

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Psychosociální problematika těhotné ženy
úzkost a strach v těhotenství**

2005/2006

Markéta Tisová

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová CSc.

Děkuji PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za cenné rady a odborné vedení diplomové práce. Dále děkuji vedení nemocnic, hlavním sestřám FTN, ÚM Podolí a nemocnici v Písku za umožnění provedení tohoto výzkumu. Za velkou pomoc při statistickém vyhodnocování děkuji paní Lucii Luhanové. Zvláštní poděkování patří všem ženám, které byly ochotny se na výzkumu podílet. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině, přátelům a kolegyním za jejich poskytnutou pomoc.

Obhajoba diplomové práce dne: 13. 6. 2006

Jméno oponenta: Mgr. K. LUDVÍKOVÁ

Práce byla obhájena.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

Markéta Tisová'

Markéta Tisová

Abstrakt

Klíčová slova: těhotenství, psychický stav, úzkost, strach

Tato práce je teoreticko empirická a je zaměřena na prožívání úzkosti a strachu v těhotenství u prvorodiček.

V teoretické části je nejprve definováno těhotenství, jsou popsány fyzické, psychické, sociální změny v těhotenství a adaptace žen na těhotenství. Dále jsou obecně charakterizovány strach a úzkost, jejich projevy a důsledky. V další části jsou popsány strach a úzkost v těhotenství, jejich důvody, možné projevy a následky prožívání strachu a úzkosti v těhotenství. Teoretická část je zakončena výčtem možností předcházení a řešení prožívání strachu a úzkosti v těhotenství.

Výzkumná část této diplomové práce byla zaměřena na zjištění, do jaké míry prožívají prvorodičky strach a úzkost v těhotenství a jaké důvody uvádějí jako příčiny prožívání svého strachu v těhotenství. Zjišťovali jsme, zda existují nějaké závislosti v prožívání strachu a úzkosti u těhotných žen a zda je možné předem odhadnout, které ženy budou více prožívat strach a úzkost v těhotenství. Pokusili jsme se zjistit, co pomáhá těhotným ženám tyto pocity strachu a úzkosti odstranit nebo mírnit a zda je tedy možné pocitům strachu u těhotných žen předcházet nebo je alespoň mírnit. Dále jsme zjišťovali, jakým způsobem získávají prvorodičky informace o těhotenství a které informace pokládají za nejpřínosnější.

Abstract

Key words: pregnancy, mental condition, anxiety and fear

This theoretical and empirical work addresses experience with anxiety and fear during pregnancy of primiparae.

In the theoretical part the pregnancy is defined. Physical, psychical and social changes are described as well as adjustment of women to pregnancy. Further on there are general characteristics of the concept of anxiety and fear with their demonstrations and results. In the next part there is the description of anxiety and fear in pregnancy, their reasons, possible demonstrations and results of anxiety and fear in pregnancy.

The research project of my graduation work was focused at the detection of how far the primiparae experience fear and anxiety during pregnancy and what reasons and cause are indicated. We tried to find out if there are any correlations between fear and anxiety in pregnant women and if there is any possibility to estimate in advance which group of women would experience fear and anxiety more. We also tried to find out what helps the pregnant women to get rid of these fears and anxiety or how can these feelings be reduced and if there is any possibility to prevent these feelings. Next we wanted to know how the primiparae get the information about pregnancy and which information is considered most appropriate.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 10 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1. Těhotenství | 12 |
| 1.1 Somatické a fyziologické změny mateřského organismu | 12 |
| 1.2 Psychické změny v těhotenství | 15 |
| 1.3 Sociální změny v těhotenství | 18 |
| 2. Adaptace na těhotenství | 20 |
| 2.1 Bio-psycho-sociální a ekonomické podmínky | 21 |
| 2.2 Identifikace s ženskou rolí | 24 |
| 2.3 Vztah k nenarozenému dítěti a motivace k těhotenství | 27 |
| 3. Obecná charakteristika úzkosti a strachu | 28 |
| 3.1 Projevy strachu a úzkosti | 29 |
| 3.2 Individuální rozdíly prožívání strachu a úzkosti | 31 |
| 3.3 Stres | 32 |
| 3.4 Psychosomatická medicína | 33 |
| 4. Úzkost a strach v těhotenství | 34 |
| 4.1 Možné důvody prožívání strachu a úzkosti v jednotlivých trimestrech | 35 |
| 4.2 Možné projevy strachu a úzkosti u těhotných | 38 |
| 4.3 Možné následky prožívání úzkosti a strachu v těhotenství na plod | 39 |
| 5. Možnosti předcházení a řešení prožívání strachu a úzkosti v těhotenství | 44 |
| 5.1 Péče o psychický stav těhotné ženy | 44 |
| 5.2 Profesionální přístup zdravotníků | 45 |
| 5.3 Edukace těhotné ženy | 45 |
| 5.4 Psychoprophylaktická příprava těhotné ženy – prenatalní kurzy | 46 |
| II. EMPIRICKÁ ČÁST | 49 |
| 6. Cíle výzkumu | 49 |
| 6.1 Hypotézy | 49 |

| | |
|---|-----|
| 6.2 Použité metody a metodika výzkumu | 50 |
| 6.3 Organizace a průběh výzkumu | 52 |
| 7. Výsledky výzkumu | 53 |
| 7.1 Charakteristika souboru | 53 |
| 7.2 Interpretace výsledků nestandardizovaných dotazníků | 54 |
| 7.3 Interpretace výsledků standardizovaného dotazníku SUPOS 7 | 94 |
| 7.4 Interpretace výsledků hypotéz | 102 |
| 7.5 Interpretace výsledků dalšího šetření | 112 |
| Diskuse | 136 |
| Závěr | 143 |
| Doporučení pro praxi | 148 |
| Seznam použité literatury | 149 |
| Seznam uvedených zkratk | 154 |
| Seznam příloh | 155 |
| Přílohy | |

Motto: Těhotenstvím začíná v těle ženy tvůrčí proces, který mění celé její dosavadní bytí. Porod sám je předěl a poznání smyslu. Přivést na svět dítě znamená prožít něco, co člověka v každém ohledu přesahuje.

Irene Kummer

Úvod

Téma mé diplomové práce Psychosociální problematika těhotné ženy – úzkost a strach v těhotenství bylo vypsané jako jedno z možných témat diplomových prací. Toto téma jsem si zvolila, protože je mi blízké, neboť s těhotnými ženami pracuji nepřetržitě více než 13 let. Během mé praxe ve zdravotnictví jsem měla možnost pracovat s těhotnými ženami jak v ambulantní sféře v rámci prenatalní péče, tak i v lůžkovém zařízení na oddělení rizikového těhotenství, kde jsou hospitalizovány ženy, které mají v těhotenství nejrůznější zdravotní potíže a samozřejmě i na porodním sále, kdy bylo mým úkolem pomáhat těmto ženám při porodu. Dále jsem několik let vedla kurzy předporodní přípravy a těhotenského cvičení. Pomáhala jsem těhotným ženám nejen se připravit na porod a péči o novorozence, ale také jsem s nimi prožívala a probírala všechny „radosti i starosti“, které s sebou těhotenství přináší. Měla jsem možnost „prožít“ s mnoha ženami celé těhotenství, od jeho počátku, po celou dobu jeho trvání, být s nimi i při porodu a dále se o ně starat i v šestinedělí. Tuto zkušenost jsem absolvovala též sama, při svém těhotenství.

Na základě svých zkušeností si troufám říci, že těhotenství a porod je pro ženu záležitost vysoce emočně zabarvená, plná očekávání, nadějí i zvláštní směřující zvědavosti, ale i úzkosti, napětí a strachu z neznámého. Myslím si, že ten, kdo kdysi označil těhotnou ženu, jako ženu, která je „v jiném stavu“, zcela vystihl charakteristiku těhotné a to, myslím, v tom nejlepším slova smyslu. Těhotná žena je opravdu jiná, mění se najednou jak po fyzické, tak i po psychické stránce, a změny také hluboce zasahují do celé její sociální oblasti. Každá životní změna s sebou přináší mnoho otázek a nejistot, se kterými se lidé musí vyrovnat. Právě u těhotných žen je těchto změn celá řada a pokud jde o první těhotenství, tak s těmito změnami nemají ženy dosud žádnou vlastní osobní zkušenost. Je tedy více než přirozené, že mají úzkost a strach. Je to tak přirozené a normální, že se zdá, že tomu vlastně nemusí být věnována prakticky žádná pozornost.

V populární literatuře se o psychickém stavu v těhotenství nepíše v podstatě vůbec nic a odborná literatura se většinou omezuje na obecné konstatování, že je třeba věnovat psychickému stavu těhotných žen pozornost, avšak to, jakým způsobem a do jaké míry, se již autoři nezmiňují. Zdravotníkům, kteří s těhotnými ženami pracují, je také více než jasné, že většina těhotných žen prožívá nějaké obavy, že mají strach. V jejich očích je zcela normální, že těhotná žena má strach o to, zda je a bude její dítě v pořádku, že bude mít strach z porodu

a podobně. I přesto, že jsou popisované stavy u většiny těhotných žen považovány za „normální“, domnívám se, že by si psychický stav těhotných žen zasloužil mnohem větší pozornost, než je mu dosud věnována.

Cílem diplomové práce je zjistit, kdy a do jaké míry prožívají těhotné ženy - prvorodičky strach a úzkost v těhotenství. Jaké důvody uvádějí jako příčinu prožívání svého strachu v těhotenství a co jim pomáhá pocity strachu a úzkosti odstranit nebo mírnit. Dalším cílem je zjistit, zda existují nějaké závislosti v prožívání strachu a úzkosti u těhotných žen (např. v závislosti na věku, vzdělání, rodinném stavu, sociálním zázemí, na identifikaci s ženskou rolí, na objemu informování těhotné) a zda je tedy možné předem odhadnout, které ženy budou více prožívat pocity strachu a úzkosti v těhotenství. V neposlední v řadě je cílem diplomové práce zjistit, jakým způsobem získávají prvorodičky informace o těhotenství a které z těchto informací pokládají za nejpřínosnější.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Těhotenství

Těhotenstvím označujeme dobu od početí až do porození plodu. U člověka je průměrná doba trvání těhotenství 10 lunárních měsíců, tj. 280 dnů od prvního dne poslední menstruace. Během tohoto období se z jediné buňky zygoty (oplozené vajíčko spermií) vyvine zralý plod. Toto období dělíme na tři části – trimestry.

Během těhotenství probíhají kromě vývoje plodu též výrazné změny v organizmu ženy. Těhotenské změny postihují všechny úrovně, od somatické, přes fyziologickou, psychickou, až k sociální.

1.1 Somatické a fyziologické změny mateřského organizmu

Ženské tělo se podřizuje výjimečné situaci, kdy plod, další biologická jednotka, hluboce zasahuje téměř do všech jeho funkcí.

Bylo by nad rámec této diplomové práce popisovat detailně všechny změny mateřského organizmu. Zaměříme se tedy více na ty somatické a fyziologické změny, které nejčastěji vedou k těhotenským obtížím, které pak mohou u těhotných žen vyvolávat pocity strachu a úzkosti.

Změny reprodukčního systému

Pod hormonálním vlivem i pod vlivem rostoucího plodového vejce dochází u dělohy k hypertrofii a částečně i k hyperplazii, hmotnost dělohy se zvětšuje z 50 g až na 1000 g, kapacita (objem dutiny děložní) se zvětší až 500krát (Čech a kol., 1999). Zvětšuje se také průtok krve z 50 ml na 500 až 700 ml. Prudký růst dělohy někdy vede k bolestem vazů dělohy, projevujícím se nejčastěji bolestí v oblasti kříže nebo v tříslech (Forsstromová, Hampsonová, 1996).

Pochva je více prokrvená, často můžeme pozorovat dilatované až varikózní žíly, je přítomen fyziologický těhotenský výtok, pro vyšší obsah glykogenu často dochází ke kvasinkové infekci (Leifer, 2004).

Vysoké hladiny hormonů během gravidity připravují mléčnou žlázu na laktaci, dochází ke zvětšování rozměrů, což zapříčiňuje napětí v prsech a citlivost bradavek, někdy se objevují strie (Stadelmann, 2004).

Kardiovaskulární systém

Tlak rostoucí dělohy posouvá srdce výše a doleva. Postupně roste objem krve až o 45 %, tím se zvyšuje i minutový srdeční objem o 40 % a stoupá srdeční frekvence o 10 až 15 tepů za minutu (Čech a kol., 1999).

Pod vlivem hormonů se snižuje rezistence cév a s vlivem rostoucí dělohy, která svým tlakem na žilní systém pánve a dutiny břišní ztěžuje návrat krve z dolní poloviny těla, může docházet k tvorbě edémů a varikosit na dolních končetinách, zvýšené krevní náplni se také přičítají křeče v lýtkových svalech (Leifer, 2004).

Výjimečná také není ortostatická hypotenze, zejména při rychlé změně polohy z horizontální do vertikální polohy. Pocity palpitací se objevují hlavně při zvýšeném nitrohručním tlaku, zvláště při prudkém pohybu. Ve vyšším stupni těhotenství v poloze na zádech dochází mechanickým tlakem dělohy dolní dutou žílu k tzv. supinnímu syndromu, neboli syndromu dolní duté žíly, který se projevuje závratí až mdlobou, zároveň při tomto syndromu může dojít k hypoxii plodu (Čech a kol., 1999).

Respirační systém

Stoupá spotřeba kyslíku o 20 %, těhotná dýchá hlouběji, rostoucí děloha tlačí na bránici, což může ve vyšším stupni těhotenství vyvolávat dyspnoe (Leifer, 2004). Vyšší hladina estrogenů může způsobovat otok nosní, hltanové, ústní nebo tracheální sliznice, který může vyústit až v pocit ucpaní nosu, v krvácení nebo ve změnu hlasu, podobný proces je pociťován v uších jako ucpaní nebo bolest uší (Stadelmann, 2004).

Gastrointestinální systém

Většina těhotných žen trpí v prvním trimestru těhotenskou nauzeou a zvracením, častá je také zvýšená salivace (Leifer, 2004). Ústní tkáň bývá zranitelnější, často dochází ke krvácení. Tvorba žaludeční šťávy i motilita celého traktu je pod vlivem změny hormonálních hladin snížena, což vede ke zhoršenému vyprazdňování žaludku i střev. Ženy si stěžují na nadýmání, zácpu, mohou se objevovat haemorrhoidy (Forsstromová, Hampsonová, 1996).

V pozdním stadiu gravidity je běžná pyrosis. Mění se dietní zvyklosti, požadavky zvětšujícího se plodu způsobují narůstání chuti k jídlu a pocitu žízně. Někdy lze pozorovat nezadržitelnou chuť na zcela neobvyklé látky, jako například na omítku, mýdlo a podobně. Tento fenomén se nazývá pica syndrom (Čech a kol., 1999).

Močový systém

Tlak zvětšující se dělohy způsobuje častější močení, zejména v 1. a 3. trimestru. Pod vlivem hormonů dochází k rozšíření průměru močových cest, a tím i ke stáze moči, což může u těhotných vést k větší náchylnosti k infekcím močového traktu (Leifer, 2004).

Kožní změny

U mnoha těhotných vznikají žlutohnědé kožní pigmentace na obličeji, tzv. *chloasma uterinum*, těhotenská pigmentace je také na bradavkách a na bříše (*linea fusca*) (Čech a kol., 1999).

Často dochází k porušení kolagenních vláken a tvorbě strií, hlavně v oblasti břicha, hýždí, stehen a prsů. Zvyšuje se aktivita potních a mazových žlázek, těhotné ženy si stěžují na nepříjemné pocení, zhoršení kvality pleti a zvýšenou mastnot vlasů (Stadelmann, 2004). Může docházet k zvýšené tvorbě ochlupení.

Kostní systém

Růstem plodu se mění kontura těla, děloha zvětšuje hmotnost přední části těla a dochází k dočasným posturálním změnám. Na bederní páteři se zvyšuje zakřivení, které bývá příčinou bolestí v bederní krajině (Forsstromová, Hampsonová, 1996).

V posledních měsících si těhotná kvůli bolestem krční páteře a horních končetin často ulevuje hrbením zad v horní části páteře (Forsstromová, Hampsonová, 1996). Hormonální změny způsobují uvolnění pánevních skloubení, někdy dochází k rozvolnění symfýzy, což způsobuje bolesti a kolébání při chůzi (Stadelmann, 2004).

Metabolické změny, změny hmotnosti

Bazální metabolismus stoupá v průměru o 15 - 20 %. Jak už bylo výše řečeno, je zvýšená spotřeba kyslíku (Čech a kol., 1999).

Na konci gravidity se tělesná hmotnost průměrně zvýší o 12.5 kg, obvod břicha se zvětší o 25 cm, výrazně se mění tvar těla. Nejvyšší přírůstek hmotnosti nastává v druhé polovině těhotenství, přispívá k němu zvýšená retence tekutin ve tkáních (Leifer, 2004).

Endokrinní změny

U těhotných žen se zvyšuje denní produkce estrogenů a progesteronu, jejich hodnoty jsou o několik řádů vyšší než v období mimo těhotenství, placenta dále tvoří hormony, které se mimo těhotenství vůbec nevyskytují, jako je choriogonadotropin a placentární laktogen (Heresová a kol., 2001). Tyto hormonální změny ovlivňují psychiku těhotné svým působením na aktivitu a metabolismus mozkových neurotransmiterů (Baštecký a kol., 1993).

1.2 Psychické změny v těhotenství

Somatické a fyziologické změny v těhotenství, především však výše popisované hormonální změny bývají označovány za příčinu některých psychických změn u těhotných. Důležitý vliv na psychické změny mají i sociální jistoty.

Prožívání v těhotenství

V oblasti prožívání je v literatuře popisována u těhotných žen *emocionální labilita*. Ta je na jedné straně způsobena intenzivnějším prožíváním objektivně stejných podnětů. Těhotné bývají přecitlivělé, podrážděné, náladové, mívají pocity stísněnosti, utrápenosti, jindy naopak udávají zlepšení nálady a pocitu radosti, negativní emoce jsou však v odborné literatuře uváděny častěji (Čechová a kol., 1995; Pečená, 1999).

Na druhé straně je u těhotných *emocionální labilita* zapříčiněna rychlým střídáním kvality emocí, radost - smutek, smích - pláč, klid - vzrušení, lhostejnost – hyperaktivita a podobně. Tato *emocionální labilita* bývá výraznější v prvním a posledním trimestru těhotenství, druhý trimestr těhotenství bývá citově vyrovnanější (Čechová a kol., 1995; Čepický, 1999; Pečená, 1999).

Podle Pečené (1999) a Čepického (1999) je pro prožívání těhotných žen charakteristické zvýšení pocitu úzkosti. **Těhotenská úzkost** je dle autorů na rozdíl od

deprese podmíněna především psychogenně a je nejvýraznější na začátku a na konci těhotenství, druhý trimestr je obdobím relativní stability.

Těhotenská úzkost má dvě složky, jedna se týká vlastního průběhu těhotenství, je daná obavami o sebe a obavami o dítě, druhá složka se týká otázek poporodní péče o dítě a jeho výchovy a je daná obavou z nezvládnutí rodičovské role (Pečená, 1999). Čepický (1999) uvádí rovněž význam socioekonomických faktorů, kdy u těhotných s vyšší úzkostí byl nalezen vyšší výskyt životních událostí, horší ekonomické zajištění, nižší vzdělání apod..

Vyšší výskyt deprese v těhotenství je záležitostí transkulturní a je dáván do souvislosti s biologickými faktory (Čepický, 1999). Hormonální změny mohou snižovat rezistenci na psychické trauma (Pečená, 1999). U žen s pozitivním postojem k těhotenství je deprese méně častá, naopak je uváděn častější výskyt u žen s nižším socioekonomickým statutem nebo při ekonomických problémech (Čepický, 1999).

Temperament v těhotenství

U těhotné může docházet ke změně temperamentu. Tento posun bývá ve směru k introverzi, kdy se žena více soustřeďuje na své tělo, na nenarozené dítě a svůj vnitřní stav než na okolí (Čechová a kol., 1995).

Neuroticismus v těhotenství

Většina psychologů se shoduje na výskytu zvýšené hladiny neuroticizmu během těhotenství. Ta se dá předpokládat, protože neurotická reakce může být vyvolána jakoukoli stresovou situací (Čepický, 1999). Tuto domněnku se však zatím nepodařilo ve studiích prokázat, což do značné míry souvisí s tím, že dotazníky neuroticizmu nejsou konstruovány pro těhotnou populaci a mnoho příznaků zde uvedených se v těhotenství běžně pokládá za normální, jako například nauzea, nechutenství, ospalost, zácpa, únava a podobně (Čepický, 1999).

Kognitivní funkce v těhotenství

V roce 1986 definoval Poser tzv. **benigní těhotenskou encefalopatii** jako soubor poruch kognitivních funkcí. Jsou popisovány poruchy paměti, problémy s učením a se čtením, dezorientace, poruchy koncentrace (Čepický, 1999). Lidová zkušenost však zná tuto poruchu odpradáвна, což potvrzuje spojení „žena je v jiném stavu“. Výskyt těhotenské

benigní encefalopatie je velmi vysoký, postihuje asi 50 % těhotných, častější je u prvorodiček, přitom až u desetiny žen je pozorováno zhoršení výrazné (Čepický, 1999).

Tyto změny se částečně vysvětlují větším sebezaujetím a menší pozorností vůči okolí. Benigní těhotenskou encefalopatii lze do značné míry korigovat vůlí, po porodu se stav spontánně upravuje.

Pro těhotenství je dále charakteristické prodloužení reakční doby.

Ve zvýšené produkci se u těhotných setkáváme s takzvaným **magickým myšlením** (Pečená, 1999). Ženy věří v různé pověry a lidové pranostiky a také se podle nich chovají. Z těchto iracionálních důvodů se například těhotná nesmí dívat do ohně, aby dítě nemělo ohňové skvrny, nemá podlézat šňůru na prádlo, aby dítě nemělo omotaný pupečník okolo krčku, peřiny nemá všet na šířku, ale na délku, aby dítě nebylo v příčné poloze a tak podobně (Gala, 2003).

Sebepojetí v těhotenství

S vytvářením nového sebepojetí těhotné ženy se dají očekávat možné změny v sebevědomí (Čechová a kol., 1995). Dynamická psychologie udává v graviditě zvýšenou zranitelnost ega ženy a jeho případnou regresi na nižší vývojová stadia (Pečená, 1999). Nové sebepojetí se vytváří nejen z důvodu změn vlastního těla, které v těhotenství probíhají, ale také z důvodu přijímání nové role těhotné ženy - budoucí matky, kdy dochází k dočasnému omezení či přerušování pracovní kariéry. Jestliže je pro ženu těhotenství vyvrcholením její ženské identity, dají se předpokládat změny v sebevědomí spíše v pozitivním slova smyslu. Jestliže však žena vnímá těhotenství jako „obět“ mohou tyto změny vést k sebevědomí sníženému. Záleží ovšem také na osobnosti ženy jako takové i na její sociální a především partnerské podpoře. Každá těhotná cítí touhu po uznání, po partnerově ocenění (Pečená, 1999).

Hodnoty v těhotenství

Mateřství je svázáno s pocitem odpovědnosti přivést na svět zdravé dítě. V těhotenství dochází u žen k významnému posunu v žebříčku životních priorit a hodnot. Na první místa se dostává zdraví budoucího dítěte i její vlastní, žena se soustřeďuje na rodinu a prostředí, do kterého se má dítě narodit, povinnosti související se zaměstnáním a zájmová činnost se pro ni obvykle stávají druhořadými (Čechová a kol., 1995).

1.3 Sociální změny v těhotenství

V těhotenství dochází také ke značným změnám v sociální oblasti. Tyto změny provázejí osobní, partnerský, rodinný, pracovní i společenský život. Sociální změny mohou být rovněž příčinou úzkosti a strachu.

Osobní život

Z mladé ženy se stává budoucí matka. Zvláště jedná-li se o první těhotenství, tak tato nová role, se kterou žena nemá ještě žádnou vlastní osobní zkušenost, může být zdrojem mnoha obav. Jak v budoucnosti zvládne tuto roli, zda bude na všechno stačit. Jak zvládne těhotenství, porod, péči o narozené dítě a všechnu tu práci navíc, kterou s sebou narození dítěte přinese. Často u žen vzniká obava, zda bude dobrou matkou, zda bude umět o své dítě pečovat a dobře ho vychovávat. Většina žen touží být dobrou matkou, mezi ženami jsou však různé představy, jak toho dosáhnout. Představa ženy o úloze matky je ovlivněna jejími vlastními názory a zkušenostmi, ale i charakterem společnosti, v níž žije, kdy pod vlivem převládajících názorů i poznatků výchovatelství, psychologie a medicíny se výchovná praxe mění (Prekopová, 1993). Starší generace vyrostla v přístupu přísně důsledném a méně vycházejícím vstřícně individuálním citovým potřebám dítěte. Poznání, že vedle fyzických potřeb má každé dítě a každý člověk i neméně důležité potřeby psychologické a sociální, vedlo k proměně výchovných přístupů směrem k jejich uvolnění, někdy až k jednostrannému uplatňování zcela volné výchovy, která však byla v dalších letech rovněž po právu kritizována. Tyto protichůdné výchovné názory vedou k znejistění budoucí matky, ale i otce, jaký styl při výchově uplatňovat, jakou poznat „optimální míru“, aby dítě nebylo „utiskované“, ale ani se nestalo „panovačné“, aby výchova nebyla příliš „tvrdá“, na druhou stranu aby dítě nebylo „rozmazlené“. Ve snaze dát svému dítěti to nejlepší, vychovávat je jak nejlépe lze, může budoucí matka propadat strachu a úzkosti jak se s touto rolí vypořádá.

