, 2012. 531 stran. ISBN 978-80-246-2153-1.
73. VĚTR, Martin. *Psychosociální rizika v těhotenství*. Časopis Moderní gynekologie a porodnictví 10, č. 1, 2001. Praha: Levret, 2001. ISSN 1211-1058.
74. VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996, 208 s. ISBN 80-202-0605-1.
75. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015. 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
76. VÝROST, Jozef, ed., Ivan SLAMĚNÍK, ed. a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Vydání 1. Praha: Grada, 2019. 759 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5775-9.
77. WATSON, Brittany a kol. *A qualitative exploration of body image experiences of women progressing through pregnancy*. 2016, [online]. Women and birth : journal of the Australian College of Midwives. 29. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519215002711?via%3Dihub>. [cit. 2022-04-06].
78. WILHELMOVÁ, Radka a Drahoslava HRUBÁ. *Which Expecting Mothers Prepare for Their Pregnancy and Motherhood?* Hygiena [online]. 2014;59(4):162-166. doi: 10.21101/hygiena.a1267. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/285172817_Which_Expecting_Mothers_Prepare_for_Their_Pregnancy_and_Motherhood [cit. 2022-04-07].

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Boddy Mass Index
ČGPS ČLS JEP	Česká gynekologicko-porodnická společnost české lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
FIGO	Mezinárodní organizace gynekologů a porodníků
FZV UPOL	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
GDM	Gestační diabetes mellitus
HCG	Lidský choriový gonadotropin (hormon)
HPL	Placentární laktogen (hormon)
ICM	Mezinárodní konfederace porodních asistentek
OSVČ	Osoba výdělečně činná
RS	Rosenbergova škála
UZV	Ultrazvuk

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Graf zobrazující věk respondentek	43
Obrázek 2 - Graf zobrazující pracovní zařazení respondentek.....	44
Obrázek 3 - Graf zobrazující, s kým respondentky žijí ve společné domácnosti	45
Obrázek 4 - Graf zobrazující graviditu respondentek	46
Obrázek 5 - Graf zobrazující pořadí gravidity těhotných respondentek	47
Obrázek 6 - Graf zobrazující paritu těhotných žen	48
Obrázek 7 - Graf zobrazující týden gravidity těhotných žen	49
Obrázek 8 - Graf zobrazující zdravotní problémy těhotných žen	50
Obrázek 9 - Graf zobrazující skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení u těhotných žen	51
Obrázek 10 - Graf zobrazující skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení u žen, které nejsou těhotné	52
Obrázek 11 - Graf zobrazující sebehodnocení respondentek dle Rosenbergovy škály	55
Obrázek 12 - Graf zobrazující sebehodnocení těhotných žen v závislosti na věku ..	56
Obrázek 13 - Graf zobrazující sebehodnocení dle Rosenbergovy škály u těhotných žen dle věku	58
Obrázek 14 - Graf zobrazující sebehodnocení těhotných žen v závislosti na gestačním týdnu	59
Obrázek 15 – Graf zobrazující sebehodnocení respondentek na Rosenbergově škále dle týdnu těhotenství	61
Obrázek 16 - Graf zobrazující sebehodnocení těhotných žen podle toho, zda žijí v manželství, či nikoli.....	62
Obrázek 17 – Graf zobrazující sebehodnocení na Rosenbergově škále podle toho, zda jsou ženy vdané.....	64
Obrázek 18 - Graf zobrazující sebehodnocení těhotných žen na Rosenbergově škále dle zaměstnanosti.....	65
Obrázek 19 - Graf zobrazující sebehodnocení na Rosenbergově škále dle zaměstnanosti respondentek	67

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Tabulka popisující statistiku vyhodnocení Rosenbergovy škály sebehodnocení a porovnání těhotných a netěhotných žen.....	53
Tabulka 2 - Tabulka znázorňující kategorie sebehodnocení.....	54
Tabulka 3 - Popis hodnoty sebehodnocení na Rosenbergově škále podle věku těhotných respondentek	54
Tabulka 4 - Tabulka znázorňující procentiální zastoupení jednotlivých kategorií sebehodnocení těhotných žen dle věku	57
Tabulka 5 - Popis hodnoty sebehodnocení podle věku	58
Tabulka 6 - Tabulka znázorňující procentiální zastoupení jednotlivých kategorií sebehodnocení těhotných žen dle gestačního týdne	60
Tabulka 7 - Popis hodnoty sebehodnocení podle týdnu těhotenství.....	61
Tabulka 8 - Tabulka znázorňující procentuální zastoupení jednotlivých kategorií sebehodnocení těhotných žen podle toho, zda žijí s manželem, či nikoli	63
Tabulka 9 - Popis hodnoty sebehodnocení podle manželství.....	64
Tabulka 10 - Tabulka znázorňující procentuální zastoupení jednotlivých kategorií sebehodnocení těhotných žen dle zaměstnanosti	66
Tabulka 11 - Popis hodnoty sebehodnocení podle zaměstnanosti.....	67