Partnerské a rodinné vztahy

Pro těhotnou ženu je velmi důležitá podpora partnera i celé širší rodiny. Jestliže muž, potažmo rodina, těhotenství vítá, poskytují těhotné ženě dostatek uznání a ocenění, a tím i tolik potřebný pocit jistoty a bezpečí. Vztah s partnerem se během celého těhotenství vyvíjí a žena i muž se musí vyrovnat se svými novými rolími. Z milanky se stává manželka

(družka) a budoucí matka, z milence manžel (druh) a budoucí otec. Těhotenství se tak stává jakousi životní zkouškou vyspělosti partnerského vztahu.

Stejně jako ženy i muži prožívají v těhotenství ambivalentní pocity. Nejnovější studie prokazují, že i u muže dochází během těhotenství jeho partnerky k biologickým i k psychickým změnám. Biologické hledisko se podařilo poměrně nedávno zdokumentovat a může napomoci k objasnění mnohého z chování mužů. Konkrétně jde o změny hladiny testosteronu u nastávajících otců, které od druhého trimestru těhotenství klesají a tento pokles pokračuje až do třetího měsíce po narození dítěte (Šulc, 2006). S poklesem hormonální hladiny souvisí i pokles agresivity muže, což vysvětluje změněné chování u mužů. Muži mohou mít v souvislosti s těhotenstvím své partnerky pocity strachu ze závazku, ze ztráty svobody, pocity svázanosti, přemrštěné pocity zodpovědnosti, strach ze selhání a podobně.

Tradiční otcovská role se navíc v posledních letech také výrazně změnila. Jestliže bychom srovnávali dnešní generaci otců s generací předcházející, uvědomíme si propastný rozdíl v přístupu mužů k těhotenství i k rodičovství. Zatímco minulá generace otců, ve většině případech, vnímala těhotenství, porod a rannou péči o dítě za ryze ženskou záležitost, tak dnešní generace otců se do těchto období daleko více zapojuje. Dříve nebyla možnost být se ženou u porodu, že se narodilo miminko se otec dozvěděl z telefonátu, dítě mohl v porodnici spatřit jen přes skleněnou stěnu či okno. Nástup otcovské péče spočíval až ve chvíli, kdy je potřeba si s dítětem hrát, kopat do míče a podobně. V dnešní době se stále více otců zapojuje do péče již prenatálně, někteří muži s těhotnou ženou absolvují ultrazvukové prohlídky, chodí společně do předporodních kurzů přípravy k porodu a k péči o dítě. Počátky účasti partnera u porodu se u nás datují od roku 1984 a v současné době je doprovod otce dítěte běžný až u 80 % porodů (Vendlerová a kol, 2000). Dalo by se říci, že si dnešní muži užívají těhotenství mnohem více, a to se vším všudy, jak v pozitivním slova smyslu, tak i se všemi těžkostmi. Asi pětinu mužů postihuje tzv. **syndrom „couvade“**, který je charakterizován fyzickými příznaky, jako jsou bolesti zubů, váhový přírůstek, gastrointestinální symptomy, jako je nauzea, průjem, zácpa (Čepický, 1999; Pečená, 1999).

Na počátku těhotenství vyžaduje žena od partnera zpravidla více pozornosti a při jejím nedostatku snadno nabývá pocitu zranitelnosti a strachu (Pečená, 1999). S pokračující graviditou se těhotná stále více zaměřuje na sebe samu a na plod, a jestliže není partner vtažen do tohoto dění, může mít pocit, že je zanedbáván, vyloučen z důležité oblasti života partnerky, a připadá si zbytečný (Čepický, 1999; Pečená, 1999). Z tohoto negativního pocitu

může za určitých okolností vzejít určitá „závist“ vůči ženě a její mateřské schopnosti, popřípadě také žárlivost na dítě, což pak může být příčinou partnerských konfliktů (Pečená, 1999). Partnerské soužití mohou dále ovlivňovat i časté změny v sexuální aktivitě páru. Způsob vyrovnání se s těmito situacemi, které těhotenství přináší, závisí na vyspělosti obou partnerů i jejich vztahu.

Další změna role, do které se budoucí matka „přehrává“ je změna role u svých rodičů, zejména u své matky. Obě ženy se dostávají do nové situace, kdy se musí adaptovat na nové role, kdy se dcera stává matkou a její matka babičkou. Matka se může na svou dceru stále dívat jako na své dítě, nyní možná ještě více. Z potřeby ochraňovat svou dceru pak prosazuje své názory do jejího života. Další možnou formou konfliktu může být snaha matky dokázat, že je lepší matkou než její dcera, a její neschopnost vyrovnat se s novou rolí babičky. Z tohoto hlediska jsou především rizikovou skupinou mladé, neprovdané a osamělé budoucí matky.

Pracovní a společenský život

V profesním životě žena pozastavuje svou činnost, či se dočasně zcela vzdává své pracovní kariéry. Pro ženu, která do této oblasti hodně investovala a zaměstnání je pro ni významnou životní prioritou, přichází období nejistoty a obav, často spojené s pocitem obětování se. S nástupem na mateřskou dovolenou většinou ztrácí žena statut ekonomické soběstačnosti a finanční nezávislosti a do jisté míry se také dostává do určité sociální izolace (Pečená, 1999). V této souvislosti se stává z určitého hlediska vysoce závislá na svém partnerovi, popřípadě na své rodině. Společenské a ekonomické podmínky jsou ve většině případech spíše v protikladu k mateřské roli. Na jedné straně řeší žena požadavky plného pracovního zařazení, na druhé straně se snaží plnit základní ženské role, jako je mateřství, rodičovství, péče o domácnost a partnera. Tento rozpor může těhotná žena prožívat jako konflikt, zvláště nachází-li ve své profesionální seberealizaci plné uspokojení.

2. Adaptace na těhotenství

Z předchozí kapitoly vyplývá, že těhotná prochází radikálními změnami ve všech úrovních své existence a řada těchto změn může vést k prožívání úzkosti a strachu

v těhotenství. Celý tento proces je ireverzibilní, žena se po těchto zkušenostech již nemůže plně vrátit do původního stavu. Tyto změny a odpovědnost za život a zdárný vývoj plodu způsobují, že těhotenství bývá často prožíváno jako stresová situace a je chápáno jako období psychofyziologické krize a nestability (Pečená, 1999).

To, jakým způsobem se bude těhotná se změnami ve všech oblastech vyrovnávat, jakým způsobem se na ně adaptuje, závisí na mnoha aspektech. V první řadě jsou to bio-psycho-sociální i ekonomické podmínky těhotné ženy. Dalším důležitým aspektem je míra identifikace těhotné ženy s ženskou rolí a neposlední v řadě je vztah ženy k nenarozenému dítěti a její motivace k těhotenství (Čechová a kol., 1995).

2.1 Bio-psycho-sociální a ekonomické podmínky

V naší zemi, díky široké možnosti použití antikoncepčních metod, začíná být většina těhotenství plánovaná a díky liberálnímu zákonu o umělém ukončení těhotenství, kdy se žena sama může rozhodnout k případnému ukončení nechtěného těhotenství, klesl počet vyloženě nechtěných těhotenství na minimum. Žena má tedy možnost naplánovat své těhotenství do doby, kdy bude mít pro rodičovství „optimální“ podmínky.

Biologické podmínky

Žena, která se rozhoduje pro těhotenství, by měla znát svůj zdravotní stav, své fyzické schopnosti, dokázat posoudit možná rizika vyplývající z průběhu dosavadního života, jež by mohla ohrozit život dítěte nebo její vlastní život. Otázka se týká životního stylu v nejširším slova smyslu, od otázek správné výživy až po otázky abusu kouření, alkoholu a drog. Přestože mnohé výzkumy prokázaly velmi rizikový vliv kouření a tento negativní vliv je všeobecně znám, tak podle některých výzkumů kouří na začátku těhotenství v České republice až 40 % žen, ve 2. a 3. trimestru již jen 3 % (Sobotková, Štembera, 2003).

Těhotenství je pro své bouřlivé hormonální změny často prvním ukazatelem skutečného zdraví nastávající matky, i když sama o sobě změna stavu není vyvolávajícím činitelem nemoci. Z čistě biologického hlediska jsou tyto podmínky ideální okolo 20. – 25. roku života. Příliš mladé ženy nemají pro těhotenství dostatek síly, po 30. roce se zvyšuje počet komplikací během těhotenství, po 35. roce se významně zvyšuje pravděpodobnost genetického postižení plodu (Čech a kol., 1999).

Psychologické podmínky

Z psychologického hlediska se, na rozdíl od ideálního biologického věku, otázka zralosti individuálně posouvá do věku vyššího. Nerovnoměrnost je základním rysem vývoje lidského jedince v průběhu celého životního cyklu. Proto lidská zkušenost často předbíhá vědění o lidském chování. Chyby v jednání a myšlení jsou znakem nezralosti. Rychlejší pohlavní zrání nepřináší s sebou také zralost duševní, o čemž svědčí řada neuvážených sňatků a následných zbytečných rozvodů.

Psychická zralost předpokládá ovládnutí nepřiměřených reakcí, schopnost používat intelekt v rozhodování, v samostatném uvažování. Stupeň psychické zralosti a inteligenční úrovně se odráží v hodnotovém systému, v chápání životně důležitých momentů, v umění předvídat důsledky svého konání a beze sporu v odpovědnosti za své jednání. Nabízí se otázka, jakým způsobem ovlivňuje inteligence ženy prožívání strachu a úzkosti v těhotenství. Nedostatečná inteligence by u ženy mohla bránit v pochopení těhotenských změn a obtíží, případně komplikovat smysluplnou komunikaci mezi zdravotníky a touto ženou. Uvádí se, že ženy s nižším vzděláním nemají dostatek schopností zvládat stres (Bartošíková, Tyrlík, 2002). Z toho by se dalo hypoteticky usuzovat, že ženy inteligentnější a vzdělanější budou stres i adaptaci na těhotenství zvládat lépe. Na základě své praxe se ale domnívám, že vzdělanější ženy si více uvědomují rizika a možné komplikace, které s sebou těhotenství může přinést, a proto tato hypotéza neplatí. To potvrzuje i nikde „nepsaný zákon“ o tom, že u zdravotníků, kteří vědí o možných rizicích, se komplikace vyskytují relativně častěji a jsou i intenzivněji vnímané.

Dalším důležitým aspektem bude jistě **úzkostnost** těhotné. Úzkostnost je jedním z rysů osobnosti, které chápeme jako trvalé charakteristiky osobnosti, které se mohou měnit pouze v delší časové perspektivě (Honzák, 1995). Osoby s vysokým stupněm úzkostnosti jsou významně citlivější na obtížné, nové nebo náročné životní situace a požadavky a mají sklon hodnotit je jako nebezpečné, či ohrožující. Stupeň úzkostnosti je jedním z faktorů, které ovlivňují odolnost vůči zátěžovým situacím.

Sociální podmínky

Z hlediska sociálních podmínek je to doba, kdy si je žena jista, že našla toho vhodného partnera pro založení rodiny a má podporu své širší rodiny, což nemusí být nutně v závislosti na věku.

O dnešní době se někdy mluví jako o době „*krize rodiny*“. Dle statistických údajů vzrůstá počet neúplných rodin a rozvodovost je v naší zemi jednou z nejvyšší v celé Evropě (Jedlička, 2003). Pozornost jistě zasluhují také údaje o stále vzrůstajícím počtu dětí narozených mimo svazek manželský. Podle údajů Českého statistického úřadu se v roce 1995 narodilo mimo manželství 15 013 dětí, v roce 2004 vzrostl počet takto narozených dětí na 29 941, naopak poklesl ve stejných letech počet narozených dětí v manželství z 81 348 na 67 988 (viz příloha č.1).

Je otázkou, nakolik je „*krize rodiny*“ zaměňována za „*krizi manželství*“ jako instituce, kdy pomyslná hodnota manželství je v současnosti devalvována z úrovně mravní na úroveň konzumentskou (Havlík, Kot'a, 2002; Jedlička, 2003). Odpovědí by mohlo být zjištění, jaké procento nemanželských dětí vyrůstá v neúplné rodině. Každopádně zůstává nesporné, že pro dobrou psychickou pohodu těhotné je nesmírně potřebná ochraňující podpora jejího partnera, či manžela. Další otázkou je, nakolik je přece jen v tradičním chápání rodiny neprovdaná žena okolím nebo i ve svém podvědomí tímto faktem stigmatizována.

Z výsledků výzkumu ELSPAC, který probíhal v Brně a uskutečnil se v roce 1991 – 1992, kterého se zúčastnilo přes 3 700 těhotných, vyplývá jednoznačná důležitost podpory partnera ženy v těhotenství (Tyrlík, Jelínková, Kukla, 2004). Ve výzkumu byl prokázán těsný vztah mezi prožíváním těhotenství u žen a chováním partnera k těhotné, kdy dokonce v některých případech měl partner k těhotenství kladnější postoj než žena sama a jeho kladný postoj pak zpětně pomohl i k lepšímu prožívání u těhotné (Tyrlík, Jelínková, Kukla, 2004). Tato zjištění poukazují na skutečnost, že štěstí spojené s těhotenstvím je u žen velmi závislé na postojích partnera. Pro nastávající matky bez partnera nebo bez podpory partnera jsou obtíže související s těhotenstvím a následným mateřstvím mnohem obtížněji zvládnutelné.

Důležitou roli sehrává také širší rodina. Pro těhotnou je významnou psychickou podporou, když ví, že se rodina na potomka těší, když má jistotu, že v případě potřeby je rodina ochotna pomoci.

Ekonomické podmínky

Z ekonomického hlediska je těhotenství doba, kdy se člověk stává celkově nezávislý na rodičích, takzvaně se „postaví na vlastní nohy“. V naší společnosti jsou tyto podmínky často spojovány s možností vlastního bydlení a dostatečného finančního zabezpečení rodiny, čehož člověk obvykle dosahuje až ve vyšším věku. Navíc jsou „ideální“ ekonomické

podmínky vnímány velmi subjektivně; co je pro někoho dostatečné, může být pro jiného vnímáno jako zcela nevyhovující. Je jisté, že pro psychiku těhotné ženy je lepší, když ví, že má dostatečný finanční prostor a nemusí takzvaně „počítat každou korunu“, nicméně se uvádí, že ekonomické podmínky pro založení rodiny jsou ty nejméně důležité pro pozitivní prožívání těhotenství (Čechová a kol., 1995).

Lze konstatovat, že v životě ženy málokdy nastane situace, kdy jsou všechny zmiňované podmínky pro založení rodiny „optimální“, a tak většina žen plánuje své těhotenství v určitém kompromisu mezi těmito podmínkami.

2.2 Identifikace s ženskou rolí

Identifikace s ženskou rolí je celoživotní proces, kterým žena prochází během biologického vývoje, od narození, přes dětství, pubertu, fertilní věk, klimakterium až po senium. Během těchto období se v ideálním případě v sociálním vývoji postupně vystřídá role dítěte s rolí pubescentky, partnerky, milenky, manželky, matky, babičky, případně prababičky a s dalšími sociálními rolemi, které lidský život přináší (Čechová a kol., 1995). Z výše uvedeného vyplývá, že identifikace s ženskou rolí je celoživotní proces, kdy žena osvojením a plněním rolí, které s ženstvím souvisí, více či méně přijímá fakt, že je žena a je s tímto faktem více, či méně spokojena .

Znaky identifikace

Jak uvádí Mellanová (in Čechová a kol., 1995), mezi znaky identifikace s ženskou rolí patří spokojenost ženy se svým vzhledem a funkcí těla. Žena se dokáže vyrovnat se všemi prožitky, které tělo ženě přináší bez pocitů ukřivdění. Identifikovat se s ženskou rolí, znamená též osvojit si a zvládat většinu sociálních rolí osobního života, vytvářet harmonické vztahy v partnerském soužití bez větších problémů a krizí.

Se svou rolí identifikovaná žena má většinou silnou touhu po reprodukci, těší ji péče o narozené děti a je o ně schopna pečovat a vychovávat je až do doby jejich citové a ekonomické nezávislosti.

Průběh identifikace

Identifikace se někdy zjednodušeně vykládá jako napodobování, ztotožnění se s jinou osobou, s jejími postoji, s její rolí. Nicméně pro identifikaci s ženskou rolí je důležitý nejen vztah k matce, ale i k otci a v neposlední řadě také jejich vztah vzájemný. Identifikací se stává pevná a trvalá vazba, která společnosti umožňuje, aby dítěti vštípila to nejlepší, ale bohužel i to nejhorší z osobnosti rodičů (Říčan, 1990).

Určité předpoklady pro identifikaci jsou vytvořeny biologicky již prenatálně. V okamžiku spojení dvou zárodečných buněk obou rodičů se nejen postupně vytváří ústrojí plodu podle pohlaví, ale dochází i k určité specializaci fungování mozkových hemisfér, objevují se rozdíly ve funkci mužského nebo ženského mozku. Dá se říci, že náš mozek funguje žensky nebo mužsky a že to začíná hluboko v temnotách našeho nitroděložního života (Matějček, Langmeier, 1986).

Po narození se začínají uplatňovat sociální vlivy a rodina má v tomto procesu nezastupitelné místo. Výzkumy prokazují existenci odlišných výchovných praktik ve vztahu k chlapcům a k dívkám, a to nejen v rodině, ale i v dalších výchovných institucích, zřetelně v tomto směru působí i vzory představované masovými médii (Havlík, Kot'a, 2002). Děje se tak nejen vědomě a otevřeně, ale mnohdy v podobě tzv. „*skrytého kurikula*“, neuvědomělým vštěpováním hodnot a norem. Holčičky nosí „ružové oblečení a sukýnky“, na hraní dostávají „panenky a kočárky“, hrají si na „maminku, vaří, perou, uklízí...“.

Odlišnosti světů pohlaví představují především vztahy mezi rodiči, z nichž každý hraje reálné a v pohledu dítěte různé role doma i mimo něj. Během tohoto období nachází dívka přes citovou vazbu k matce svou sexuální identifikaci. Chce být stejně „krásná jako maminka, nosit stejné korále a mít stejně velká ňadra...“ (Říčan, 1990). Ve vztahu k otci si pak osvojuje vzorce chování k opačnému pohlaví, které jí budou určitým základem pro budoucí vlastní partnerský život.

V dětství se tak naučíme a přijímáme jednu z nejdůležitějších „samozřejmostí“, že jsme muž nebo žena. Vytváříme si obraz o tom, co všechno to znamená a jaké to má důsledky. Sexuální identita by se pro nás měla stát naprostou samozřejmostí, takže by nás nemělo napadnout si představovat, že jsme opačného pohlaví nebo se dokonce trápit tím, že jsme to, co jsme (Říčan, 1990).

Ženská role v naší společnosti

Úkolem **socializace** je také naučit se chovat tak, jak společnost očekává od role jednotlivého pohlaví a záleží především na společnosti, ve které žena žije, jak tato role bude vypadat. V posledních sto letech jsme svědky toho, jak se tradiční role ženy, ale i muže ve většině zemí radikálně mění. Původní role ženy byla převážně taková, že po provdání zůstávala v domácnosti, kde bylo jejím hlavním úkolem především pečovat o takzvaný „rodinný krb“, zajišťovat chod domácnosti, pečovat o manžela a vychovávat děti, muž byl především živitelem rodiny.

Proces emancipace žen má svou vlastní historii. Důležitou roli zde sehrály nejen emancipační spolky žen, které daly základ určitému zrovnoprávnění postavení muže a ženy ve společnosti, ale i určité okolnosti jako třeba války, kdy ženy byly nuceny nahradit muže v zaměstnání a musely se pro tuto roli začít vzdělávat. Emancipaci pak dále napomohl postupný vědecko-technický rozvoj, kdy s vývojem domácích spotřebičů, které ženám šetří čas a ubírají na náročnosti při domácích pracích, přibývá ženám více času na jiné aktivity.

Rovnoprávnost mezi mužem a ženou je v naší zemi zakotvena v ústavě a celý český právní řád zabezpečuje občanskou rovnost. V listině základních práv a svobod, Hlava první, Článek 3 (1) je stanoveno: „Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnosti nebo k etnické menšině, majetku, rodu, nebo jiného postavení.“

Žena má tedy v naší zemi stejná práva jako muž, má stejnou možnost se vzdělávat, budovat si svoji profesní kariéru. Jestliže se pokusíme porovnat sociální úlohu ženy dnes a před sto lety, zjistíme v náhledu na roli ženy propastný rozdíl. Zatímco před sto lety bylo spíše neobvyklé, aby vdaná žena s dětmi vůbec chodila do zaměstnání, tak v dnešní době nikoho nepřekvapí, zastává-li taková to žena jakýkoli, i ten nejdůležitější post v oblasti společenského, ekonomického či politického života a dokáže jej zastávat stejně úspěšně jako muž. Naopak pro sociální okolí je „divné“, když je žena „pouze“ v domácnosti.

Jaká je tedy úloha dnešní ženy, čemu se má vlastně během socializace přiblížit? Ideálem se stala žena atraktivní, vzdělaná, nezávislá, která si buduje svoji profesní kariéru a přitom nezapomíná zůstat v první řadě ženou, která pečuje o svoji domácnost, manžela a vychovává své děti. Žena se tak se svými mnoha sociálními rolami často dostává do vzájemného konfliktu a ne vždy je schopná všechny své role časově, fyzicky i psychicky

zvládat, a to i přes fakt, že se tradiční role muže také posunula od klasického živitele rodiny směrem k určitému zapojení do prací v domácnosti a výchovy dětí.

2.3 Vztah k nenarozenému dítěti a motivace k těhotenství

Důležitým faktorem, který bude ženu ovlivňovat v postoji k těhotenství a prožívání tohoto stavu, je otázka záměrnosti a chtění nenarozeného dítěte.

Obecně můžeme rozlišit čtyři základní kvality vztahu k nenarozenému dítěti podle toho, zda očekávané dítě je plánované či neplánované, zda je chtěné či nechtěné (Čechová a kol., 1995).

Na první pohled by se mohlo zdát, že nejlepší podmínky bude mít žena která své těhotenství plánovala a chtěla, je však třeba vzít v potaz také aspekt její motivace, která může být sama o sobě problematická. Některé ženy mohou své těhotenství plánovat a chtít dítě třeba z důvodů, aby si vyřešily své osobní problémy. Příkladem může být těhotenství ženy, která ho plánuje a chce jen proto, že není spokojena ve svém pracovním životě a těhotenství je pro ni východiskem z této situace. Další problematickou motivací může být touha po dítěti jen z důvodu připoutání si svého partnera, pomocí těhotenství přinutit partnera ke sňatku, případně vynutit si souhlas rodiny se sňatkem. Těhotenství, které by mělo vyřešit rozpadají se vztah, které přivede manžela zpět od milenky, alkoholika z hospody, workholika z práce a podobně. A tak žena, která své těhotenství původně neplánovala, ale nakonec přece jen chtěla, může v některých případech lépe prožívat tento stav, než žena, která své těhotenství plánovala, avšak měla k němu problematickou motivaci (Čechová a kol., 1995).

Tomuto tématu se věnoval výše zmiňovaný výzkum ELSPAC v Brně. Výsledky tohoto výzkumu ukazují na užitečnost rozlišení záměrnosti otěhotnění od jeho emočního prožívání. Z výzkumu vyplývá, že kladné prožívání těhotenství nelze automaticky ztotožňovat jen se záměrností otěhotnění (Tyrlík, Jelínková, Kukla, 2004). Bylo zjištěno, že ačkoliv jsou plánovaná těhotenství vesměs přijímána pozitivně a záměrnost otěhotnění lze tedy považovat za vysoce významný faktor, který ovlivňuje prožívání těhotenství, neznamená to, že by u neplánovaného těhotenství musel nutně platit opak (Tyrlík, Jelínková, Kukla, 2004). V průběhu těhotenství navíc narůstá u žen pozitivní prožívání a počet nešťastných žen klesá na minimum.

Je zřetelné, že ženy, které prožívají své těhotenství s kladnými emocemi, jsou po všech sledovaných stránkách disponovány k lepší adaptaci na nové podmínky, a můžeme je tak považovat za lépe připravené, jak po emoční, tak i kognitivní stránce, na přijetí rodičovské role. Ženy, které své těhotenství plánovaly, mají jasnější představu organizace vlastního života v těhotenství a můžeme předpokládat, že se lépe vyrovnají s omezeními a požadavky spojenými s mateřstvím.

Je jisté, že nejméně příznivé podmínky k prožívání těhotenství bude mít bezesporu žena s těhotenstvím neplánovaným a nadále nechtěným. Postoj k těhotenství se ukázal jako významným predikátorem předčasného porodu, a to daleko více než nepříznivé sociální a zdravotní faktory, studie uvádí vzestup perinatální úmrtnosti v nechtěných graviditách (Čepický, 1999).

3. Obecná charakteristika úzkosti a strachu

Úzkost i strach, je psychosomatický stav, který jedinec prožívá většinou nepříjemně, patří však do standardní výbavy každého lidského organismu. Nervové a hormonální mechanismy zprostředkovávající tyto pocity byly nalezeny u všech zástupců vývojové řady, od kostnatých ryb přes šimpanze až po člověka (Honzák, 1995).

Úzkost a strach, stejně jako další nelibé pocity, jako je bolest, lítost, smutek, hlad a podobně, nám slouží jako signalizátoři určitého nebezpečí, nežádoucího stavu či nekontrolovatelné změny. Tyto nepříjemné pocity a prožitky jsou podnětem k jednání, které ve svém důsledku nastoluje ztracenou rovnováhu, aktivizuje nás k činnosti a v určitých případech ochraňuje náš život (Ulč, 1999). Kdybychom nepocíťovali bolest, nejspíše bychom zahynuli na následky opakovaných úrazů a zranění, kdybychom nepocíťovali hlad a žízeň, zemřeli bychom do několika dnů dehydratovaní a podvyživení. Kdybychom neznali, co je úzkost a strach, zanedlouho by nás nejspíše zabila naše bezbřehá odvaha.

Úzkost neboli *anxieta* se také nazývá strachem bez předmětu (Ulč, 1999). Jedinec má strach, ale neví z čeho, má pocit, že by měl něco udělat, ale neví co. Strach se od úzkosti liší pouze tím, že má viditelnou, reálnou či konkrétní příčinu, je tedy racionální a srozumitelný. Na otázku „Z čeho máš strach?“ můžeme odpovědět snáze než na otázku „Z čeho máš úzkost?“.

Strach je možné definovat jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznané nebezpečí a trvá jen po dobu ohrožení (Nakonečný, 1995a). U úzkosti je příčina v oblasti myšlenkové, v realitě psychologické (Honzák, 1995). Člověk mívá nepříjemný pocit psychického ohrožení, který často nedokáže specifikovat. Dochází k pocitu úzkostného očekávání „něco se stane, něco zlého přijde“, který je spojen s pocitem že je této hrozbě vydán na pospas, není možnost se efektivně bránit (Peška, 2002). Je patrné, že na rozdíl od strachu se úzkostí nemůžeme tak snadno zbavit zvládnutím dané situace nebo únikem z ní. Úzkost mívá pro člověka většinou větší důležitost než realita objektivní. Příkladem je fakt, že skutečnost, že dnes nemáme co k obědu, je pro nás méně zatěžující, než pocit společenského neúspěchu. Pro člověka, který je osobností nejen v oblasti biologické, ale také v oblasti psychologické, sociální a duchovní, bude mít nejspíše nejistota týkající se jeho životních plánů větší důležitost než nejistota dneška (Honzák, 2005). Stejně tak ohrožení naší prestiže pro nás neznamená méně než skutečné ohrožení naší osoby. Úzkost je tak přítomna třeba jen ve skryté podobě u každého rozhodování, a to i mezi dvěma příjemnými možnostmi. Úzkost doprovází zklamání z nesplněného očekávání, frustrace způsobená nečekanou překážkou a většinou dalších běžných i závažných událostí a změn.

3.1 Projevy strachu a úzkosti

Jak již bylo výše řečeno, jde o pocity, které aktivizují člověka k nějakému jednání. Dochází k mobilizaci dostupných sil a rezerv, které potřebujeme ke zvládnutí nebezpečné nebo ohrožující situace. Je aktivován neurovegetativní systém, pod vlivem sympatiku dochází k vyplavení adrenalinu, noradrenalinu a dalších chemických látek, které zvýší výkonnost v psychické i fyzické sféře. Přednostně se aktivuje pohybový, oběhový, dýchací a nervový systém. Ostatní systémy jsou utlumené.

Do určitého stupně je pro nás úzkost a strach užitečný, záleží však nejen na síle reálného ohrožení, ale také na schopnosti každého jednotlivce, jakým způsobem se s pocity strachu a úzkostí vyrovnává, do jaké míry ho tyto pocity ovládají (Nakonečný, 2005b). Existuje individuální citlivost vůči situacím, které tyto emoce vyvolávají.

Při „mírném“ pocitu strachu a úzkosti dochází v psychické oblasti ke zvýšení pozornosti a vnímavosti k většímu počtu podnětů (rozšíření zornic), k lepšímu zapamatování

mnoha detailů a jednotlivostí, k rychlejšímu pochopení vztahu a uspořádání větších celků. Ožívují se staré paměťové stopy a povzbuzují se naše tvůrčí schopnosti.

V somatické oblasti je reakce také spojena s celkovým nabuzením. První známkou je zvýšené svalové napětí, dochází ke zvyšování srdeční činnosti, zvyšuje se tlak, zrychluje se dýchání. Organismus se mobilizuje na útok nebo útěk. Zjednodušeně si můžeme představit aktivaci sympatického nervového systému jako reakci umožňující rychle dosáhnout stavu nejvyšší výkonnosti (Honzák, 2005). Je to nutné jak při agresi, tak při útěku. Pro obojí je nezbytná silná aktivita kosterního svalstva. Svaly musí mít k dispozici dostatek kyslíku a živin. Proto stoupá prokrvení kosterních svalů, stoupá frekvence a síla srdečních stahů, zvyšuje se krevní tlak, srdce čerpá více krve do oběhu. Zvýšený přívod krve do kosterní svaloviny je také dán tím, že dochází k vasokonstrikci splachnické oblasti. Je utlumena střevní peristaltika, zpomaluje se posun střevního obsahu a stahují se sfinktery. Aby byl zajištěn dostatečný přívod živin k srdci a kosternímu svalstvu, musí játra vydávat do krve glukózu a tuková tkáň mastné kyseliny. Bronchy jsou rozšířené, takže může stoupnout dechový objem a dodávka kyslíku do krve.

Jestliže stupeň úzkosti a strachu překročí pro nás únosnou míru, začíná převládat nervozita a od jisté úrovně se zhoršuje schopnost soustředění a výkon klesá (Ulč, 1999).

V psychické oblasti dochází k demobilizaci všech schopností řešit i banální situace (Honzák, 2005). Člověk není schopen soudně zhodnotit jakoukoliv situaci, není schopen žádného konstruktivního řešení. Při dalším zvyšování intenzity strachu a úzkosti se může stát, že se myšlení ve velkém zmatku doslova zablokuje, člověk je „ztuhlý“, cítí se zahrán do kouta, ze kterého není úniku, má pocit celkové mentální a intelektuální paralýzy.

V tělesné oblasti původně zvýšené napětí svaloviny nabývá nepříjemných rozměrů, mění se ve ztuhlost - „cítí se jako svázaný“, ve stavech paniky se mění až v bezmocnou křeč - „pocit mrtvého brouka“. Někdy se při svalovém zvýšeném napětí projevuje třes - „třese se strachy“. Ztuhlost v oblasti krční a bederní oblasti páteře může vyvolat bolesti hlavy a zad. Zornice jsou silně rozšířené - „strach má velké oči“. Při zvyšující se srdeční činnosti začíná člověk pociťovat pulz neobvykle rychle a silně - „má srdce až v krku“, zvyšuje se počet nepravidelností, což může u člověka vyvolávat strach o život. Dalším příznakem, který jej utvrzuje v pocitu nebezpečí, je častá bolest na hrudi. Je vyvolávána svalovým stahem kosterního svalstva hrudníku, ale nápadně připomíná laicky popisované bolesti při infarktu myokardu. Dechové potíže se často pojí s obtížemi srdečními. Pocit nedostatku vzduchu vede často k ještě intenzivnějšímu dýchání, jehož následkem bývá překysličení organismu spojené

s pocity brnění až křečí různých svalových skupin. Gastrointestinální trakt je utlumen, trávení je „vypnuto“. Je zastavena tvorba slin - „pocit suchosti v ústech“. V celém traktu je zvýšené svalové napětí - „máme knedlík v krku“, toto napětí často vede k pocitu na zvracení - „žaludek jak na vodě“. Dochází ke změně ve vyprazdňování střev, nižší stupeň úzkosti a strachu vede spíše k zpomalení střevní činnosti - „cestovní zácpa“, vyšší k jeho zrychlení až k překotnému vyprázdnění - „průjem před těžkou zkouškou“. V metabolickém systému dochází při poplachové reakci k uvolnění energetických zásob, potřebných pro očekávanou intenzivní svalovou činnost. Jestliže tato energie nebyla využita, je opačnými mechanismy převedena zpět do zásobních prostorů. Při tom může nastat stav přechodné nerovnováhy, který je prožíván jako velmi nepříjemný pocit slabosti, nadcházející mdloby, závratí „slabý jako mouha, pocit na omdlení, točí se se mnou celý svět“. Mechanismus změn na kůži spočívá v tom, že organizmus přesouvá většinu krve ke svalům. Povrch těla je tedy méně prokrvený a výsledkem je bledá a chladná kůže. Je zvýšená potivost. Někdy však, jako důsledek regulační nerovnováhy, dochází k opačným extrémům, projevující se jako místní překrvení. Na kůži se objevují červené skvrny, pocit svědění a mravenčení - „nejsem ve své kůži“.

Jestliže pocit strachu a úzkosti přetrvává delší dobu, dochází k narušení dalších základních funkcí organismu. Mění se kvalita i kvantita spánkového rytmu. Dochází ke zkrácení REM i nonREM fáze, což zabraňuje dostatečné regeneraci jak fyzických, tak psychických sil. Někdy nám vysoké obrátky, do kterých nás úzkost a strach nastavila, ani nedovolí usnout (Honzák, 1995).

U některých postižených dochází ke ztrátě chuti k jídlu, k hubnutí, většina však má naopak chuť k jídlu zvýšenou „jídlo jako lék proti úzkosti“ a dosahuje nežádoucích váhových přírůstků. Jídlo je pro člověka spojeno s pocitem jistoty a bezpečí a tak se k němu při pocitu ohrožení uchyluje, stejně jako k dalším „uklidňujícím“ aktivitám, jako je například kouření, žvýkání, okusování čokoliv a podobně (Honzák, 1995).

Důležitým a velmi citlivým ukazatelem chronické úzkosti je snížení sexuální potence.

3.2 Individuální rozdíly prožívání strachu a úzkosti

Jak už jsem se výše zmiňovala, existují individuální rozdíly v tom, jak jednotlivci reaguje na zátěžové situace, jak se s nimi vyrovnává. Například pro někoho je pozvánka na

večírek, mezi společnost, kterou nezná, příjemným rozptýlením všedního dne s možností poznat nové lidi. Jinému již pouhá představa takovéto nové společnosti nahání strach a hrůzu. Někteří lidé jsou strachem dokonce tak zahlceni, že je úzkost nikdy neopouští.

Příčinu těchto individuálních rozdílů vidí psychologové v míře osobní jistoty, kterou si člověk buduje od narození po celý život. Pokud člověk vyrůstá a žije v prostředí, které posiluje jeho jistotu, že ho život a svět ničím neohrožují, bude méně úzkostný a bude pociťovat strach pouze v situacích, které ho reálně ohrožují (Nakonečný, 1995b). Jestliže však takové štěstí nemá, vyrůstá v nejisté rodinné situaci. Ta může být vyvolána například tím, že rodiče jsou sami úzkostní a svou úzkost přenášejí na dítě nebo nejistotu přináší rodinná situace, nevěra, rozvod, konflikty, absence jednoho z rodičů, domácí násilí a podobně. Pak tito lidé mohou pociťovat strach a úzkost i tehdy, kdy reálné ohrožení nehrozí.

3.3 Stres

Úzkost a strach nelze zcela oddělit od pojmu stres. Pojem **stres** se ale stal módním slovem a v dnešní době jsou za stres označovány všechny možné okolnosti a podněty každodenního života, které vyvolávají pocity nelibosti. Často se slovo stres nesprávně používá pro situaci, která stres vyvolává. Za stres se označuje činitel působící na organismus nepříznivě, například horko, chlad, neustálý shon, časová tíseň, nezaměstnanost, finanční nejistota, ohrožení existence a životního standardu, honba za kariérou, dehumanizované vztahy mezi lidmi, situace, které vyvolávají úzkost a napětí.

Tyto situace však nejsou stresem, ale faktory, správně nazývané **stresory**, které stres vyvolávají. Kdybychom se blíže podívali na situace, které lidé běžně označují za stresové, ve většině případů bychom našli v jejich prožitku některou z podob strachu (Honzák, 1995). Například zdrojem „pracovního stresu“ je strach, že nestihnu udělat svojí práci, že ji neudělám dost kvalitně nebo, že o ni dokonce přijdu. „Stres v osobním životě“ často pramení ze strachu o své zdraví nebo o zdraví svých blízkých, strach ze ztráty partnera, strach ze samoty, strach ze ztráty smyslu života, strach ze smrti a podobně.

Stresory mají tedy fyzickou, psychickou i sociální povahu, ale k tomu, aby se zátěžová situace stala stresorem, je vždy důležité osobní hodnocení zátěžové situace (Nakonečný, 1995b).

Praktický slovník medicíny definuje stres jako „stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, ať už tělesnou, nebo duševní“ (Vokurka, 1995). Fyziologická odpověď organismu na stres je stejná jako reakce organismu na strach a úzkost. Ačkoli jsou však stresory označovány za negativní činitele, určitá míra stresu je nezbytnou podmínkou pro „životní otužování“, zvládnutý stres posiluje odolnost jedince vůči dalším možným stresům. V tomto smyslu život ve zcela „hladkých podmínkách“ není z hlediska rozvoje člověka možný. Mírný stres tedy, stejně jako mírný strach a úzkost, může působit pozitivně.

Problém stresu dnes vyplývá z jeho dlouhotrvajícího charakteru bez přiměřeného „vybití“, nedochází k fyzické aktivitě, ke které byl organismus připraven, nenastává „boj ani útěk“. Časté, opakované změny vyvolané stresem mohou postupně vést k vyčerpání a k útlumu. Je-li organismus stresován dlouhodobě, lze počítat s tím, že dříve nebo později dojde u člověka k poruše zdraví (Honzák, 1995). Stres je dáván do přímé souvislosti s poruchami zdraví v rámci jejich mnohočetné etiologie a teorie vycházející z koncepce psychického stresu tvoří jeden ze základů psychosomatické medicíny (Baštecký a kol., 1993).

3.4 Psychosomatická medicína

Pojem „psychosomatický“ označuje vzájemně ovlivňující se vztah duše (psyche) a těla (soma). Psychosomatiku lze chápat jako vnitřně složitě propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a v nemoci (Baštecký a kol., 1993).

Psychosomatika je velice starý obor, zvláště pomyslíme-li na přírodní léčitele či šamany, ale zároveň i nejmladší medicínský obor, který se emancipoval z ryze přírodovědeckého a izolovaného tělesného pojetí nemoci a jenž se snaží vidět celého nemocného člověka s jeho vztahem těla k okolí i s jeho vztahem k vlastnímu tělu, s jeho psychickým uspořádáním, s jeho životní, rodinnou i sociální situací (Ponešický, 2002).

Současné pojetí psychosomatické medicíny je založeno na holistickém (celostním) přístupu chápání člověka, jako bio-psycho-sociálně-duchovní jednotky i jako bytosti s vědomými a nevědomými částmi.

Za psychosomatické jsou dnes běžně označovány onemocnění jako bronchiální astma, žaludeční vřed, colitis ulcerosa, esenciální hypertenze, zácpa, mentální anorexie, bulimie, obezita, ekzémy a mnoho dalších. Podle psychosomatické medicíny vzniká každá lidská choroba v kontextu s určitou biografií, podle vlastní existenciální situace a ze své strany ovlivňuje průběh života, aniž by se daly vystopovat příčinné nebo konečné souvztažnosti (Danzer, 2001).

4. Úzkost a strach v těhotenství

Z pohledu výrazných změn, které se odehrávají ve všech oblastech života těhotné ženy, je určitá míra prožívání úzkosti a strachu v tomto stavu naprosto přirozená. Tímto způsobem, do jisté míry, splňuje pocit strachu a úzkosti svůj ochranný vliv, pomáhá těhotné ženě si uvědomit, že nastávají změny v jejím životě, že se na tyto změny bude muset připravit a aktivizuje ji v její bio-psycho-sociální adaptaci na tento stav a bylo by spíše neobvyklé, kdyby tyto pocity během těhotenství vůbec neměla.

Ženy se tak snaží se situacemi, které u nich navozují pocity strachu a úzkosti, vyrovnat. Ve strachu, aby neublížily sobě nebo dítěti, vylučují ze svého života nebezpečné aktivity, jako je například přílišná fyzická zátěž, špatný životní styl. Zajímají se o průběh těhotenství, shánějí informace, kupují odbornou literaturu, vzdělávají se v prenatálních kurzech. Uspořádávají si svůj život, vdávají se, zařizují byt a podobně.

Jestliže však míra strachu a úzkosti přesáhne tuto ochrannou funkci, žena se z nejrůznějších důvodů neumí nebo nemůže se svým strachem a úzkostí vyrovnat a tyto pocity trvají delší dobu nebo se opakují, stává se těhotenství pro ženu stresem. Vysoká nebo dlouhodobá hladina úzkosti a strachu se pak může promítat v těhotenství pod různými somatickými projevy a může mít také negativní vliv na plod.

4.1 Možné důvody prožívání strachu a úzkosti v jednotlivých trimestrech

I. trimestr

Jen málo žen přistupuje k těhotenství zcela bez starostí. V první řadě se nastávající matka musí vyrovnat s faktem těhotenství a přijmout jej. Náročnost tohoto úkolu je různá a do jisté míry se bude odvíjet od toho, zda těhotenství bylo plánované či neplánované, zda se jedná o těhotenství chtěné či nechtěné. U žen se tak při diagnóze těhotenství mohou prožitky pohybovat od pocitů vysloveného štěstí až po pocit, že se jim hroučí celý život. Někdy bývá pro ženu těžké uvěřit, že je v jiném stavu, protože na sobě v počátku těhotenství ještě žádnou změnu nepocítuje. Těhotenství bývá u většiny žen vnímáno během prvních týdnů s rozporupnými pocity, a to i v případě, že se jedná o těhotenství plánované a chtěné. Ženy často přemýšlí nad tím, zda „udělaly tu správnou věc ve správné době“ a trápí se tím, že by takovéto pocity neměly mít. Tato pocitová ambivalence je však pro začátek těhotenství příznačná a prožívá ji většina žen.

Ať už těhotenství je, nebo není plánované, mění mezilidské vztahy mezi všemi členy rodiny. Sdělení těhotenství partnerovi a případně rodičům může s sebou přinášet strach a úzkost, jak tento fakt přijmou. Psychické obtíže spojené s tímto úkolem často bývají přímo úměrné stálosti či nestálosti partnerského vztahu, zvláště když žena očekává spíše zápornou reakci.

V prvním trimestru těhotenství se začíná projevovat u žen celá řada těhotenských potíží, jako je zvýšené slinění, ranní zvracení, únava, slabost, časté močení a podobně, a podle toho, jak byly ženy na těhotenství připraveny, mohou tyto potíže prožívat. Jestliže jsou ženy v tomto ohledu informované, berou tyto změny jako přirozené a nepřekvapuje je jejich intenzita, v opačném případě je mohou prožívat jako nesnesitelné ve strachu a úzkosti, že je budou provázet celé těhotenství.

V prvním trimestru ženy prožívají řadu obav, aby své dítě nepotratily, zvláště jestliže mají v tomto ohledu pozitivní anamnézu, či jinou negativní zkušenost, dále mají strach, aby neonemocněly nějakou virovou chorobou a tím neublížily dítěti. Udává se, že 70 % těhotných se obává malformace plodu (Hájek, 1999c).

II. trimestr

Druhý trimestr bývá zpravidla pro ženy fyzicky i emočně nejstabilnější. V polovině těhotenství začínají ženy pociťovat pohyby plodu, které jsou pro nastávající matku důkazem,

že je dítě živé, a v tomto smyslu přinášejí úlevu. Matka začíná s plodem verbálně i neverbálně komunikovat, nejistotu ohledně pohlaví, vzhledu, osobnosti a jména dítěte vyplňuje svojí fantazií. Hlavním úkolem tohoto období je diferenciaci dítěte od sebe a přijetí reality přicházejícího jedince (Pečená, 1999).

V druhém trimestru začíná být viditelná změna proporcí, což vyvolává v ženách celou řadu opětně individuálních pocitů. Některé jsou hrdé na svůj těhotenský vzhled a mají radost z rostoucího břicha, některé naopak prožívají pocity nelibosti a strachu z důvodu ztráty kontroly nad svým tělem a z váhového přírůstku. Někdy mají ženy strach, že se nebudou líbit svému partnerovi, některé si naopak připadají krásnější a přitažlivější než dříve. Obecně by se dalo říci, že ženy s nižší spokojeností se svým tělem před těhotenstvím bývají v tomto ohledu zranitelnější.

Těhotné si občas stěžují na kolísání nálady, na zvýšenou citlivost a podrážděnost, ale pro většinu žen je druhý trimestr emočně nejstabilnějším obdobím těhotenství. Vytvářející se plod se dostává do popředí jejich zájmu, těhotné se zajímají o zdravý životní styl, vybírají, která výživa je nejvhodnější a nejlepší pro zdraví jejich i jejich dětí a podobně, někdy až ztrácí zájem o práci a o další aktivity ve prospěch starostlivého opatrování plodu. S radostí vítají zájem partnera i okolí, které jim například zakazuje nosit těžké věci nebo se unavovat náročnější prací a podobně. Často konzultují svůj stav s matkou a ptají se na její zkušenosti s těhotenstvím a zejména s porodem. Aby si žena dokázala být ve své pozici těhotné ženy dostatečně jistá, potřebuje se opřít o zkušenost těhotenství své vlastní matky (Hučín, 2000). Pro dceru je matčina prožitá zkušenost významná a do značné míry ovlivňuje i její prožitky, tyto informace ji mohou významně uklidnit nebo i znervóznět (Pečená, 1999).

V této době se ženy zabývají otázkou, zda je jejich dítě „normální“, mohou prožívat obavy z výsledků genetických testů, mají strach, aby plod donosily, aby nenastaly nějaké nepředvídatelné komplikace.

III. trimestr

Třetí trimestr je obdobím přípravy k porodu. Psychologická příprava na porod, definovaná jako přijetí reality přicházejícího jedince, diferenciaci a individualizaci dítěte a sebe, je již v podstatě dokončena (Pečená, 1999). Blížící se porod je však často vnímán ambivalentně, žena jako by na jedné straně chtěla, aby prenatální dítě zůstalo součástí jí samé, na druhé straně chce již mít své dítě v náručí. Tělesné změny jsou již velmi výrazné, přibývá fyzických obtíží a nepohodlí. U většiny žen se projevují různé poruchy spánku, často je trápí

únava, bolesti zad, otoky, pálení žáhy, dušnost, časté močení a podobně. Některé těhotné se stále pyšní svým vzhledem, připadají si „nejkrásnější“, jiné si začínají připadat spíše nemotorně, až „obludně veliké“. Ke konci těhotenství stoupá pohotovost k prožívání úzkostných stavů a strachu, někdy se vrací psychická labilita.

Těhotné si začínají zvykat na blížící se konec těhotenství, připravují se na porod i na péči o dítě, některé navštěvují předporodní kurzy, plavou a cvičí. U žen se vyvíjí chování ve smyslu „stavění hnízda“ a jeho absence může signalizovat vážnou psychickou poruchu (Pečená, 1999). Chystají věci pro dítě, pořizují vybavičku, přizpůsobují byt, některé však v obavách, „aby se nic nezakřiklo“ raději nechystají do poslední chvíle nic.

Ženy se nejprve obávají, aby předčasně neporodily, aby bylo jejich narozené dítě zcela zdravé. Pozdější obavy se týkají již vlastního porodu, ženy mají strach, jak celý porod zvládnou, mají strach z bolesti, z epiziotomie, objevují se obavy ze smrti při porodu (Baštecký a kol., 1993). Jak uvádí Pečená (1999), je strach ze ztráty vědomí nebo smrti při porodu častý, i když je těhotné popírají, porod je spojován s krví a bolestí a navíc je chápán jako magická událost, při které je rodička ohrožena nebezpečnými silami. V této souvislosti je velmi důležité, jakým způsobem bude těhotná o průběhu porodu informována a od koho tyto informace získá. Některé ženy se ve svých porodních vyprávěních rády trumfují a barvitě popisují všechny „hrůzy“ porodu. Tyto zprávy a jakékoliv jiné zastrašování mají přímý vliv na vzrůst předporodní úzkosti u takto „poučené“ rodičky.

V souvislosti s porodem se čím dál častěji začínáme setkávat u těhotných žen s dalším důvodem úzkosti a strachu, a to s obavou související s výběrem vhodné porodnice. Na porod jako takový existuje jak mezi odborníky, tak i mezi laiky mnoho názorů a často i velké množství protichůdných postojů. Dalo by se říct, že i způsob vedení porodu podléhá „módním trendům“. Na jedné straně zde máme trend medicínsky vedených porodů, porodů bezbolestných například v epidurální analgezii, na druhé straně trend přirozených porodů takzvaně alternativních bez jakéhokoliv zásahu, bez medikace. Ve většině českých porodnic v posledních letech dochází více méně k postupnému stírání rozdílů mezi takzvaným klasickým a alternativním porodem, dochází k posunu od „technokraticky“ vedeného porodu k porodu vedenému „humánněji“, přesto si však většina porodnic zachovává určité své „rutinní“ přístupy, které Světová zdravotnická organizace označila za výslovně nežádoucí.

V roce 2000 proběhl v porodnicích České republiky rozsáhlý průzkum, který zadala a financovala Nadace Open Society Fund Praha, na jehož základě vznikly portréty

jednotlivých porodnic. Na internetové adrese www.rodina.cz proběhla anketa „Jak se rodí v porodnicích ČR“. Na základě těchto výzkumů byla v roce 2002 vydána kniha Průvodce porodnicemi České republiky.

Z této publikace vyplývá, že mezi porodnicemi v naší zemi existují velké rozdíly a bohužel ne všechny porodnice jsou schopny vyhovět individuálním přáním rodiček. Mezi těhotnými se setkáváme s ženami, které ze strachu z případného zasahování do porodního děje v porodnicích, raději volí riskantní cestu domácího porodu.

4.2 Možné projevy strachu a úzkosti u těhotných

Hranice mezi psychosomatickou etiologií a chorobami s organickým původem může být v těhotenství fiktivní a psychosomatická medicína v užším slova smyslu představuje část obecné patologie (Hájek, 1999c). Některá literatura (Oberdorfer, 2005) však přímo uvádí, že ženy, které trpí strachem, mají vyšší procento různých komplikací.

Mezi onemocnění v těhotenství, u nichž se pravděpodobně uplatňují psychosomatické aspekty, jsou v odborné literatuře zařazeny: těhotenské zvracení, spontánní potrat, předčasný porod, preeklampsie, hypertenze v těhotenství, gestační diabetes, intrauterinní růstová retardace plodu. (Hájek, 1999c; Čepický, 1999; Baštecký a kol., 1993)

Při výskytu těhotenské patologie je velmi těžké určit, která příčina je primární a která je druhotná. Jak už jsem se zmiňovala, ženy mají během těhotenství strach o sebe i o dítě a jakákoliv odchylka či nepravidelnost, kterou lékař zjistí, může vyvolat u těhotné další zvýšení strachu a úzkosti a tím nastartovat jakýsi bludný kruh, kdy dochází k zhoršení somatických příznaků nebo k rozvoji nových onemocnění.

Negativní vliv vyšší hladiny strachu a úzkosti na průběh porodu, jako je delší a obtížnější porod, vyšší míra prožívané bolesti, větší množství komplikací a operací při porodu u ženy, více komplikací a horší stav u novorozence, byl popsán a prokázán v různých studiích nejen na zvířatech, ale i na lidech (Oberdorfer, 2005; Simkinová, 2002; Baštecký a kol., 1993).

Odstraněním negativních emocí, především úzkosti a strachu, se snižuje výskyt těhotenských patologií a porodnických komplikací a zlepšují se také podmínky k vytvoření vazby mezi matkou a dítětem i vyhlídky na zdraví psychosociální vývoj rodiny (Hofmanová, 2006)

4.3 Možné následky prožívání úzkosti a strachu v těhotenství na plod

Prenatální psychologie se v 70. letech minulého století roce stala novým samostatným vědeckým oborem, který se zaměřuje na zkoumání duševního života dítěte během jeho nitroděložního vývoje. Předmětem zkoumání nejsou jen vnější projevy a chování v závislosti na vyspívání organismu a na zrání jeho nervového systému, ale především to, co bychom mohli označit jako nevědomí (Matějček, Langmeier, 1986).

Ono nevědomí v našem případě znamená prožitky, které jsou uchovány pamětí a jsou tedy i součástí našeho pozdějšího myšlení, chování, jednání, prožívání apod. Jde o jakési „pra-vědomí“, „pra-prožitky“, „pra-paměť“, a to v té nejprostší, velmi jednoduché rudimentární podobě, avšak jak věří zastánci tohoto učení, právě proto nejhlubší, nejzákladnější, nepomíjející, předznamenávající všechno další duševní dění (Matějček, Langmeier, 1986).

Přesto, že má prenatální psychologie své kritiky a odpůrce některých kontroverzních tvrzení, tak v dnešní době již nikdo nepochybuje o tom, že dítě před narozením vede intenzivní duševní život, má sny, emoční reakce, vnímá všechny smyslové podněty, pamatuje si je a také je kognitivně zpracovává, utváří si vztah k matce. Řada experimentů prokázala, že novorozenec rozeznává podněty, kterým byl vystaven v průběhu těhotenství a adekvátně na ně reaguje. Je zjištěno, že prenatální dítě začíná slyšet v 5. měsíci intrauterinního vývoje, dokáže vyladit svůj sluchový aparát na zvuky lidské řeči a emocionální složky matčiny řeči nutně vyvolávají citovou odezvu (Marek, 2002).

Kanadský psychiatr a psycholog Thomas Verny, autor knihy Tajný život nenarozeného dítěte, shrnuje své poznatky o různých vlivech prenatálního života na pozdější život dítěte do čtyř bodů:

1. Lidský plod dovede vidět a slyšet, může něco prožívat, má vyvinutou chuť, dokonce je schopen se učit a cítit, a to přinejmenším již od šestého měsíce těhotenství.
2. To, co dítě cítí a vnímá, začíná formovat jeho postoje a očekávání vůči sobě samému. Jestli samo sebe bude vnímat jako šťastné nebo smutné a jednat jako člověk šťastný nebo smutný, agresivní nebo povolný, sebejistý nebo plný úzkosti, to závisí zčásti na tom, co se o sobě dozvídá za pobytu v děloze.
3. Hlavním zdrojem těchto „poselství“, která dítě formují, je jeho matka. To neznamena, že by každá povrchní, přechodná starost nebo úzkost měla vliv na její dítě. To, na čem

záleží, jsou hlubší a trvalé formy citění. Trvajících úzkost nebo tíživá nejistota týkající se vlastního mateřství může zanechat hluboké jizvy na osobnosti nenarozeného dítěte. Na druhé straně však povznášející emoce mohou významně přispět ke zdravému citovému vývoji.

4. To, co muž cítí k ženě a k nenarozenému dítěti, je jedním z nejvýznamnějších činitelů určujících úspěšnost těhotenství.

Nástroje, kterých matka užívá, jsou její myšlení a citění. Otcovým nástrojem je jeho schopnost být matce oporou a vytvořit jí prostředí naplněné citovou jistotou. Onen známý specifický citový vztah mezi matkou a dítětem je podle Vernyho a jeho následovníků jen logickým prodloužením děje, který započal již před narozením (Matějček, Langmeier, 1986).

Dalším psychologem světového významu, který se zabývá prenatálním životem, je český emigrant žijící v USA MUDr. Stanislav Grof. Grof dosahuje vybavování porodních traumat navozením tzv. změněného stavu vědomí, původně pomocí psychedelických látek, později pak bez použití drog, pomocí holotropního dýchání. Je otcem holotropní metody přístupu k vědomí neboli holistické integrace psychiky člověka. Tato metoda pracuje se třemi rovinami naší osobnosti: autobiografickou - tj. sebeprožívající a vzpomínkovou, perinatální - tj. sebeprožívající, ale nedostupnou vzpomínkám, transpersonální - tj. překračující sebeprožívání i osobní paměťové záznamy. K perinatální a transpersonální rovině je možné se dostat pouze za změněného stavu vědomí. Grof poukazuje na to, jak ovlivní prožívání těhotenství ženou, ale i průběh a způsob vedení porodu, budoucí život dítěte. Grof rozdělil perinatální období do 4 stádií, do tzv. bazálních perinatálních matic:

- I. Matrice - období těhotenství, od početí do začátku porodu. Jedná se o symbiózu plodu s matkou. Dítě cítí a vnímá velmi přesně psychické i fyzické rozpoložení matky a vnímá pocity, jež má matka vůči jemu samotnému. Pokud je I.matrice radostná a harmonická, vytváří kvalitu bezpečí, jistoty, a pevné půdy pod nohama v dalším životě. Pokud je však dítě nechtěné, pokud jej matka vnitřně odmítá, pak je toto zárodkem depresí a základního životního postoje, že nestojí vůbec za to žít.
- II. Matrice - období I. doby porodní. Z hlediska dítěte je tato fáze bezvýchodná a strašná. Neví, co se s ním děje, a je nuceno do pasivity, nemůže dělat nic jiného, než čekat. Pokud probíhá I. doba porodní fyziologicky 8 – 12 hodin, pak je tato doba

pro dítě výchovná a posiluje odolnost. Trvá-li však příliš dlouho, pak ji psychika nezpracuje a je zárodkem těžkých depresí.

III. Matrice - období II. doby porodní. Je fyzicky náročné nejen pro matku, ale i pro dítě. Ve srovnání s předcházející matricí je však tato matrice optimistická a přináší úlevu. Hezký průběh této matrice přináší dítěti do budoucnosti smysluplnost, pevnost a vnitřní sílu. Komplikace v této době, jako je hypoxie plodu, přílišné stlačování některých částí těla apod., může mít za následek různé psychosomatické potíže jako např. astma, kokaťavost, problémy se zažíváním a sexuální poruchy.

IV. Matrice – doba od narození po přestřizení pupečníku. Je to doba, kdy dítě přijímá sebe samo, kdy prožívá spoustu smyslových změn. Průběh této doby je zcela závislý na chování personálu porodního sálu.

Důležitou roli na pozitivních vjemech novorozence jsou prvky, které se zcela shodují s prvky tzv. „**něžného porodu**“ podle francouzského porodníka Fredericka Lebojera, které popsal ve své knize Porod bez násilí. Leboyer vycházel z přesvědčení, že novorozenec vidí, slyší, cítí, vnímá a prožívá. V tomto kontextu se zabýval myšlenkou možné traumatizace novorozenců při klasickém přístupu v ošetřování dětí po porodu. Mezi prvky něžného porodu patří tlumení hluku a světla, položení dítěte bezprostředně po narození na břicho matky, přestřizení pupeční šňůry až po jejím dotepání, pomalé a jemné pohyby při zacházení s novorozencem, neoddělování dítěte od matky atd. Jestliže je tato matrice „povedená“, pak je zárodkem mentální dospělosti a člověk dokáže nést odpovědnost za to, co dělá. Člověk se špatnými záznamy z této matrice nedokáže přijmout sebe sama a v dospělosti upadá často do sklíčenosti a přílišného odevzdání se.

Jakkoliv se nám mohou zdát tyto poznatky, někdy označované spíše jako „domněnky, hypotézy, až fantazijní kreace“, nepravděpodobné, zůstává faktem, že se je zatím nepodařilo dokázat, ale ani vyloučit. Zatím nemůžeme zcela dokázat, jak mohou duševní stavy matky působit na vyvíjející se plod, avšak mezi vědci panuje shoda v tom, že stres matky působí na plod hormonálními mechanizmy.

Můžeme si velmi dobře představit, že úzkostné stavy mají za následek změny v chemických reakcích krve, kdy se do krevního oběhu dostávají z endokrinního systému

látky, které mají specifické účinky, a že tyto vlivy pronikají placentou k plodu (Matějček, Langmeier, 1986).

Přítom vnímavost embryonálních orgánů se pokládá za zvýšenou. Úvahy o jiných, neorganických mechanismech přenosu duševních dějů matky na vyvíjející se plod zůstávají zatím jako neprokazatelné hypotézy.

Prenatální psychologie však vnímá lidský život jako souvislý děj, v němž je každá vývojová fáze stejně důležitá a všechny fáze jsou vzájemně závislé a nedělitelné od kontinuálního života jedince. Těhotenství chápe jako aktivní dialog mezi matkou a dítětem a tento dialog je pak rozšířen přes dialog s otcem dítěte a s matčíným psychosociálním prostředím (Fedor- Fraybergh, 2000).

Prenatální dítě je v těhotenství aktivním partnerem, a to nejen ve funkcích fyziologických, ale i psychologických a sociálních (Fedor- Fraybergh, 2002).

To, co se však zatím nedokázalo prokázat na lidské populaci je dobře známo z experimentování na zvířatech. Negativní vliv stresu na průběh těhotenství, stav novorozence a další život jedince nesporně prokázaly pokusy na opicích a na krysách a tento negativní vliv je také dobře znám i ze zkušeností chovatelů hospodářských zvířat (Baštecký a kol., 1993).

Téma možných negativních následků na plod z důvodu stresově prožívaného těhotenství bychom, čistě hypoteticky, mohli dát do souvislosti s unikátním a svými výsledky nesmírně významným výzkumem osudu tzv. **nechtěných dětí**.

Tento výzkum byl zahájen roku 1970 a longitudinálně pokračoval do roku 1994. Výsledky tohoto výzkumu prokazují významné celoživotní následky této psychické deprivace a subdeprivace u těchto „nechtěných dětí“. Ve svém vývoji mají nechtěné děti oproti dětem chtěným mnoho zásadních handicapů, které postihují oblasti psychické, sociální, zdravotní a eroticko-sexuální. Tyto handicapy vedou k jejich menší psychosociální, ekonomické i celkové prosperitě a tímto dnes nepřímo postihují i další generaci, děti těchto dětí (Matějček a kol., 1997). Je pravděpodobné, že primární význam na osud těchto dětí mělo rodinné prostředí a výchovné vlivy v životě dítěte, nicméně se také nabízí vliv nepříznivého prožívání těhotenství matek těchto dětí.

Jestliže se vědcům doposud nepodařilo zcela přesvědčivě prokázat případný negativní vliv problematického prožívání těhotenství a porodu na plod, tak na druhou stranu existují některé důkazy o pozitivním vlivu na plod při jeho neproblematickém prožívání. Příkladem, ale i inspirací nám může sloužit pohled kulturních antropologů na těhotenství žen některých

přírodních, „necivilizovaných či primitivních“ národů. Například v kmeni Toda, který žije zcela izolován od jakékoliv civilizace v jižní Indii, probíhá těhotenství žen v určitých ritualizovaných obřadech. K těhotné se ostatní chovají s vřelostí a úctou a jediným úkolem této ženy je starat se o své dítě. Vědci soudí, že vyrovnaná povaha s radostným laděním příslušníků tohoto kmene má základy v citové jistotě, kterou dítě získává v intimitě citových vztahů od prvních dnů po narození (Matějček, Langmeier, 1986).

V roce 1986 Dr. Logan publikoval svoji teorii učení před narozením a zahájil studie stimulace plodů tzv. *metodou Baby plus*, kdy je na prenatální dítě působeno progresivním vtiskováním zvuků (Tyl, 2000). Do roku 2000 bylo do tohoto programu zapojeno přes šedesát tisíc dětí z celého světa, včetně České republiky. Publikované výsledky mluví o tom, že takto stimulované děti se rodí s vyšší porodní délkou a váhou, mají větší obvod hlavy, jsou vývojově napřed a tento náskok se s věkem zvyšuje (Tyl, 2000). Z pohledu „primitivních“ kmenů nic nového, většina prehistorických těhotenských rituálů zahrnuje tanec na rytmickou hudbu a zpěv, dodnes je tomu tak u polynéských, afrických a asijských kmenů (Marek, 2002).

Když ve staré Číně otěhotněla císařovna, tak nesměla vidět ani slyšet nic nepříjemného, nesměla přemýšlet o negativních věcech a stýkat se s nemocnými a depresivními lidmi (Marek, 2002). Dnes pomalu, „vědecky“, začínáme tušit, jak to bylo moudré, a možná začínáme nacházet v lidových „pověřích“ velký kus pravdy, když nabádají těhotnou k tomu, aby se dívala jen na hezké věci, aby nebyla smutná, protože by její dítě bylo plačtivé a podobně. A tak výše popisované „magické myšlení“ těhotných žen, pod jehož vlivem se chovají „iracionálně“ má možná hlubší význam. Jestliže se více zamyslíme například nad pověrou, „při které se těhotná žena nemá dívat do ohně“, tak tímto ohněm v původním slova smyslu nebyl nejspíše myšlen oheň z krbu či svíce, ale požár, kdy pohled na zkázu vyvolává úzkost a strach nejen u těhotných žen.

Vědecky jsme například odhalili, že pro zdárný vývoj mozku plodu je nejen potřeba dostatečný přísun lipidů ve stavě nastávající matky, ale také schopnost ženy přeměnit molekuly těchto tuků na vhodnější řetězce pro vyvíjející se mozek. Kortizol, který je zvýšen u nešťastných lidí, tuto metabolickou přeměnu blokuje (Marek, 2002).

Prof. Fedor-Freybergr, čestný prezident Mezinárodní společnosti pro prenatální a perinatální psychologii a medicínu, uvádí: „Ideální dítě má být milované už prenatálně a všechny děti mají nárok být chtěnými a žádné by nemělo být nechtěným, protože nechtěné děti jsou ohroženy a morálně ohrožují společnost“. Jakým způsobem bude

zacházeno s prenatálním dítětem, takovým způsobem bude dítě zacházet se světem (Fedor- Fraybergh, 2002).

5. Možnosti předcházení a řešení prožívání strachu a úzkosti v těhotenství

Z předcházejícího textu vyplývá, že trvalejší nebo zvýšené pocity strachu a úzkosti, prožívané ženami v těhotenství, mají nepříznivý vliv na průběh samotného těhotenství, porodu i na vyvíjející se plod. Jestliže je moderní pojetí medicíny i ošetřovatelství založeno na holistickém přístupu k pacientovi, měla by být těhotným ženám věnována pozornost ve všech oblastech jejich života.

5.1 Péče o psychický stav těhotné ženy

V rámci prenatální péče by měla být psychickému stavu těhotné věnována stejná pozornost jako stavu somatickému. Sledování aktuálního psychického stavu by mělo být zaměřeno na prožívání strachu a úzkosti, emocí, které jsou s těhotenstvím spojovány (Mellanová, 2001). Bohužel však ani v publikacích určených pro porodní asistentky a lékaře není tomuto tématu věnován dostatečný prostor. Například v Moderním Babictví 3, v kapitole: „Prenatální péče o fyziologické těhotenství“ jsou popsána veškerá vyšetření, která žena během těhotenství podstoupí, ale psychosociálnímu hledisku je zde věnována jedna jediná věta: „Všeobecný screening zjišťuje faktory demografické, sociální, rodinné a profesionální“ (Hájek, 2004). Jak však s těmito údaji nakládat však již v publikaci uvedeno není. Jestliže lékaři - gynekologové předpokládají, jak už bylo uvedeno v kapitole věnované možným projevům strachu a úzkosti u těhotných, u některých patologických komplikací během těhotenství pravděpodobný psychosomatický původ a tato onemocnění označili jako psychosomatické, je s podivem, že u stejných onemocnění v jiné publikaci v kapitole nazvané: „Péče o těhotnou s ohroženým plodem“ není mezi příčinami těchto onemocnění

o psychice těhotné ženy ani zmínka. Za daleko závažnější lze však považovat to, že o psychickém stavu těhotné ženy není zmínka ani v terapii těchto onemocnění.

Pravděpodobným hlavním důvodem neznalosti psychického stavu těhotné není neochota této ženy se o svém psychickém stavu zmínit, ale spíše neuvědomění si jeho důležitosti zdravotníky nebo snad jejich neochota se této problematice věnovat.

5.2 Profesionální přístup zdravotníků

Je pravděpodobné, že pocitům strachu a úzkosti u těhotných žen lze do jisté míry předcházet nebo je lze alespoň korigovat, a to především individuálním přístupem k těhotné ženě a poskytováním potřebných informací. Nejlepší prostředek proti strachu je i odvaha, proto by ji měli zdravotníci svým přístupem těhotným ženám dodávat, neboť „odvaha je stejně nakažlivá jako strach“ (Gashin, 1998).

Navázání vzájemného pozitivního vztahu, který ženě poskytuje tolik potřebný pocit jistoty a bezpečí, lze považovat za jeden z nejdůležitějších úkolů lékaře a porodní asistentky v rámci komplexní prenatální péče. Vztah, který je mezi ženou a zdravotníky založený na důvěře, vše významně usnadňuje. Každá žena je velmi individuální a s touto individualitou bude prožívat i své těhotenství. Velmi důležitý je empatický přístup zdravotníků, který pomáhá ve vzájemné komunikaci a tím i k diagnostice negativních pocitů těhotné ženy.

Jestliže se nám totiž podaří u ženy diagnostikovat pocity úzkosti a strachu, je ve většině případů také možné odhalit pravý důvod těchto pocitů. Tím, že diagnostikujeme vlastní příčiny negativního prožívání těhotenství, máme možnost do tohoto stavu zasáhnout, pomoci ženě tyto příčiny strachu a úzkosti buď úplně odstranit, nebo se s nimi nejrůznějším způsobem alespoň vyrovnat, a to případně i za pomoci dalších odborníků, jako jsou například psychologové, psychiatři, sociální pracovníci a podobně.

5.3 Edukace těhotné ženy

Jak již bylo několikrát v této práci uvedeno, těhotná žena prochází během těhotenství významnými bio-psycho-sociálními změnami. Nezbytnou součástí moderní prenatální péče

je edukace těhotné ženy v nejširším slova smyslu, kdy dostatečným podáváním informací o těchto nastávajících změnách zároveň pomáháme těhotné ženě se s nimi vyrovnat, a tím i předcházet pocitům úzkosti a strachu, které tyto změny často vyvolávají. Je jisté, že během ordinace nelze v dostatečné míře těhotnou ženu edukovat, úkolem je poskytnout ženě informace o možnosti navštěvovat prenatální kurzy předporodní přípravy, doporučit těhotné kvalitní odbornou literaturu a zodpovědět její případné otázky. Záleží ovšem také na zájmu budoucí matky tyto informace dále získávat.

V naší zemi není povinností ženy se v těhotenství jakkoliv vzdělávat, jako je tomu například v Nizozemí, kdy se po třetím měsíci těhotenství musí žena zaregistrovat v prenatálním kurzu (Tuyl, 2002). U nás záleží především na iniciativě samotné ženy, zda absolvuje speciální kurz předporodní přípravy rozložený do několika lekcí v kombinaci s těhotenským tělocvikem a plaváním, nebo zvolí kurz ve formě „seznamovací“ půlhodinky na porodním sále. Může se také spokojit s „edukací“ které se jí dostane v gynekologické ambulanci, či získat potřebné informace z literatury nebo od žen, které již rodily.

Na našem trhu je velké množství zdrojů informací, které se věnují problematice těhotenství a porodu (knihy, časopisy, internet, letáky...). Můžeme říci, že toto téma je v dnešní době velmi populární a často je rozebírané i v médiích. Bohužel ne všechny uváděné informace jsou ve všech případech kvalitní a objektivní a často se setkáváme s jejich vzájemnou rozporuplností. Je otázkou, jestli právě toto velké množství nepřehledných informací neznejistí budoucí matku ještě více, než je nutné. Z těchto faktů vyplývá, že úkolem zdravotníků není pouze ženu informovat, ale také jí případně pomoci se zorientovat ve všech dostupných informacích.

5.4 Psychoprofylaktická příprava těhotné ženy – prenatální kurzy

Původním a dlouho jediným smyslem přípravy rodiček k porodu bylo snížit porodní bolesti. Vyvinula se z *metody hypnosuggestivní*, ze snah o vedení porodu v hypnóze, první zpráva je již z roku 1833 (Kuželová, 2003).

Jeden z nejznámějších průkopníků přípravy k porodu byl anglický lékař Dick Read, který viděl hlavní zdroj komplikací v úzkosti, již podléhají na porod nepřipravené rodičky. Dle jeho pozorování je síla porodních bolestí bezprostředně závislá na způsobu jejich

vnímání rodící ženou, a proto je důležité zmírňovat porodní napětí předem nacvičenou svalovou relaxací a obavy z porodu snižovat vytvořením vlídného a vstřícného prostředí porodnice. Jde o to, aby rodící žena neupadla do začarovaného kruhu strach – napětí – bolest, tedy do situace, která je pro porod velmi nepříznivá (Labusová a kol., 2002).

Ve Francii a Spojených státech je dodnes oblíbená *metoda doktora Lamaze*, zdůrazňující nutnost podrobného poučení a pozitivní motivace rodičky (Kuzelová, 2003). Také tato metoda usiluje o eliminaci strachu nácvikem vhodné relaxace a dýchání.

Představitel ruské školy Velvovskij, který vycházel z učení I. P. Pavlova, tvrdí, že špatné snášení porodních bolestí vyplývá z patologické porodní situace rodičky. Zdůrazňuje, že pouhá tělesná příprava nemá pro zdárný průběh porodu žádný zásadní význam, pokud ji nedoprovází stejně důležité poučení a vzdělání rodičky v širších souvislostech porodního děje (Labusová a kol., 2002).

Francouzi Leboyer a jeho žák Odent zastávají zkušeností ověřený názor, že porody probíhají bez komplikací, pokud se na ně ženy připravují jako na přirozený proces, při němž je největším úkolem rodičky i jejích „pomocníků“ respektování spontánních porodních mechanismů (Labusová a kol., 2002). Proto má předporodní kurz spolu s rodičkou navštěvovat osoba, která bude porodu přítomna. Dnes to nejčastěji bývá otec dítěte, ale může to být i osoba jiná, ta kterou si sama rodička vybere.

U nás je *psychoprofylaktická metoda* známa od roku 1951 a postupně se stává součástí prenatální péče, kdy je prováděna v gynekologických ordinacích nebo na zvoleném porodnickém oddělení (Ludvíková, 1984). Bohužel však ve většině případů probíhala psychoprofylaxe během nedlouhé chvíle, šlo spíše o získání povrchních informací o porodu, v lepším případě o nácvik relaxace a správné techniky dýchání. Formálním prováděním psychoprofylaxe a nepochopením podstaty této metody, který nespočívá jen v odstranění porodních bolestí, dochází v dalších letech až k určitému zdiskreditování psychoprofylaxe.

Současná koncepce přípravy těhotných žen k porodu už nezdůrazňuje analgetický účinek, ale snaží se ženu připravit na reálný průběh porodu. Hlavní smysl dnešní psychoprofylaxe je pomoci těhotné ženě získat potřebné informace, praktické návyky a dovednosti, které mají nastávající matce, či vlastně oběma rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod, šestinedělí a ulehčit jim péči o novorozence.

Všeobecně se má za to, že prenatální příprava je pro mnoho žen důležitým základem pro dobrý průběh těhotenství a porodu. Publikované studie z Velké Británie (Hettringtonova 1990, Redmannova 1991) prokazují, že ženy, které absolvovaly předporodní

přípravu, nepotřebují tolik přípravků k tišení bolesti, dokáží vyjadřovat své potřeby, což jim dodává jistotu, a tím příznivě působí na průběh porodu (Tuyl, 2002). Další studie, která byla v roce 1999 provedena v Holandsku prokázala, že psychoprofylakticky připravená žena má větší šanci, že její porod proběhne přirozenou cestou (Tuyl, 2002).

Nesporným přínosem prenatálních kurzů je také to, že jsou těhotné ženy v kontaktu s dalšími těhotnými, které prožívají podobné radosti i starosti, a tímto se účastnice prenatálních kurzů stávají i jakousi „svépomocnou skupinou“, která pomáhá ženám k lepšímu prožívání tohoto nelehkého, ale přesto krásného období.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

6. Cíle výzkumu

- Zjistit, kdy a do jaké míry prožívají těhotné ženy – prvorodičky (v dalším textu jen „těhotné ženy“) strach a úzkost v těhotenství.
- Zjistit, jaké důvody uvádějí těhotné ženy jako příčinu prožívání svého strachu v těhotenství.
- Zjistit, zda existují nějaké závislosti v prožívání strachu a úzkosti u těhotných žen (např. závislost na věku, vzdělání, rodinném stavu, sociálním zázemí, na identifikaci s ženskou rolí, na dostatku informací v těhotenství).
- Zjistit, zda je možné předem odhadnout, které ženy budou více prožívat pocity strachu a úzkosti v těhotenství.
- Zjistit, co pomáhá těhotným ženám pocity strachu a úzkosti odstranit nebo mírnit.
- Zjistit jakým způsobem získávají těhotné ženy informace o těhotenství a které informace pokládají za nejpřínosnější.

6.1 Hypotézy

H1 - Míra strachu a úzkosti u těhotných je závislá na míře identifikace s ženskou rolí, ženy s nižší mírou identifikace prožívají v těhotenství více úzkosti a strachu.

H2 - Míra strachu a úzkosti u těhotných je závislá na vzdělání ženy, ženy s vyšším vzděláním prožívají v těhotenství více úzkosti a strachu.

H3 – Ženy, které udávají v těhotenství deficit informací, prožívají více strachu a úzkosti. Dostatek informací pomáhá těhotným ženám odstranit nebo alespoň snížit prožívání úzkosti a strachu.

H4 – Ženy, které nemají v těhotenství dobré sociální a partnerské zázemí, prožívají více strachu a úzkosti

6.2 Použité metody a metodika výzkumu

Ke splnění cílů výzkumu a k ověření hypotéz jsme použili tyto metody:

- nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce
- nestandardizovaný dotazník k určování míry identifikace s ženskou rolí
- standardizovaný dotazník na měření struktury a dynamiky psychických stavů SUPOS - 7

Dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 2) byl zaměřený na zjišťování psychosociálních stavů respondentek v těhotenství a byl sestaven na základě informací získaných z odborné literatury zabývající se problematikou faktorů ovlivňujících prožívání těhotenství a porodu a na základě vlastních zkušeností z práce s těhotnými ženami.

Dotazník obsahuje 26 otázek, byl sestaven z otázek otevřených, polootevřených a uzavřených.

Otázky č. 1, 2, 3 byly zaměřeny na zjišťování věku, rodinného stavu a vzdělání.

Otázka č. 4 ověřovala, zda se jedná o ženu poprvé rodící.

Otázky č. 5, 6 zjišťovaly počet předchozích těhotenství, případně důvody ukončení předchozích těhotenství a postoj ženy k těhotenství nynějšímu.

Otázky č. 7, 8, 9 zjišťovaly v jakém týdnu těhotenství žena porodila, také způsob vedení a délku trvání porodu.

Otázky č. 10, 11 zjišťovaly přítomnost blízké osoby u porodu a eventuální uvítání této osoby u dalšího porodu.

Otázky č. 12, 13, 14 zjišťovaly jakým způsobem získávaly těhotné ženy informace, které považovaly za nejpřínosnější a jaký měly pocit informovanosti.

Otázky č. 15, 16, 17 zjišťovaly u žen pocit strachu a úzkosti, jeho míru, důvody také to, co pomáhalo tento pocit odstranit nebo mírnit.

Otázky č. 18 zjišťovala u žen pocit jistoty a bezpečí.

Otázka č. 19 se zabývala spokojeností žen s péčí lékařů a sester.

Otázka č. 20 se týkala výskytu komplikací v těhotenství.

Otázky č. 21, 22 byly zaměřeny na odhad vlastní psychické stability.

Otázky 23, 24 zjišťovaly ekonomické poměry žen.

Otázka 25 byla zaměřena na kvalitu partnerského vztahu.

Otázka 26 byla zaměřena na kvalitu sociálního zázemí.

Dotazník míry identifikace s ženskou rolí (viz příloha č. 3) jsme použili proto, abychom zjistili, do jaké míry je respondentka ztotožněna se svou rolí ženy. Dotazník je sestaven z nedokončených vět, které umožňují respondentce promítnout do odpovědi svůj vztah k rodičům, partnerovi, biologickým změnám svého těla a sociálním rolím.

Standardizovaný dotazník SUPOS 7 (viz příloha č. 4) slouží k posuzování struktury a dynamiky psychických stavů. Zjišťuje několik položek:

PE – psychickou pohodu, pocit síly a energie

A – prahnutí po akci

O – impulzivní reaktivitu

N – psychický nepokoj

U – úzkost a obavy

D – depresi a vyčerpání

S – sklíčenost

Respondentky se vyjadřovaly ke stupni prožívání pocitů a stavů uvedených v dotazníku tak, jak se obvykle cítily během těhotenství. Zpracováním těchto záznamů jsme zjistili do jaké míry respondentka v uvedených pocitech a stavech koreluje se stanovenou normou pro tyto psychické stavy, zda je v normě, pod nebo nad touto normou.

První dva typy dotazníků byly anonymní, standardizovaný dotazník jsem vyplňovala společně s respondentkami.

K vyhodnocení dat jsme použili metodu statistického zpracování pomocí počítačového programu SPSS. Data jsou zpracována procentuálně a jsou znázorněna ve formě tabulek a grafů. Pro zjištění statistické významnosti byl použit počítačový program kompatibilní s SPSS. Statistická významnost je v tabulkách vyznačena barevně. Zelené vybarvení, je statisticky významně nižší, červené vybarvení, je statisticky významně vyšší. Pokud je text navíc vtučněn a podtržen, je statistická významnost ještě důraznější.

6.3 Organizace a průběh výzkumu

Před zahájením vlastního výzkumu byla v říjnu provedena v krčské porodnici pilotní studie u dvanácti respondentek, s cílem ověřit si vhodnost a srozumitelnost jednotlivých položek, zjistit časovou náročnost při vyplňování dotazníků a ochotu žen s námi spolupracovat. V předvýzkumu bylo zjištěno, že ženy jsou ochotny s námi spolupracovat, nemají žádné problémy týkající se nepochopení či nesrozumitelnosti položených otázek a časová náročnost vyplňování dotazníků je do 30ti minut. Během předvýzkumu bylo dále zjištěno, že u dvou polootevřených otázek mohou mít ženy nejasnosti, jak je správně vyplnit, což vedlo k částečné korekci těchto dvou otázek.

Vlastní výzkum probíhal od 1. prosince do 28. února ve třech porodnicích a to v ÚM FTN v Krči, v ÚPMD Podolí a v porodnici v Písku. Ženy byly vybírány náhodně, byly osloveny a požádány o spolupráci během jejich hospitalizace po porodu na oddělení šestinedělí, jediným kritériem výběru bylo, aby se jednalo o prvorodičky. Anonymita rodiček byla zajištěna tím, že ženy vracely dotazníky do zalepené krabice umístěné na oddělení.

V krčské porodnici jsem předávala dotazníky osobně a se ženami, které byly ochotné se výzkumu účastnit, jsem předem vyplnila standardizovaný dotazník SUPOS – 7, který byl následně připojen k ostatním dotazníkům, které již ženy vyplňovaly samostatně, aby byla zajištěna jejich anonymita. Z celkového počtu 45 oslovených žen v krčské porodnici bylo získáno 41 vyplněných dotazníků, 4 ženy se odmítly výzkumu účastnit, jako důvod udávaly časové zaneprázdnění.

V podolské a písecké porodnici předávaly dotazníky ženám staniční sestry. V podolské porodnici bylo z celkového počtu 45 rozdaných dotazníků získáno zpět 39 dotazníků, 4 ženy dotazník nevrátily, 2 ženy vrátily dotazník nevyplněný. V písecké porodnici bylo z celkového počtu 45 rozdaných dotazníků získáno 41 dotazníků, 3 ženy dotazník nevrátily, 1 žena vrátila dotazník nevyplněný.

Z celkového počtu 135 rozdaných dotazníků (přičteny 4 ženy z krčské porodnice, které předem odmítly dotazník vyplnit), bylo získáno 121 dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla téměř 90 %.

7. Výsledky výzkumu

7.1 Charakteristika celkového souboru

Během výzkumu jsem pracovala se třemi základními soubory, souborem 41 matek z krčské porodnice (33.9 %), souborem 39 matek z podolské porodnice (32.2 %) a souborem 41 matek z písecké porodnice (33.9 %).

Tabulka č. 1: Místo dotazování respondentek - porodnice

| Místo dotazování (porodnice) | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| 1 Krč | 41 | 33,9 | 33,9 | 33,9 |
| 2 Písek | 41 | 33,9 | 33,9 | 67,8 |
| 3 Podolí | 39 | 32,2 | 32,2 | 100,0 |
| Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Po vzájemném porovnání těchto tří základních souborů z hlediska věku, vzdělání, rodinného stavu a subjektivního prožívání strachu a úzkosti v těhotenství nebyly zjištěny žádné významnější odchylky. Tyto tři soubory lze tímto považovat za homogení, a proto byly spojeny v jeden a při celkové interpretaci výsledků z nestandardizovaných dotazníků vycházím z celkového počtu 121 respondentek. Podrobnosti z původních souborů lze vyčíst z grafů, které jsou uvedeny v příloze č. 5.

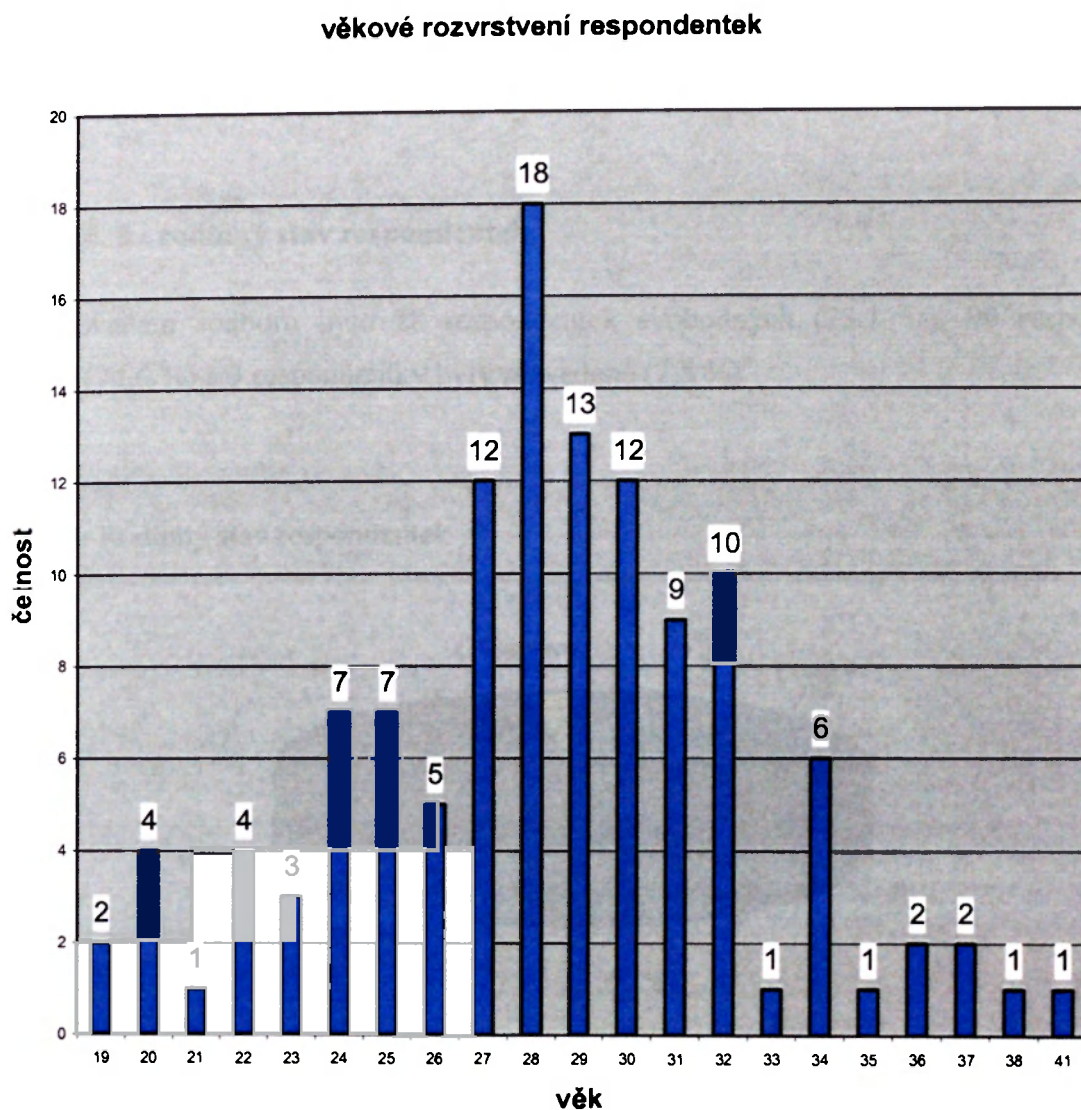
Výjimku tvoří krčský soubor, u kterého byl navíc proveden výzkum pomocí standardizovaného dotazníku SUPOS 7, tento soubor bude vyhodnocen z dalších hledisek ještě jednou samostatně.

7.2 Interpretace výsledků nestandardizovaných dotazníků

Položka č. 1 - věk respondentek

Průměrný věk respondentek byl 28,35 let, věkový rozptyl respondentek byl od 19 do 41 let. Podrobnosti o věkovém rozvrstvení respondentek lze vyčíst z grafu.

Graf č. 1: Věkové rozvrstvení respondentek



Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do následujících kategorií: kategorie mladší 25 let - 28 respondentek (23,1 %), kategorie od 26 do 30 let - 60 respondentek (49,6 %), kategorie od 31 do 35 let - 27 respondentek (22,3 %) a na kategorii starší 36 let - 6 respondentek (5 %). Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

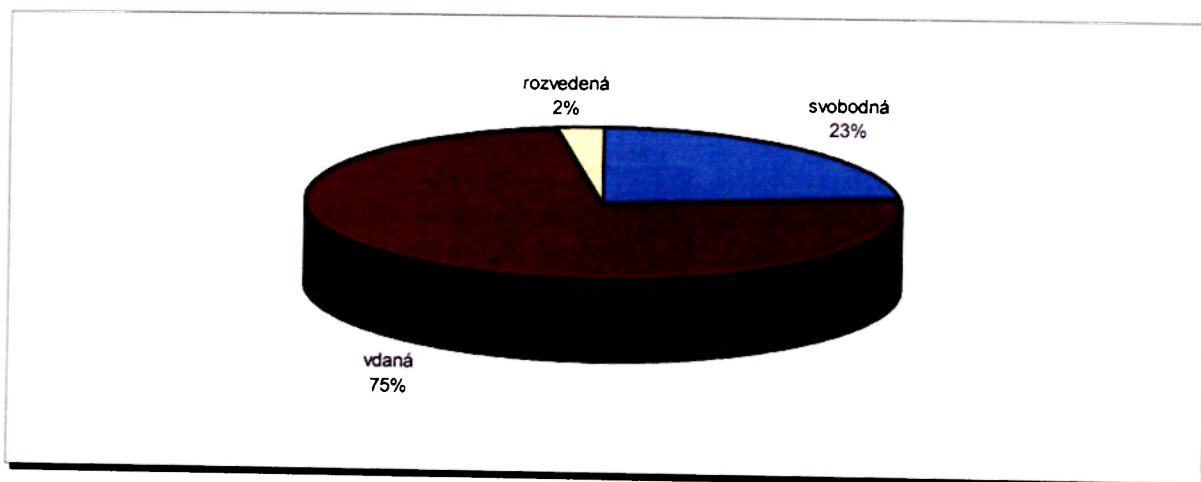
Tabulka č. 2: Věk respondentek - kategorie

| Věk-kategorie | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 19-25 | 28 | 23,1 | 23,1 | 23,1 |
| | 2 26-30 | 60 | 49,6 | 49,6 | 72,7 |
| | 3 31-35 | 27 | 22,3 | 22,3 | 95,0 |
| | 4 36-41 | 6 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 2 - rodinný stav respondentek

Ve sledovaném souboru bylo 28 respondentek svobodných (23,1 %), 90 respondentek vdaných (74,4 %) a 3 respondentky byly rozvedené (2,5 %).

Graf č. 2: Rodinný stav respondentek



Pro další zpracování byly respondentky (vzhledem k malému množství rozvedených žen) rozděleny do dvou kategorií na respondentky vdané 90 (74,4 %) a nevdané 31 (25,6 %). Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

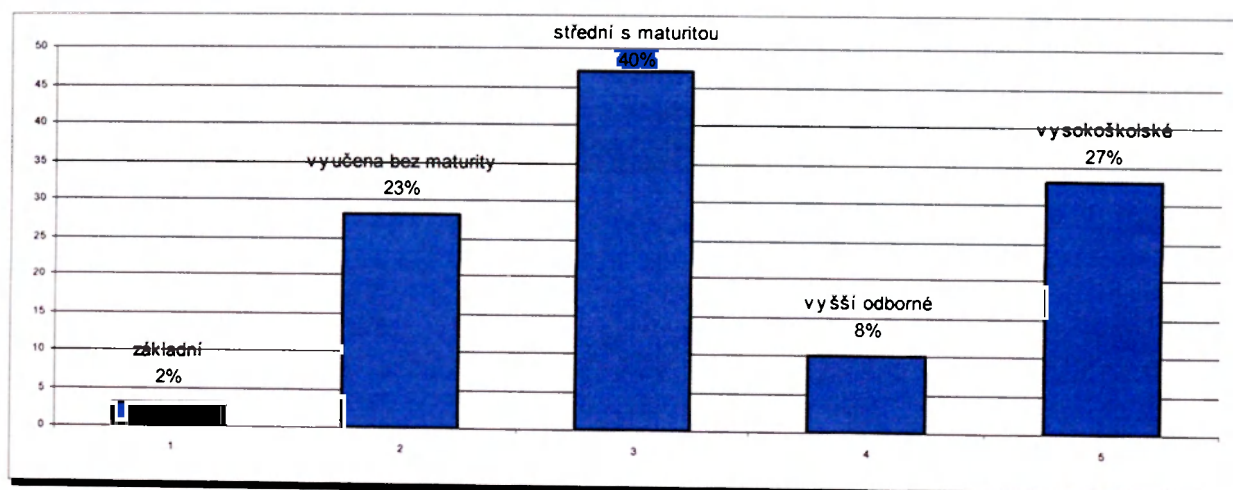
Tabulka č. 3: Rodinný stav - kategorie

| Rodinný stav kategorie | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| 1 Svobodná, rozvedená | 31 | 25,6 | 25,6 | 25,6 |
| Valid 2 Vdaná | 90 | 74,4 | 74,4 | 100,0 |
| Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 3 - vzdělání respondentek

Základní vzdělání měly 3 respondentky (2,5 %), 28 respondentek bylo vyučeno nebo mělo střední vzdělání bez maturity (23,1 %), 47 respondentek mělo vzdělání střední s maturitou (38,8 %), 10 respondentek mělo vyšší odborné vzdělání (8,3 %) a 33 respondentek mělo vzdělání vysokoškolské (27,3 %).

Graf č. 3: Vzdělání respondentek



Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do tří kategorií: respondentky bez maturity, se základním vzděláním a vyučena 31 (25,6 %), respondentky s maturitou a vyšším odborným vzděláním 57 (47,1 %) a respondentky s vysokoškolským vzděláním 33 (27,3 %). Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentek - kategorie

| Vzdělání-kategorie | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Základní, vyučena, střední bez maturity | 31 | 25,6 | 25,6 | 25,6 |
| | 2 Střední s maturitou, vyšší odborné | 57 | 47,1 | 47,1 | 72,7 |
| | 3 Vysokoškolské | 33 | 27,3 | 27,3 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 4 - po kolikáté respondentka porodila

Tato otázka byla pouze ověřovací, zda respondentka rodila poprvé. Všechny 121 respondentek (100 %) označilo, že rodilo poprvé.

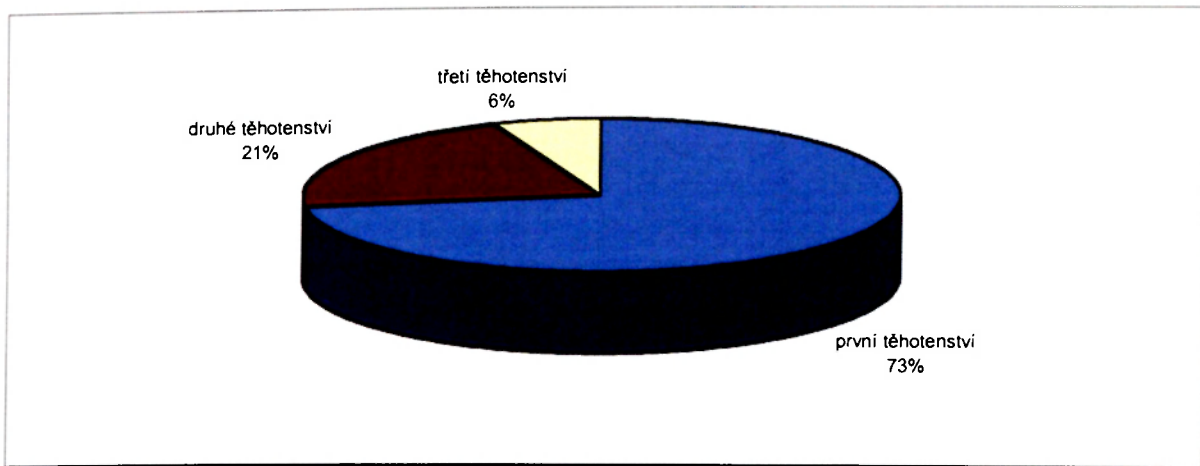
Tabulka č. 5: Počet porodů

| Po kolikáté jste rodila | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 1 Poprvé | 121 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Položka č. 5 - po kolikáté byla respondentka těhotná

První těhotenství uvádí 88 respondentek (73 %), po druhé těhotných bylo 26 respondentek (21,5 %) a 7 respondentek (5,8 %) uvedlo třetí těhotenství.

Graf č. 4: Kolikáté těhotenství



Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do dvou kategorií: respondentky, které byly těhotné poprvé 88 (72,76 %) a respondentky, které byly těhotné více než jedenkrát 33 (27,3 %).

Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

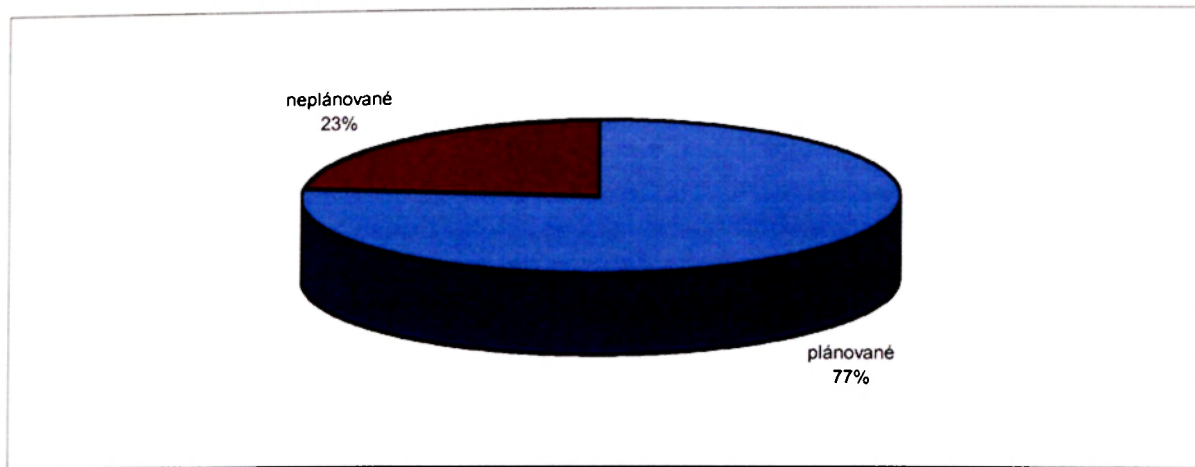
Tabulka č. 6: Kolikáté těhotenství - kategorie

| | Kolikáté těhotenství | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--------------|-----------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 <i>První</i> | 88 | 72,7 | 72,7 | 72,7 |
| | 2 <i>Více než 1.</i> | 33 | 27,3 | 27,3 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 6a - těhotenství bylo u respondentek: plánované - neplánované,

Plánované těhotenství uvádí 93 respondentek (76,9 %), neplánované těhotenství uvádí 28 respondentek (23,1 %).

Graf č. 5: Plánovanost těhotenství



Položka č. 6b - v počátku bylo u respondentek těhotenství: chtěné – nechtěné

V počátku bylo těhotenství chtěné u 117 respondentek (96,7 %), u 4 respondentek (3,3 %) bylo těhotenství v počátku nechtěné.

Tabulka č. 7: V počátku těhotenství bylo dítě chtěné - nechtěné

| V počátku těhotenství bylo dítě | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| 1 Chtěné | 117 | 96,7 | 96,7 | 96,7 |
| Valid 2 Nechtěné | 4 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 6c - na konci bylo u respondentek těhotenství: chtěné – nechtěné

Na konci bylo těhotenství chtěné u všech 121 respondentek (100 %).

Tabulka č. 8: Na konci těhotenství bylo dítě chtěné - nechtěné

| Na konci těhotenství bylo dítě | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid.</i> 1 Chtěné | 121 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Položka č. 7 - délka trvání porodu

U 17 respondentek (14 %) trval porod do 3 hodin, u 31 respondentek (25 %) trval porod od 3 do 6 hodin, u 41 respondentek (33,9 %) trval porod od 7 do 12 hodin, u 22 respondentek (18,2 %) trval porod nad 12 hodin. 10 respondentek označilo jinou odpověď, což se shoduje s počtem žen, u kterých byl proveden plánovaný císařský řez, kdy nelze na tuto otázku odpovědět.

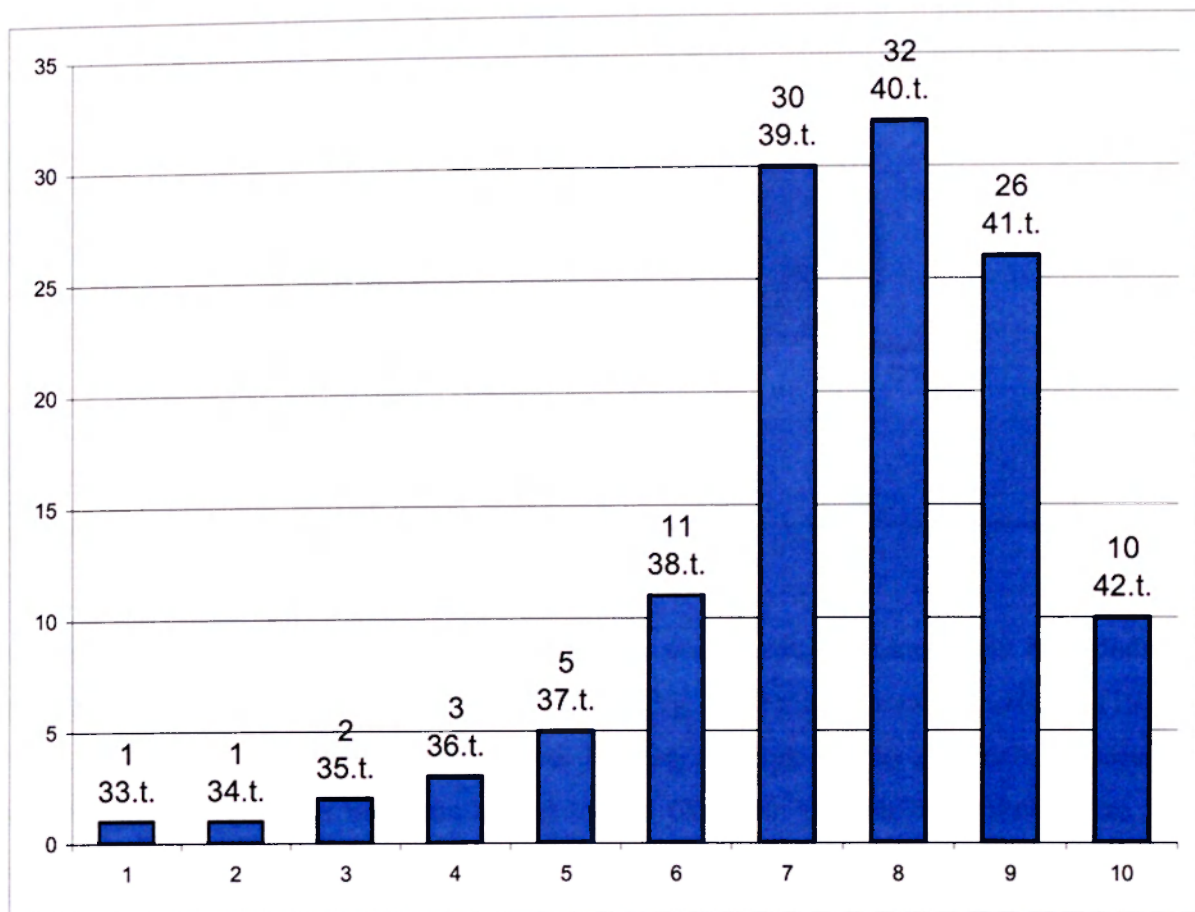
Tabulka č. 9: Délka trvání porodu

| Od pravidelných kontrakcí trval Váš porod | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid.</i> 1 Do 3 hodin | 17 | 14,0 | 14,0 | 14,0 |
| 2 3 - 6 hodin | 31 | 25,6 | 25,6 | 39,7 |
| 3 7 - 12 hodin | 41 | 33,9 | 33,9 | 73,6 |
| 4 Nad 12 hodin | 22 | 18,2 | 18,2 | 91,7 |
| 5 Jiná odpověď | 10 | 8,3 | 8,3 | 100,0 |
| <i>Total.</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 8 - v jakém týdnu těhotenství respondentka porodila

Průměrně respondentky porodily v 39,54 týdnu těhotenství. Celkový rozptyl týdne porodu u respondentek byl od 33 do 42 týdne těhotenství. Podrobnosti lze vyčíst z grafu.

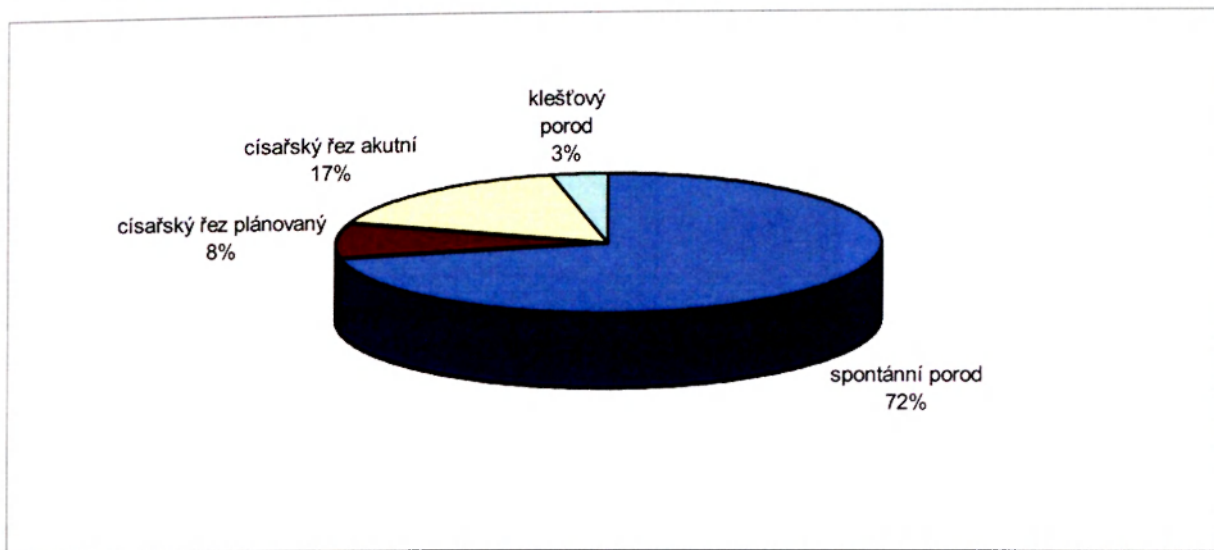
Graf č. 6: Týdny těhotenství, ve kterém respondentky porodily a jejich počet



Položka č. 9 způsob ukončení porodu u respondentek

U 88 respondentek (71,9 %) byl porod ukončen spontánně, u 10 respondentek (8,3 %) byl proveden plánovaný císařský řez, u 20 respondentek (16,5 %) byl proveden císařský řez akutní a u 4 respondentek (3,3 %) byl proveden klešťový porod.

Graf č. 7: Způsob ukončení porodu u respondentek



Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do následujících kategorií: Respondentky, které porodily spontánně 87 (71,9 %) a respondentky, které měly operační porod 24 (19,8 %), tj. akutní císařský řez nebo klešťový porod. 10 respondentek nebylo zařazeno, protože měly plánovaný císařský řez a neznáme důvod tohoto ukončení porodu. Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

Tabulka č. 10: Způsob ukončení porodu - kategorie

| Způsob ukončení porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Spontánní | 87 | 71,9 | 78,4 | 78,4 |
| | 2 Operační | 24 | 19,8 | 21,6 | 100,0 |
| | Total | 111 | 91,7 | 100,0 | |
| Missing | System | 10 | 8,3 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Položka č. 10 - přítomnost blízké osoby u porodu respondentek

Přítomnost partnera u porodu uvedlo 90 respondentek (74,4 %), přítomnost další blízké osoby uvedlo 9 respondentek (7,4 %), jen 23 respondentek (19 %) nemělo u porodu žádnou blízkou osobu.

Tabulka č. 11: Přítomnost partnera u porodu

| Byl u porodu partner | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Ano | 90 | 74,4 | 74,4 | 74,4 |
| | 2 Ne | 31 | 25,6 | 25,6 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Tabulka č. 12: Přítomnost blízkých osob u porodu

| Přítomnost jiné blízké osoby | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------------|-------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 2 Sestra biologická | 2 | 1,7 | 22,2 | 22,2 |
| | 3 Matka | 3 | 2,5 | 33,3 | 55,6 |
| | 4 Soukromá porodní asistentka | 2 | 1,7 | 22,2 | 77,8 |
| | 5 Kamarádka | 1 | ,8 | 11,1 | 88,9 |
| | 6 Dcera partnera | 1 | ,8 | 11,1 | 100,0 |
| | Total | 9 | 7,4 | 100,0 | |
| Missing | System | 112 | 92,6 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Položka č. 11 - uvítala by respondentka přítomnost této osoby u dalšího porodu

Partnera by uvítalo u dalšího porodu 89 respondentek z 90, u kterých byl partner přítomen, jen 1 respondentka by u dalšího porodu partnera neuvítala. Stojí jistě za zmínku, že na tuto otázku odpovědělo kladně (uvítaly by přítomnost partnera u dalšího porodu) i 6 respondentek z 31, u jejichž porodu partner přítomen nebyl, ačkoli v dotazníku nebyla tato možnost odpovědi napsána. Jinou další blízkou osobu, než partnera by z 9 respondentek, u kterých byla tato jiná blízká osoba přítomna, by uvítalo všech 9 respondentek (100 %).

Tabulka č. 13: Uvítala by partnera u příštího porodu

| Uvítala byste přítomnost partnera u dalšího porodu | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---|--------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 <i>Ano</i> | 89 | 73,6 | 98,9 | 98,9 |
| | 2 <i>Ne</i> | 1 | ,8 | 1,1 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 90 | 74,4 | 100,0 | |
| <i>Missing System</i> | | 31 | 25,6 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

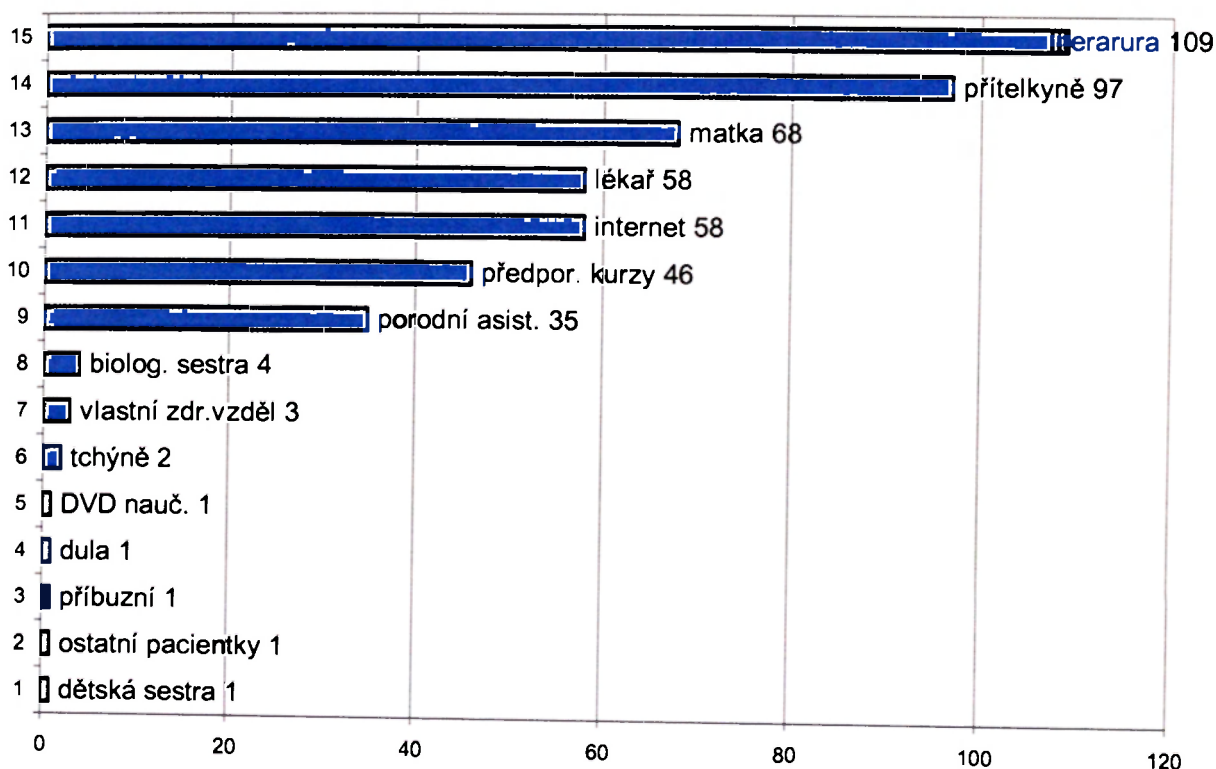
Tabulka č. 14: Uvítala by přítomnost blízkých osob u dalšího porodu

| Uvítala byste přítomnost této blízká osoby u dalšího porodu | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|--------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 <i>Ano</i> | 9 | 7,4 | 100,0 | 100,0 |
| <i>Missing System</i> | | 112 | 92,6 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Položka č. 12 - jakým způsobem získávaly respondentky informace o těhotenství, porodu a šestinedělí

Respondentky mohly v této otázce označit více možností z nabídnutých odpovědí. Čtením literatury a časopisů získávalo informace 109 respondentek (91 %), 46 respondentek (38 %) respondentek získávalo informace v kurzech předporodní přípravy, od matky získávalo informace 68 respondentek (52,2 %), od přítelkyň získávalo informace 97 respondentek (80,2 %), od lékařů získávalo informace 58 respondentek (47,9 %), z internetu získávalo informace 58 respondentek (47,9 %), od porodních asistentek získávalo informace 35 respondentek (28,9 %), od duly získávala informace 1 respondentka (0,8 %). Jiným, než v otázce uvedeným způsobem, získávalo informace 13 respondentek, a to: 4 respondentky (3,3 %) od biologické sestry, 3 respondentky (2,5 %) uvedly vlastní znalosti (zdravotnické vzdělání), 2 respondentky (1,7 %) uvedly jako svůj zdroj informací tchýni, 1 respondentka (0,8 %) uvedla dětskou sestru, 1 respondentka (0,8 %) uvedla výukové DVD, 1 respondentka (0,8 %) uvedla příbuzné, 1 respondentka (0,8 %) uvedla ostatní pacientky.

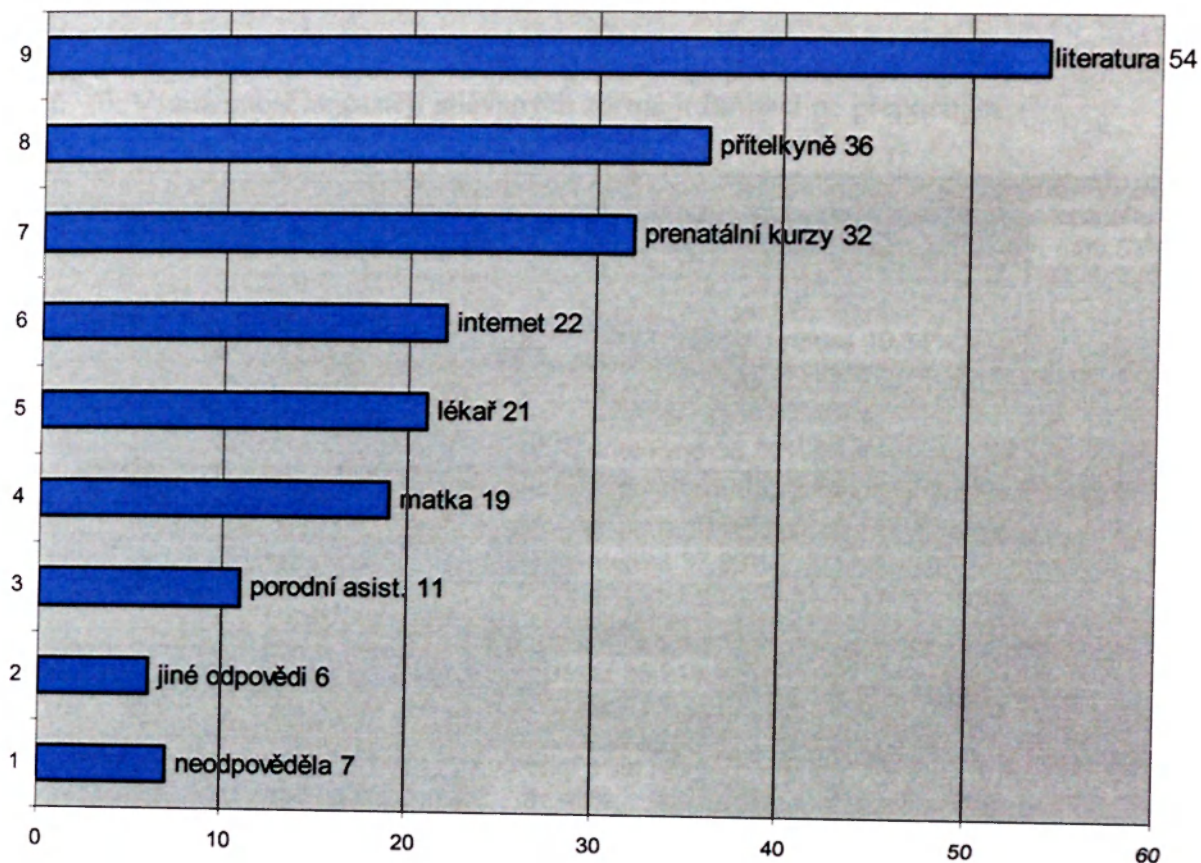
Graf č. 8: Způsob získávání informací a četnost



Položka č. 13 - jaký způsob získávání informací označily respondentky za nejpřínosnější

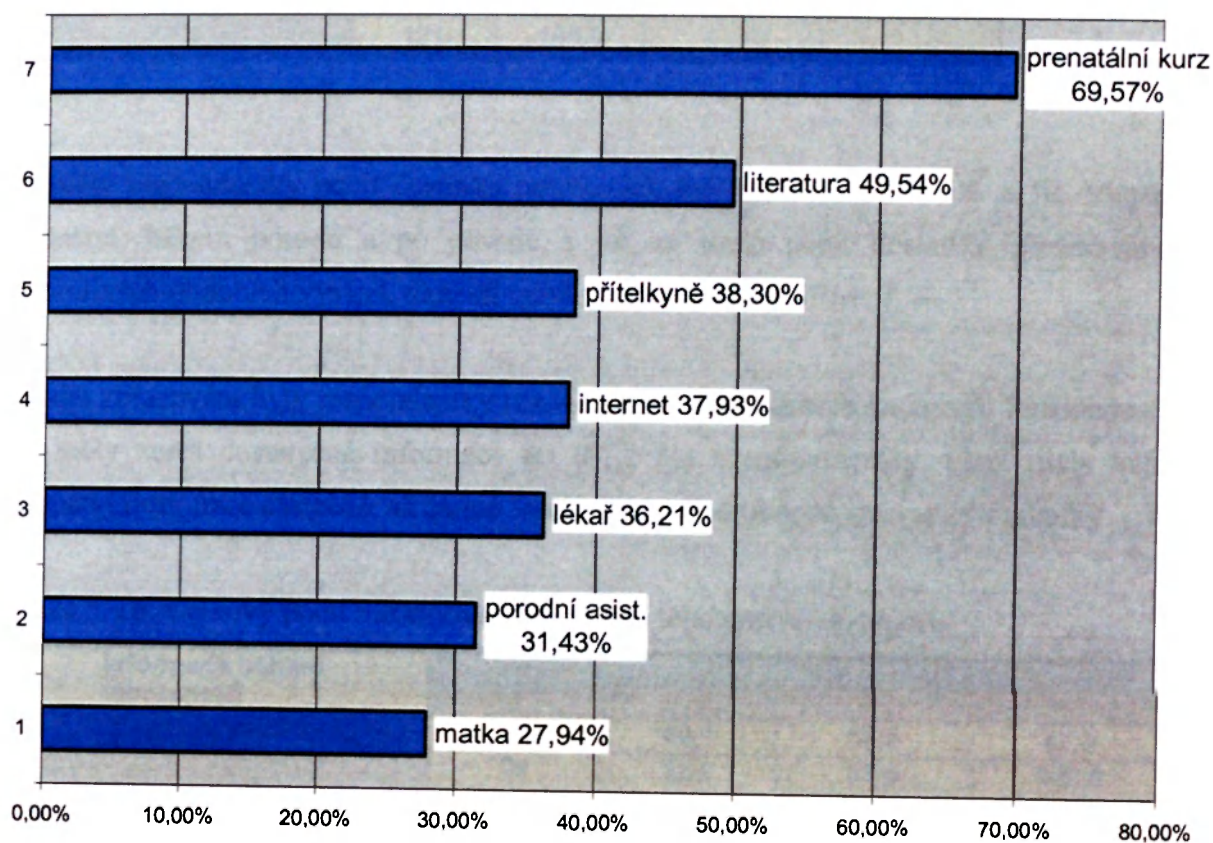
Jako nejpřínosnější způsob získávání informací označilo literaturu 54 respondentek (26 %), kamarádky a přítelkyně označilo 36 respondentek (17,3 %), prenatální kurz označilo 32 respondentek (15,4 %), internet označilo 22 respondentek (10,6 %), lékaře označilo 21 respondentek (10,1 %), matku označilo 19 respondentek (9,1 %), porodní asistentku označilo 11 respondentek (5,3 %), jiný způsob uvedlo 6 respondentek (2,9 %), neodpovědělo 7 respondentek (3,4 %).

Graf č. 9: Jaký způsob informací byl nejpřínosnější



Po přepočítání, jakým způsobem respondentky v těhotenství informace získávaly a pak je následně označily za nejpřínosnější, se však důležitost způsobu informování z jednotlivých zdrojů určitým způsobem změnila. Prenatální kurz navštěvovalo 46 respondentek a následně ho označilo za nejpřínosnější 32 respondentek tj. 69,57 %. Z literatury čerpalo informace 109 respondentek a následně ji označilo za nejpřínosnější 54 respondentek tj. 49,54 %. Od přítelkyně získávalo informace 94 respondentek a následně je označilo za nejpřínosnější 36 respondentek tj. 38,30 %. Z internetu čerpalo informace 58 respondentek a následně ho označilo za nejpřínosnější 22 respondentek tj. 37,93 %. Od lékaře získávalo informace 58 respondentek a následně je označilo za nejpřínosnější 21 respondentek tj. 36,21 %. Od porodní asistentky získávalo informace 35 respondentek a následně je označilo za nejpřínosnější 11 respondentek tj. 31,43 %. Od matky získávalo informace 68 respondentek a následně je označilo za nejpřínosnější 19 respondentek tj. 27,94 %.

Graf č. 10: Významnost nejčastěji udávaných zdrojů informací po přepočítání



Položka č. 14 - pocit informovanosti respondentek

Celkově, po sloučení, se respondentky během těhotenství cítily informovány: zcela dostatečně 80 respondentek (66,1 %), částečně 38 respondentek (31,4 %), nedostatečně 1 respondentka (0,8 %), 2 respondentky neodpověděly (1,7 %) a pocit žádných informací neuvedla žádná respondentka.

Tabulka č. 15: Celkový pocit informovanosti během těhotenství

| Celkový pocit informovanosti během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Nedostatečné | 1 | ,8 | ,8 | ,8 |
| | 2 Částečné | 38 | 31.4 | 31.9 | 32.7 |
| | 3 Zcela dostatečné | 80 | 66.1 | 67.2 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Jaký měly respondentky pocit dostatku potřebných informací během I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se tento pocit dostatku informovanosti v jednotlivých obdobích vyvíjel, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 6.

Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do následujících kategorií: Respondentky, které měly zcela dostatečné informace 80 (67,2 %) a respondentky, které měly během těhotenství informace částečné, až žádné 39 (32,8 %). Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

Tabulka č. 16: Celkový pocit informovanosti během těhotenství - kategorie

| Informace během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela dostatečné | 80 | 66,1 | 67,2 | 67,2 |
| | 2 Žádné až částečné | 39 | 32,2 | 32,8 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | System | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Položka č. 15 - pocit úzkosti u respondentek

Celkově, po sloučení, se respondentky během těhotenství cítily takto úzkostné: žádnou úzkost nepocíťovalo 28 respondentek (23,1 %), slabou úzkost pocíťovalo 59 respondentek (48,8 %), pocit silné úzkosti uvedlo 31 respondentek (25,6 %), velmi silnou úzkost pocíťovala 1 respondentka (0,8 %), neodpověděly 2 respondentky (1,7 %).

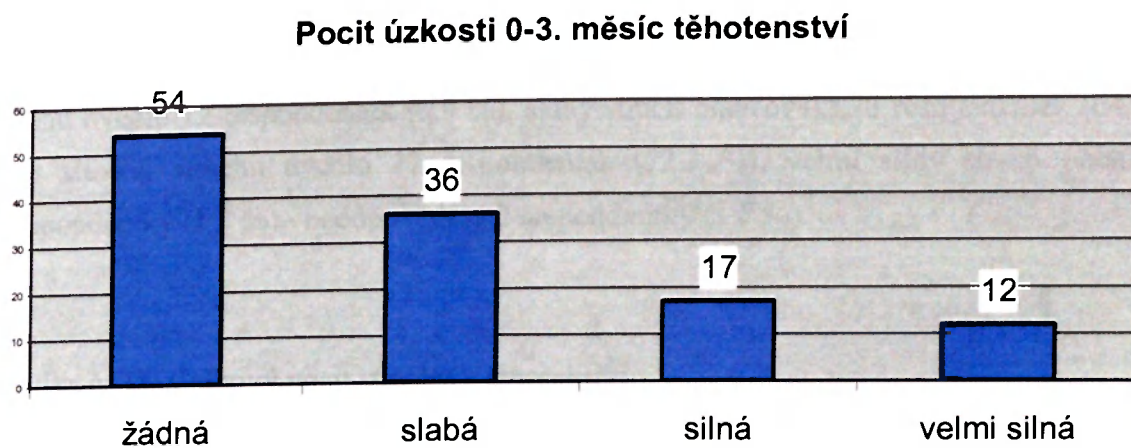
Tabulka č. 17: Celkový pocit úzkosti během těhotenství

| Celkový pocit úzkosti během těhotenství | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>0 Žádná</i> | 28 | 23,1 | 23,5 | 23,5 |
| <i>1 Slabá</i> | 59 | 48,8 | 49,6 | 73,1 |
| <i>Valid 2 Silná</i> | 31 | 25,6 | 26,1 | 99,2 |
| <i>3 Velmi silná</i> | 1 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing Neví, neodpovídá</i> | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | | |

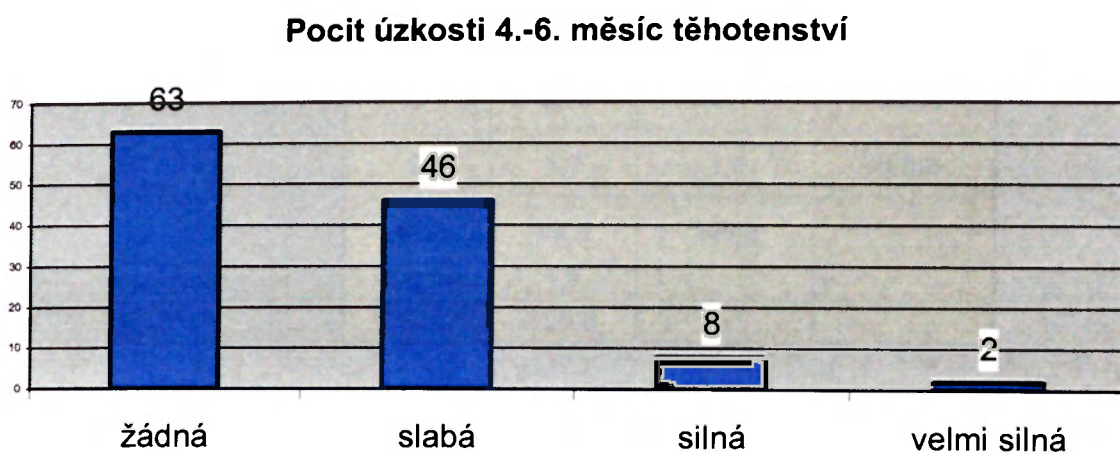
Jaký měly respondentky pocit úzkosti během I, II, III trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se tento pocit úzkosti v jednotlivých obdobích vyvíjel, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 7.

Jak prožívaly respondentky úzkost v jednotlivých trimestrech těhotenství ukazují následující grafy.

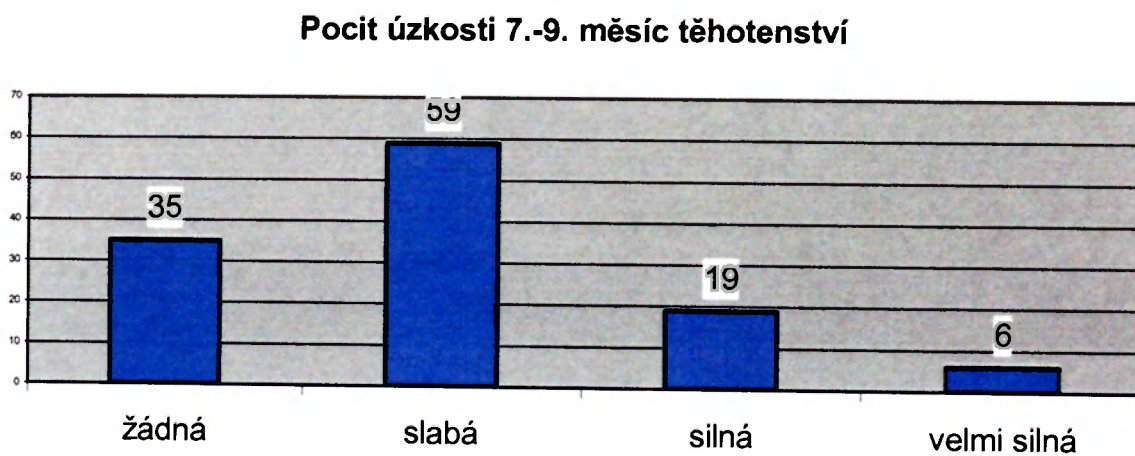
Graf č. 11



Graf č. 12



Graf č. 13



Položka č. 16a - pocit strachu u respondentek

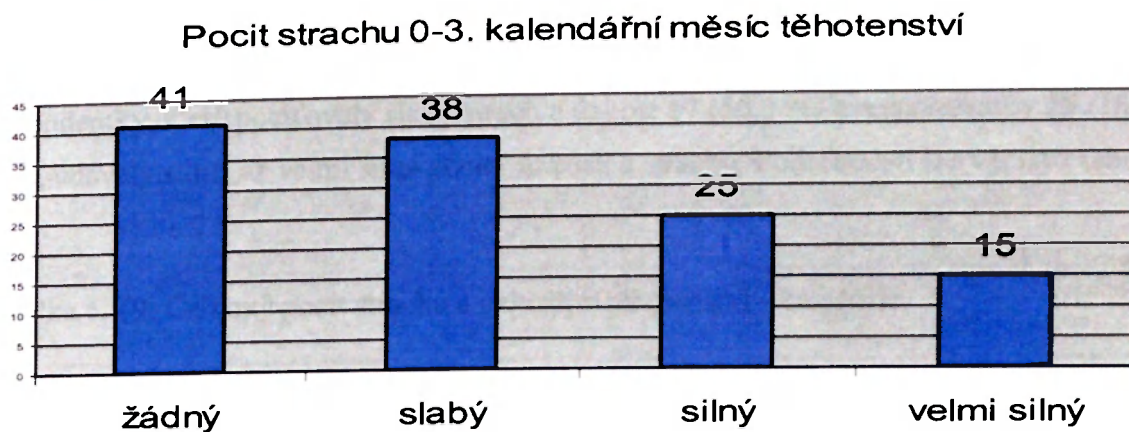
Celkově, po sloučení, respondentky během těhotenství pociťovaly strach takto: žádný pocit strachu uvedlo 12 respondentek (9,9 %), slabý strach pociťovalo 78 respondentek (64,5 %), pocit silného strachu uvedlo 27 respondentek (22,3 %), velmi silný strach pociťovaly 2 respondentky (1,7 %), neodpověděly 2 respondentky (1,7 %).

Tabulka č. 18: Celkový pocit strachu v těhotenství

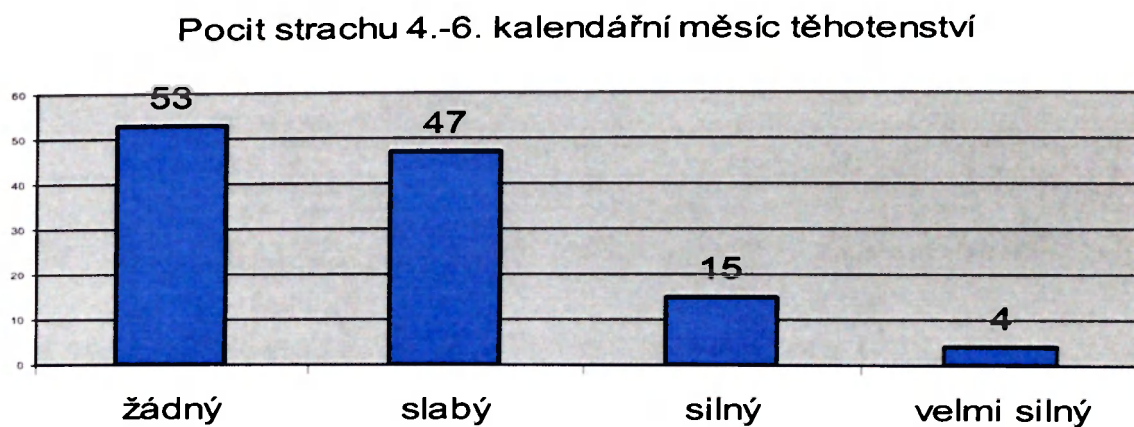
| Celkový pocit strachu | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|------------------------------|-------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | <i>0 Žádný</i> | 12 | 9,9 | 10,1 | 10,1 |
| | <i>1 Slabý</i> | 78 | 64,5 | 65,5 | 75,6 |
| | <i>2 Silný</i> | 27 | 22,3 | 22,7 | 98,3 |
| | <i>3 Velmi silný</i> | 2 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | <i>Neví, neodpovídá</i> | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Jaký měly respondentky pocit strachu během I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se tento pocit strachu v jednotlivých obdobích vyvíjel, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 8. Jak prožívaly respondentky strach v jednotlivých trimestrech těhotenství ukazují následující grafy.

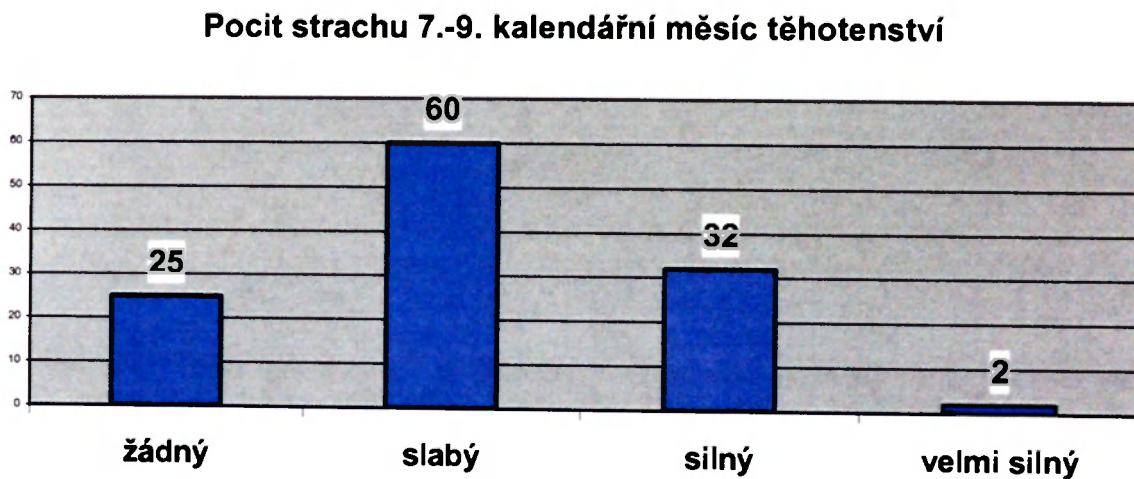
Graf č. 14



Graf č. 15



Graf č. 16



Pro další zpracování byl pocit strachu a úzkosti v těhotenství u respondentek spojen do jedné kategorie s názvem strach a úzkost během těhotenství a respondentky byly rozděleny do tří kategorií: Respondentky, které nepocitovaly žádný strach a úzkost 30 (25,2 %), respondentky, které pocitovaly slabý strach a úzkost 67 (56,3 %) a respondentky 22 (18,5 %) které, udávaly silné, až velmi silné pocity úzkosti a strachu. Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

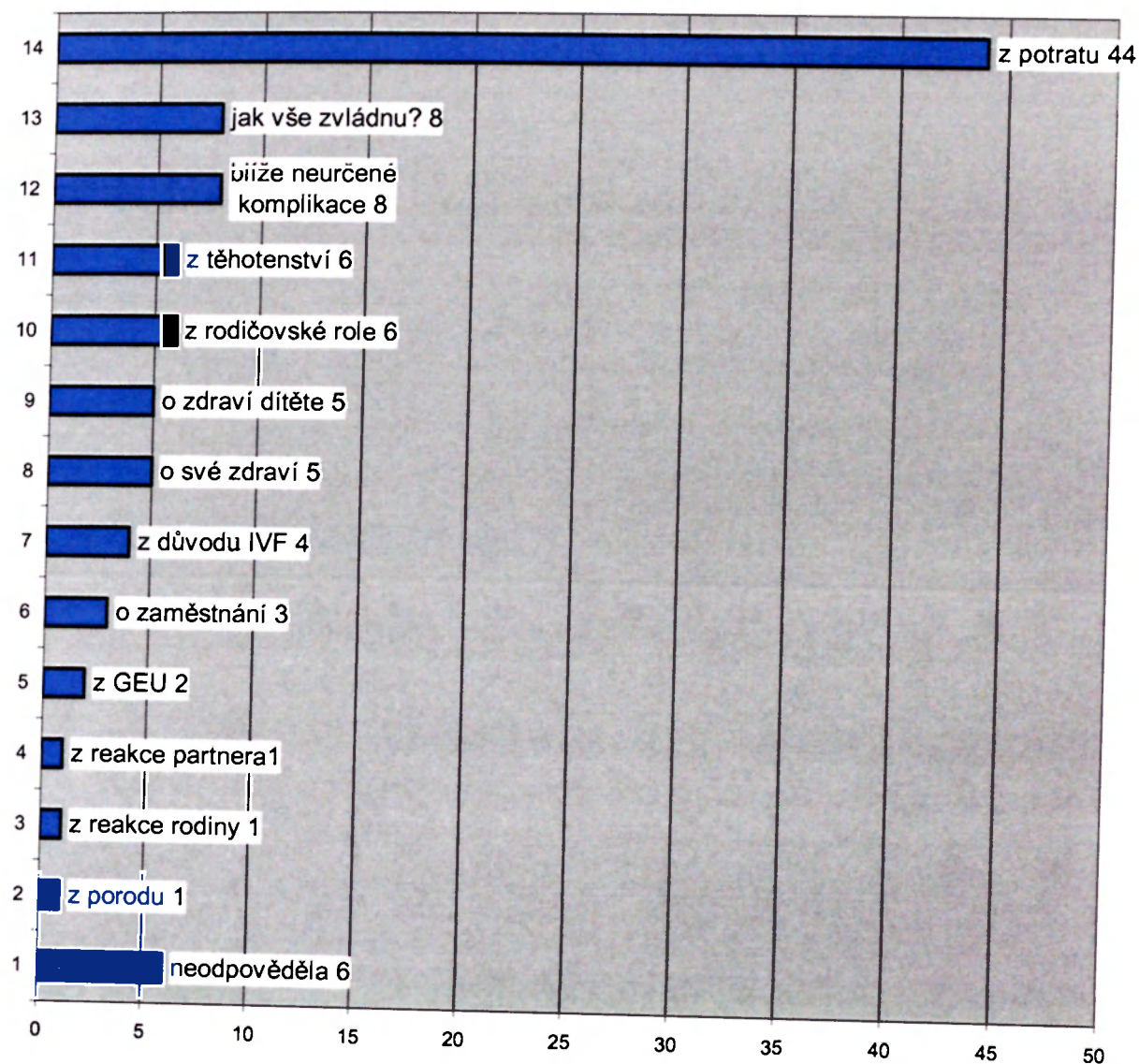
Tabulka č. 19: Celkový pocit strachu a úzkosti v těhotenství - kategorie

| Strach a úzkost během těhotenství | | | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------------|------------------------|-----|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Žádný | 30 | 24,8 | 25,2 | 25,2 |
| | 2 Slabý | 67 | 55,4 | 56,3 | 81,5 |
| | 3 Silný až velmi silný | 22 | 18,2 | 18,5 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | System | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

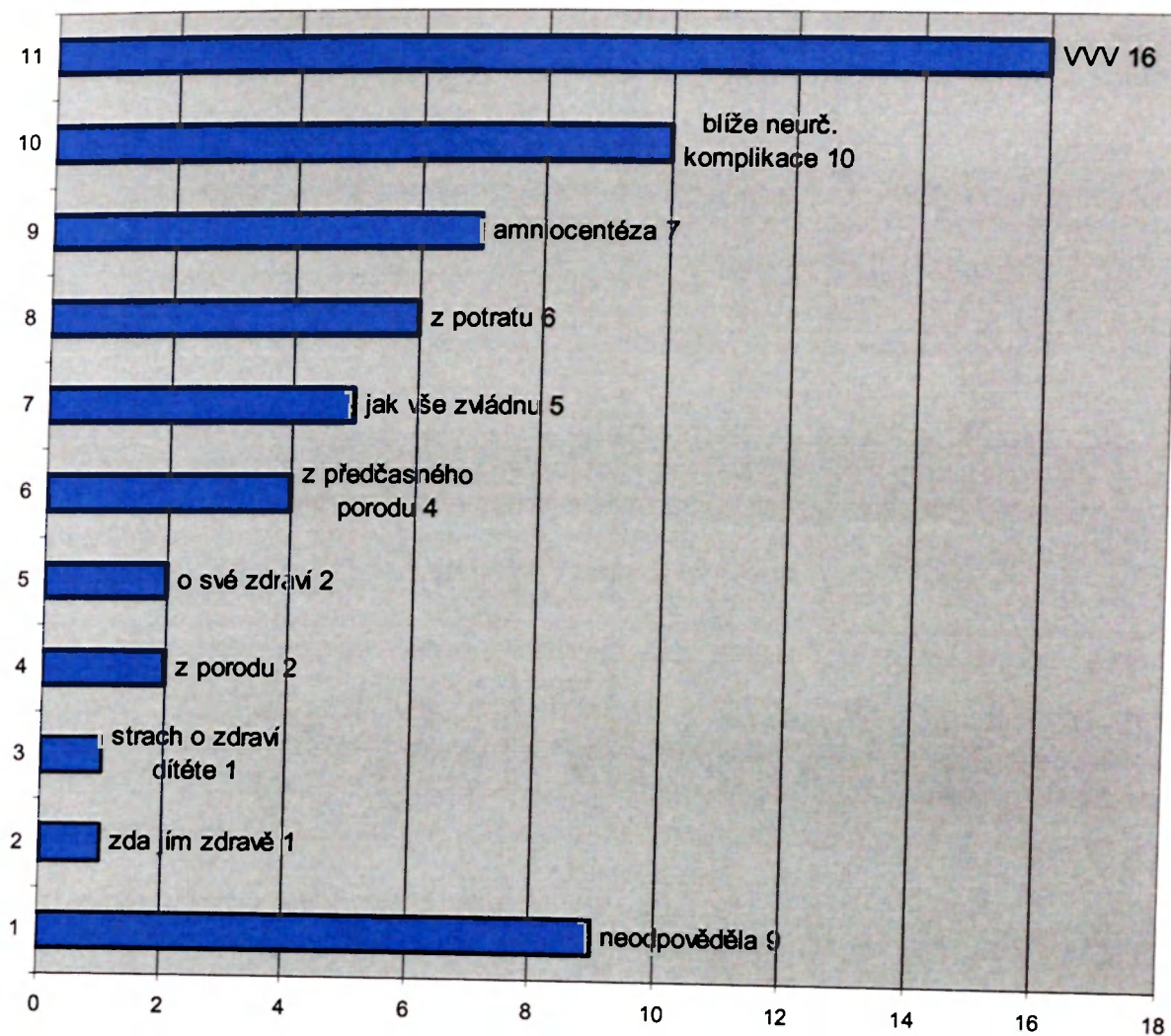
Položka č. 16b důvody strachu u respondentek

Kolik respondentek a z jakých důvodů pociťovaly respondentky strach během I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se tyto důvody strachu v jednotlivých obdobích měnily, ukazují následující grafy.

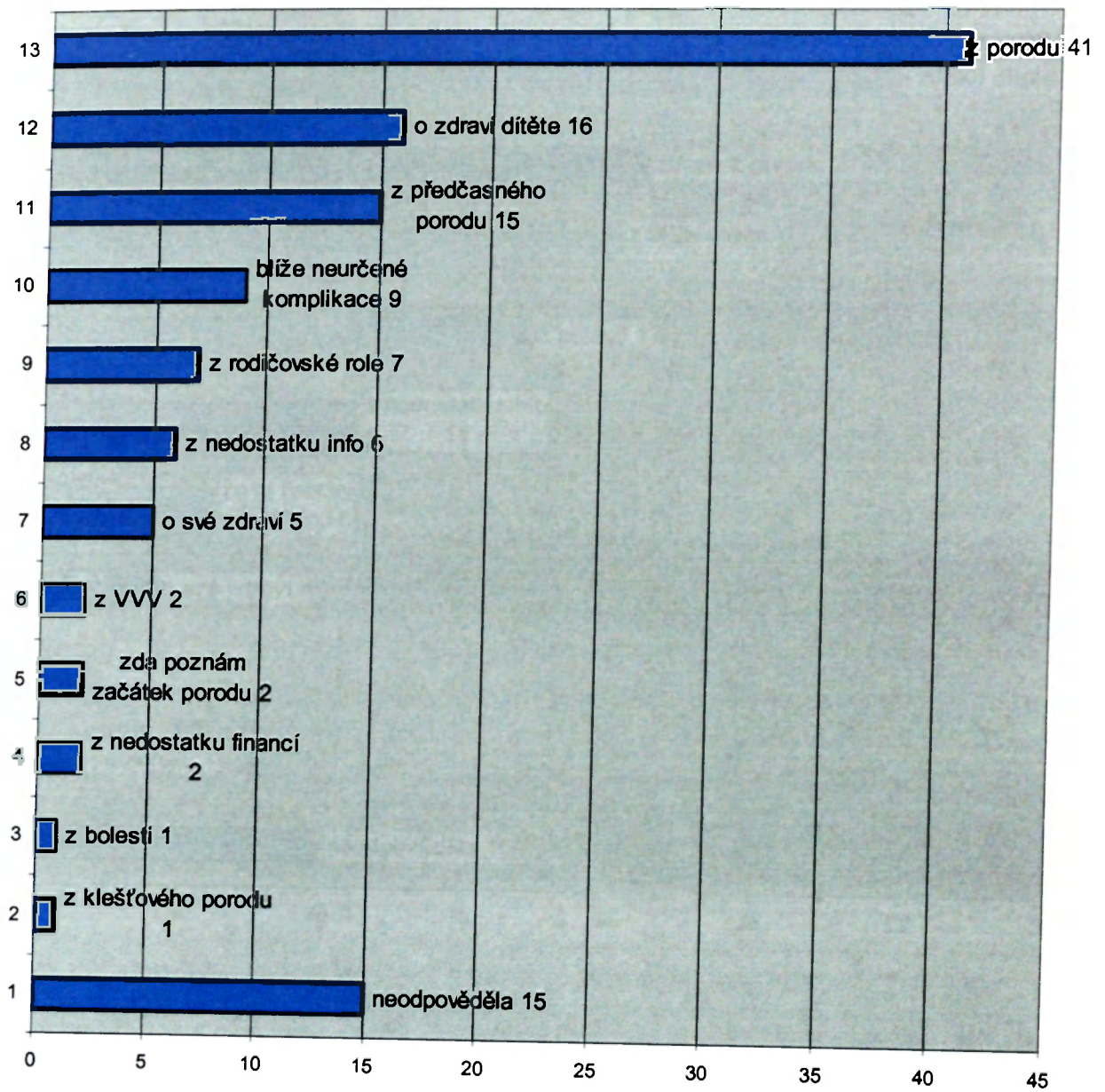
Graf č. 17: Důvody strachu 0.-3. kalendářní měsíc těhotenství a jejich četnost



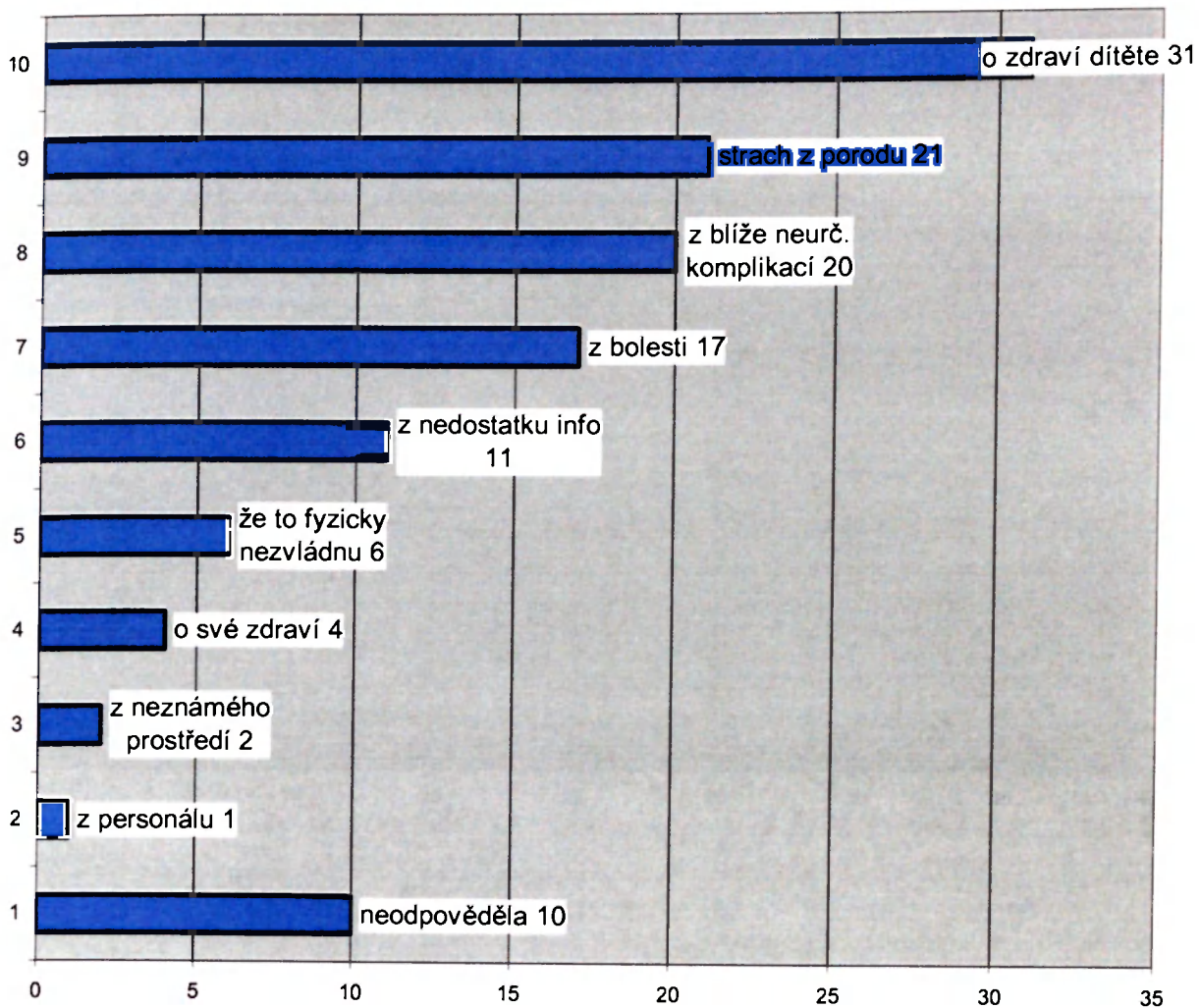
Graf č. 18: Důvody strachu 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství a jejich četnost



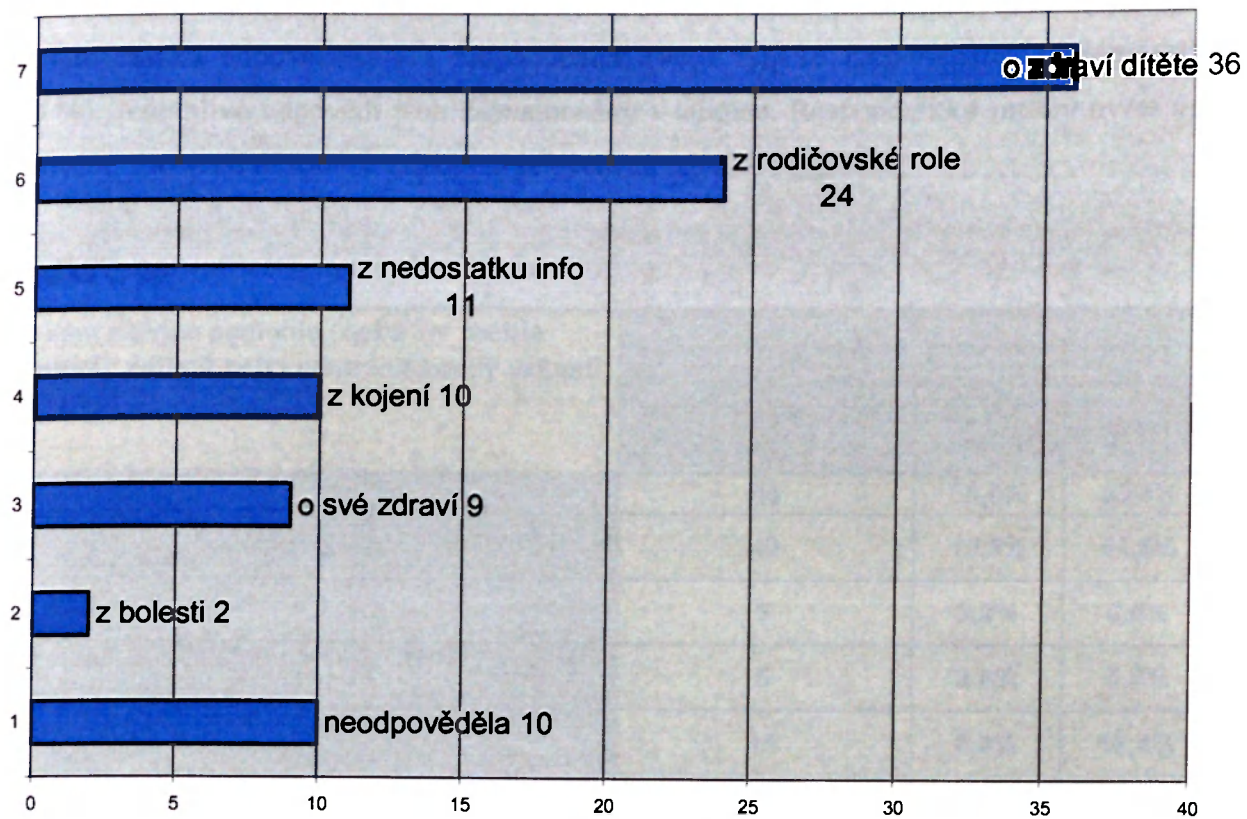
Graf č. 19: Důvody strachu 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství a jejich četnost



Graf č. 20: Důvody strachu během porodu a jejich četnost



Graf č. 21: Důvody strachu pc porodu a jejich četnost



Položka č. 17 - co nejvíce respondentkám pomohlo (nebo by mohlo pomoci) zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu

Na tuto otázku odpovědělo 111 respondentek (96,0 %), 10 respondentek neodpovědělo (4,0 %). Jednotlivé odpovědi jsou zaznamenány v tabulce. Respondentky mohly uvést více odpovědí. Pro větší názornost odpovědí je uvedena tabulka i graf.

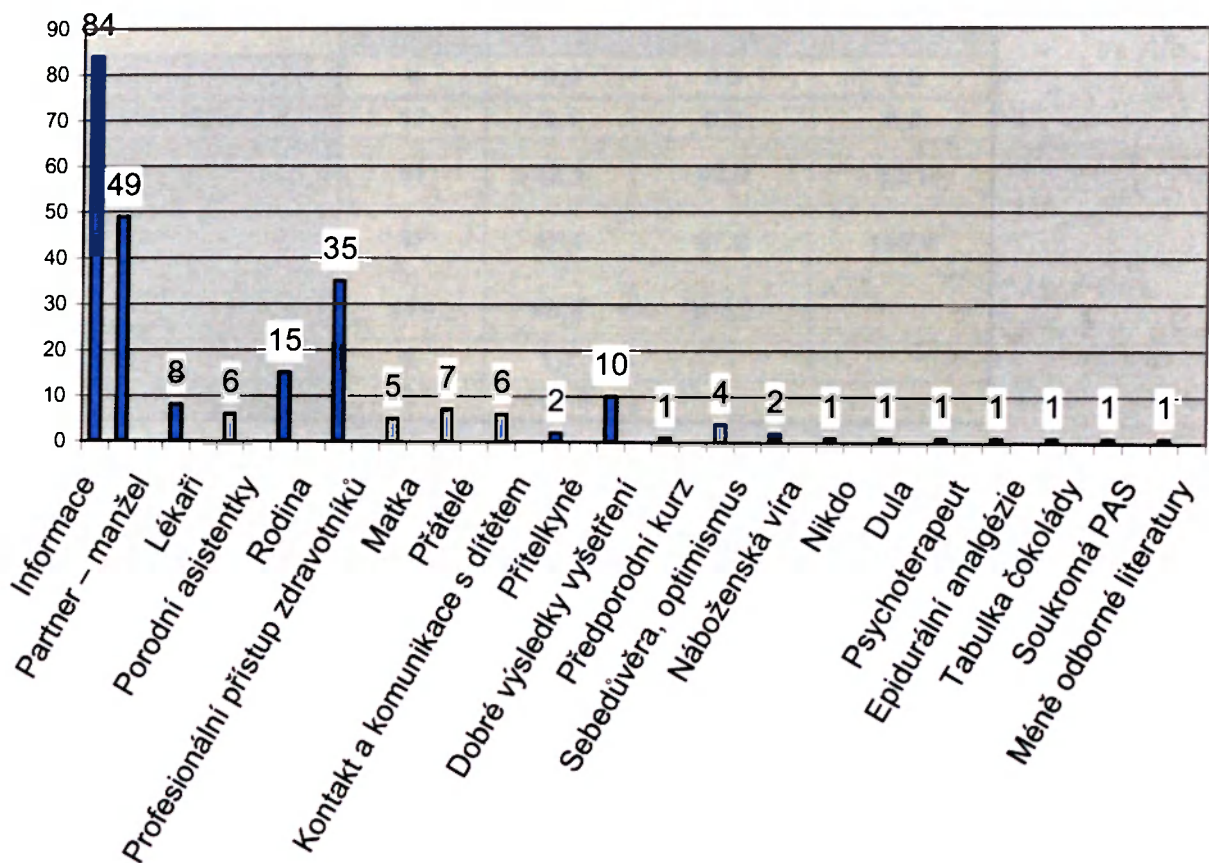
Tabulka č. 20

| Co Vám nejvíce pomohlo (nebo by mohlo pomoci) zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu | Responses | | Percent of Cases |
|---|-----------|---------|------------------|
| | N | Percent | |
| Informace | 84 | 33,5% | 69,4% |
| Partner – manžel | 49 | 19,5% | 40,5% |
| Lékaři | 8 | 3,2% | 6,6% |
| Porodní asistentky | 6 | 2,4% | 5,0% |
| Rodina | 15 | 6,0% | 12,4% |
| Profesionální přístup zdravotníků | 35 | 13,9% | 28,9% |
| Matka | 5 | 2,0% | 4,1% |
| Přátelé | 7 | 2,8% | 5,8% |
| Kontakt a komunikace s dítětem | 6 | 2,4% | 5,0% |
| Přítelkyně | 2 | 0,8% | 1,7% |
| Dobré výsledky vyšetření | 10 | 4,0% | 8,3% |
| Předporodní kurz | 1 | 0,4% | ,8% |
| Sebedůvěra, optimismus | 4 | 1,6% | 3,3% |
| Náboženská víra | 2 | 0,8% | 1,7% |
| Nikdo | 1 | 0,4% | ,8% |
| Důla | 1 | 0,4% | ,8% |
| Psychoterapeut | 1 | 0,4% | ,8% |
| Epidurální analgezie | 1 | 0,4% | ,8% |

| | | | |
|-------------------------|-----|--------|--------|
| Tabulka čokolády | 1 | 0,4% | ,8% |
| Soukromá PAS | 1 | 0,4% | ,8% |
| Méně odborné literatury | 1 | 0,4% | ,8% |
| neví, neodpovídá | 10 | 4,0% | 8,3% |
| Total a Group | 251 | 100,0% | 207,4% |

Graf č. 22

Co nejvíce pomohlo nebo by mohlo pomoci odstranit pocity strachu a úzkosti



Z výsledků vyplývá, že respondentkám nejvíce pomáhají zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu v těhotenství informace, podpora partnera a profesionální přístup zdravotníků. Je patrné, že mimo podpory partnera mohou zdravotníci významně pomoci těhotným ženám zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu.

Položka č. 18 - pocit jistoty a bezpečí u respondentek

Celkově, po sloučení, označily respondentky svůj pocit jistoty a bezpečí během těhotenství takto: 57 respondentek (47,1 %) mělo úplný pocit jistoty a bezpečí, 51 respondentek (42,1 %) mělo dostačující pocit jistoty a bezpečí, 11 respondentek (9,1 %) označilo svůj pocit jistoty a bezpečí za nedostačující a možnost žádný pocit jistoty a bezpečí neuvedla žádná respondentka. 2 respondentky (1,7 %) neodpověděly.

Tabulka č. 21: Celkový pocit jistoty a bezpečí během těhotenství

| Celkový pocit jistoty a bezpečí během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 Žádný | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 1 Nedostačující | 11 | 9,1 | 9,2 | 9,2 |
| | 2 Dostačující | 51 | 42,1 | 42,9 | 52,1 |
| | 3 Úplný | 57 | 47,1 | 47,9 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Jaký měly respondentky pocit jistoty a bezpečí v I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se tento pocit jistoty a bezpečí v jednotlivých obdobích vyvíjel, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 9.

Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do dvou kategorií. Respondentky, které měly během těhotenství úplný pocit jistoty a bezpečí 59 (49,8 %) a respondentky 60 (50,4 %), které udávaly pocit jistoty a bezpečí jako dostačující až žádný. Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

Tabulka č. 22: Celkový pocit jistoty a bezpečí během těhotenství – kategorie

| Jistota a bezpečí během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------------------|------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Úplné | 59 | 48,8 | 49,6 | 49,6 |
| | 2 Žádné až dostačující | 60 | 49,6 | 50,4 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | System | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Položka č. 19 - spokojenost respondentek s péčí lékařů

Celkově, po sloučení, byly respondentky spokojeny s péčí lékařů takto: zcela spokojeno s péčí lékařů bylo 84 respondentek (69,4 %), spíše spokojeno s péčí lékařů bylo 34 respondentek (28,1 %), spíše nespokojeny s péčí lékařů byly 3 respondentky (2,5 %) a možnost rozhodně nespokojena s péčí lékařů neuvedla žádná respondentka (0 %).

Tabulka č. 23: Celková spokojenost s péčí lékařů během těhotenství

| Spokojenost s péčí lékařů celkově během těhotenství: | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela ano | 84 | 69,4 | 69,4 | 69,4 |
| | 2 Spíše ano | 34 | 28,1 | 28,1 | 97,5 |
| | 3 Spíše ne | 3 | 2,5 | 2,5 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Jaká byla spokojenost s péčí lékařů v I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se spokojenost s péčí lékařů v jednotlivých obdobích vyvíjela, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 10.

Položka č. 19 - spokojenost respondentek s péčí sester

Celkově, po sloučení, byly respondentky spokojeny s péčí sester takto: zcela spokojeno s péčí sester bylo 97 respondentek (80,2 %), spíše spokojeno s péčí sester bylo 19 respondentek (15,7 %), spíše nespokojeny s péčí sester bylo 5 respondentek (4,1 %) a možnost rozhodně nespokojena s péčí sester neuvedla žádná respondentka (0 %).

Tabulka č. 24: Celková spokojenost s péčí sester během těhotenství

| Spokojenost s péčí sester celkově během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela ano | 97 | 80,2 | 80,2 | 80,2 |
| | 2 Spíše ano | 19 | 15,7 | 15,7 | 95,9 |
| | 3 Spíše ne | 5 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Jaká byla spokojenost s péčí sester v I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se spokojenost s péčí sester v jednotlivých obdobích vyvíjela, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 11.

Pro další zpracování byla spokojenost s péčí lékařů a sester spojena do jedné kategorie s názvem spokojenost s péčí personálu během těhotenství. Respondentky byly rozděleny do dvou kategorií: Respondentky, které byly spokojeny s péčí personálu 116 (95,9 %) a respondentky 5 (4,1 %), které nebyly spokojeny s péčí personálu. Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

Tabulka č. 25: Celková spokojenost s péčí personálu během těhotenství - kategorie

| Spokojenost s péčí personálu během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Ano | 116 | 95,9 | 95,9 | 95,9 |
| | 2 Ne | 5 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 20 - průběh jednotlivých období u respondentek (ve smyslu komplikací)

Celkově, po sloučení, označily respondentky průběh svého těhotenství jako: zcela bez komplikací 60 respondentek (49,6 %), menší komplikace uvedlo 56 respondentek (46,3 %), větší komplikace uvedlo 5 respondentek (7,4 %), možnost velmi komplikovaný průběh těhotenství neuvedla žádná respondentka (0 %). Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do tří kategorií. Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

Tabulka č. 26: Celkové komplikace během těhotenství – kategorie

| Komplikace během těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 Zcela bez | 60 | 49,6 | 49,6 | 49,6 |
| | 2 Menší | 56 | 46,3 | 46,3 | 95,9 |
| | 3 Větší až velké | 5 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Jak respondentky označily (ve smyslu komplikací) průběh v I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se pocit komplikací u respondentek v jednotlivých obdobích vyvíjel, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 12.

Položka č. 21 - odhad vlastní psychické stability u respondentek - úzkostnost

Ve sledovaném souboru se jako velmi úzkostné označilo 6 respondentek (5 %), jako úzkostné se označilo 26 respondentek (21,5 %), 69 respondentek (57 %) se označilo jako mírně úzkostné a 20 respondentek (16,5 %) uvedlo, že nemívají úzkost.

Tabulka č. 27: Úzkostnost respondentek

| Sama sebe byste hodnotila jako člověka, který | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Je velmi úzkostný | 6 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| | 2 Je úzkostný | 26 | 21,5 | 21,5 | 26,4 |
| | 3 Je mírně úzkostný | 69 | 57,0 | 57,0 | 83,5 |
| | 4 Nemívá úzkost | 20 | 16,5 | 16,5 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do dvou kategorií. Pro respondentky, které se označily jako velmi úzkostné a úzkostné byla spojením vytvořena kategorie – úzkostná 32 respondentek (26,4 %) a pro respondentky, které se označily jako mírně úzkostné a nemívá úzkost, byla spojením vytvořena kategorie – bez úzkosti 89 respondentek (73,6 %). Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

Tabulka č. 28: Úzkostnost respondentek - kategorie

| Hodnocení úzkostnosti | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Úzkostná | 32 | 26,4 | 26,4 | 26,4 |
| | 2 Bez úzkosti | 89 | 73,6 | 73,6 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 22 - odhad vlastní psychické stability u respondentek – strach ve vypjatých životních situacích

Na položenou otázku: Myslíte si, že ve vypjatých životních situacích trpíte silným strachem?, odpovědělo 9 respondentek (7,4 %) rozhodně ano, 62 respondentek (51,2 %) odpovědělo spíše ano, 44 respondentek (36,4 %) odpovědělo spíše ne a 6 respondentek (5 %) zvolilo odpověď určitě ne, zvládám dobře těžké situace.

Tabulka č. 29: Strach ve vypjatých situacích

| Myslíte si, že ve vypjatých životních situacích trpíte silným strachem | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---|---|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| | 1 Rozhodně ano | 9 | 7,4 | 7,4 | 7,4 |
| | 2 Spíše ano | 62 | 51,2 | 51,2 | 58,7 |
| <i>Valid</i> | 3 Spíše ne | 44 | 36,4 | 36,4 | 95,0 |
| | 4 Určitě ne, zvládám dobře těžké situace | 6 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do dvou kategorií: Respondentky, které se označily, že rozhodně a spíše trpí velkým strachem ve vypjatých životních situacích, byly společně zařazeny do kategorie ano – trpí silným strachem 71 respondentek (58,7 %) a respondentky, které se označily, že spíše a určitě netrpí velkým strachem ve vypjatých životních situacích, byly společně zařazeny do kategorie ne – netrpí silným strachem 50 respondentek (41,37 %). Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

Tabulka č. 30: Strach ve vypjatých situacích - kategorie

| Trpí silným strachem ve vypjatých situacích | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|--------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 Ano | 71 | 58,7 | 58,7 | 58,7 |
| | 2 Ne | 50 | 41,3 | 41,3 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 23 - spokojenost s bytovou situací u respondentek

Ve sledovaném souboru označilo svojí bytovou situaci jako za zcela vyhovující 58 respondentek (47,9 %), jako spíše vyhovující označilo svojí bytovou situaci 54 respondentek (44,6 %), 7 respondentek (5,8 %) označilo svojí bytovou situaci jako spíše nevyhovující a 2 respondentky (1,7 %) označilo svojí bytovou situaci jako zcela nevyhovující.

Tabulka č. 31: Spokojenost s bytovou situací

| Jak byste ohodnotila Vaši bytovou situaci | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>1 Zcela vyhovující</i> | 58 | 47,9 | 47,9 | 47,9 |
| <i>2 Spíše vyhovující</i> | 54 | 44,6 | 44,6 | 92,6 |
| <i>Valid 3 Spíše nevyhovující</i> | 7 | 5,8 | 5,8 | 98,3 |
| <i>4 Zcela nevyhovující</i> | 2 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 24 - materiální zázemí respondentek

Celkově, po sloučení, označily respondentky své materiální zázemí v těhotenství takto: za zcela vyhovující pokládá své materiální zázemí 68 respondentek (56,2 %), za spíše vyhovující pokládá své materiální zázemí 47 respondentek (38,8 %), za spíše nevyhovující pokládá své materiální zázemí 5 respondentek (4,1 %) a možnost zcela nevyhovujícího materiálního zázemí uvedla 1 respondentka (0,8 %).

Tabulka č. 32: Celková spokojenost s materiálním zázemím během těhotenství

| Materiální zázemí během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------------------|----------------------|------------|--------------|---------------|--------------------|
| | 1 Zcela vyhovující | 68 | 56,2 | 56,2 | 56,2 |
| | 2 Spíše vyhovující | 47 | 38,8 | 38,8 | 95,0 |
| Valid | 3 Spíše nevyhovující | 5 | 4,1 | 4,1 | 99,2 |
| | 4 Zcela nevyhovující | 1 | 0,8 | 0,8 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Jak respondentky hodnotily své materiální zázemí v I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se spokojenost s materiálním zázemím v jednotlivých obdobích vyvíjela, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 13.

Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do dvou kategorií: Respondentky, které označily své materiální zázemí v těhotenství za zcela vyhovující 68 respondentek (56,2 %) a na respondentky, které označily své materiální zázemí za spíše vyhovující, až zcela nevyhovující 53 respondentek (43,8 %).

Tabulka č. 33: Materiální zázemí během těhotenství - kategorie

| Materiální zázemí během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------------------|--|------------|--------------|---------------|--------------------|
| Valid | Zcela vyhovující | 68 | 56,2 | 56,2 | 56,8 |
| | Spíše vyhovující až zcela nevyhovující | 53 | 43,8 | 43,8 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Položka č. 25 - vztah respondentek s partnerem

Celkově, po sloučení, označily respondentky svůj vztah s partnerem v těhotenství takto: za velmi dobrý pokládá svůj vztah s partnerem 98 respondentek (80,9 %), za spíše dobrý pokládá svůj vztah s partnerem 14 respondentek (11,5 %), za spíše špatný označily svůj vztah s partnerem 4 respondentky (3,3 %) a za zcela špatný označily svůj vztah s partnerem rovněž 4 respondentky (3,3 %). 1 respondentka (0,8 %) se ke vztahu s partnerem nevyjádřila, napsala, že nemá partnera.

Tabulka č. 34: Vztah respondentek s partnerem během těhotenství

| Vztah s partnerem celkově během těhotenství | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| 1 <i>Velmi dobrý</i> | 98 | 80,9 | 81,7 | 81,7 |
| 2 <i>Spíše dobrý</i> | 14 | 11,5 | 11,6 | 93,3 |
| Valid 3 <i>Spíše špatný</i> | 4 | 3,3 | 3,3 | 96,7 |
| 4 <i>Zcela špatný</i> | 4 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| Total | 120 | 99,2 | 100,0 | |
| Missing 9 | 1 | 0,8 | | |
| Total | 121 | 100,0 | | |

Jak respondentky hodnotily svůj vztah s partnerem v I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se spokojenost ve vztahu s partnerem v jednotlivých obdobích vyvíjela, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 14.

Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do dvou kategorií: Respondentky, které se označily svůj vztah s partnerem během těhotenství za velmi dobrý 98 respondentek (81,7 %) a na respondentky, které se označily svůj vztah s partnerem během těhotenství jako spíše dobrý až zcela špatný 22 respondentek (18,3 %). Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

Tabulka č. 35: Vztah respondentek s partnerem během těhotenství – kategorie

| Vztah s partnerem během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Velmi dobrý | 98 | 81,0 | 81,7 | 81,7 |
| | 2 Spíše dobrý až zcela špatný | 22 | 18,2 | 18,3 | 100,0 |
| | Total | 120 | 99,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | 0,8 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Položka č. 26 - sociální zázemí respondentek

Celkově, po sloučení, označily respondentky svoje sociální zázemí v těhotenství takto: za velmi dobré pokládá své sociální zázemí 101 respondentek (83,5 %), za spíše dobrý pokládá své sociální zázemí 16 respondentek (13,2 %), za spíše špatný označily své sociální zázemí 4 respondentky (3,3 %) a za zcela špatný neoznačila své sociální zázemí žádná respondentka.

Tabulka č. 36: Sociální zázemí respondentek během těhotenství

| Sociální zázemí celkově během těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Velmi dobrý | 101 | 83,5 | 83,5 | 83,5 |
| | 2 Spíše dobrý | 16 | 13,2 | 13,2 | 96,7 |
| | 3 Spíše špatný | 4 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Jak respondentky hodnotily své sociální zázemí v I., II. a III. trimestru těhotenství, během porodu a po porodu a jak se sociální zázemí v jednotlivých obdobích vyvíjelo, ukazují tabulky, které jsou v příloze č. 15.

Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do dvou kategorií: Respondentky, které označily své sociální zázemí během těhotenství jako velmi dobré - 101 respondentek (81,0 %) a respondentky které označily své sociální zázemí během těhotenství jako spíše dobré až zcela špatné - 20 respondentek (16,5 %). Podrobnosti lze vyčíst z tabulky.