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 - Výzkumný dotazník.....	85
PŘÍLOHA 2 - Vyjádření Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa a. s.....	87
PŘÍLOHA 3 - Vyjádření Etické komise.....	88

PŘÍLOHA 1 - Výzkumný dotazník

Dotazník k diplomové práci

Vážená respondentko,

jmenuji se Kristýna Bláhová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Palackého v Olomouci a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který poslouží jako podklad pro diplomovou práci „Psychosomatický stav žen v těhotenství“. Účast ve výzkumu je dobrovolná a anonymní. Výsledky budou použity pouze v již zmíněné diplomové práci.

Předem děkuji za odpovědi a Váš čas.

U každé otázky prosím označte jednu odpověď a v případě tabulky, zaškrtněte jedno políčko v každém řádku.

1. Kolik je Vám let?
a) 21 – 30 let b) 31 – 40 let c) 41 - 45 let
2. Jaké je Vaše pracovní zařazení?
a) pracuji na vedoucí pozici
b) jsem řadový zaměstnanec
c) pracuji jako OSVČ
d) jsem v pracovní neschopnosti
e) jsem nezaměstnaná
3. S kým žijete ve společné domácnosti?
a) Žiji sama
b) Žiji s přítelem
c) Žiji s manželem
d) Žiji s rodiči
4. Jste těhotná?
a) Ano b) Ne
V případě záporné odpovědi, prosím přeskočte k tabulce.
5. Po kolikáté jste těhotná?
a) Po první b) Po druhé c) Po třetí a více
6. Po kolikáté budete rodit?
a) Po první b) Po druhé c) Po třetí a více
7. V kterém týdnu těhotenství se nacházíte?
a) Méně než 14 týdnů
b) 15 – 27 týden
c) 28 – 40 týden
d) Více než 40 týdnů
8. Vyskytují se u Vás zdravotní problémy? (Zde je možno označit více odpovědí)
a) ne, jsem zcela zdravá
b) mám gestační diabetes mellitus
c) mám hypertenzi
d) mám ranní nevolnosti
e) jiné.....

Zaškrtněte prosím políčko, které nejlépe vyjadřuje Váš postoj k danému výroku.

		Naprostou souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
1.	Mám pocit, že jsem jako člověk přinejmenším stejně hodnotný a stejně dobrý, jako ostatní.				
2.	Myslím, že mám řadu dobrých vlastností.				
3.	Celkově mívám tendenci považovat se za neúspěšného člověka.				
4.	Jsem schopná dělat mnoho věcí stejně dobře, jako většina ostatních lidí.				
5.	Mám pocit, že nemám moc vlastností, na které mohu být hrdá.				
6.	Mám k sobě kladný vztah.				
7.	Celkově jsem se sebou spokojená.				
8.	Chtěla bych si sama sebe víc vážit.				
9.	Občas mám dost pocit, že nejsem užitečná.				
10.	Někdy si myslím, že jsem naprosto nemožná.				

Děkuji!

PŘÍLOHA 2 - Vyjádření Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa a. s.



Fakulta
zdravotnických
věd

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

☒ Hněvotínská 976/3, Nová Ulice, 775 15 Olomouc

Souhlas s výzkumným šetřením

Žádám Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa a. s o souhlas s výzkumným šetřením na téma **Psychosomatický stav žen v těhotenství**. Jmenuji se **Bláhová Kristýna**, jsem studentem/kou Fakulty zdravotnických věd, univerzity Palackého v Olomouci. Data získaná **formou dotazníku** budou použita pro vypracování diplomové práce. Žadatel/ka se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat a bude zachována anonymita respondentů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

dne 25.5. 2021 v Olomouci

žadatel:

Bc. Bláhová Kristýna
kblahova98@gmail.com
739752091

Vyjádření souhlasu:

Dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů Vám uděluji / ~~neuděluji~~* souhlas s výzkumnou činností a s poskytnutím výzkumného materiálu na našem pracovišti.

*nehodící se škrtněte

datum 2.6.2021

.....
razítko a podpis zástupce pracoviště

PŘÍLOHA 3 - Vyjádření Etické komise



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

UPOL - 155789/1070-2021

Vážená paní
Bc. Kristýna Bláhová

2021-08-26

Vyjádření Etické komise FZV UP


Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslanych dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Psychosomatický stav žen v těhotenství**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz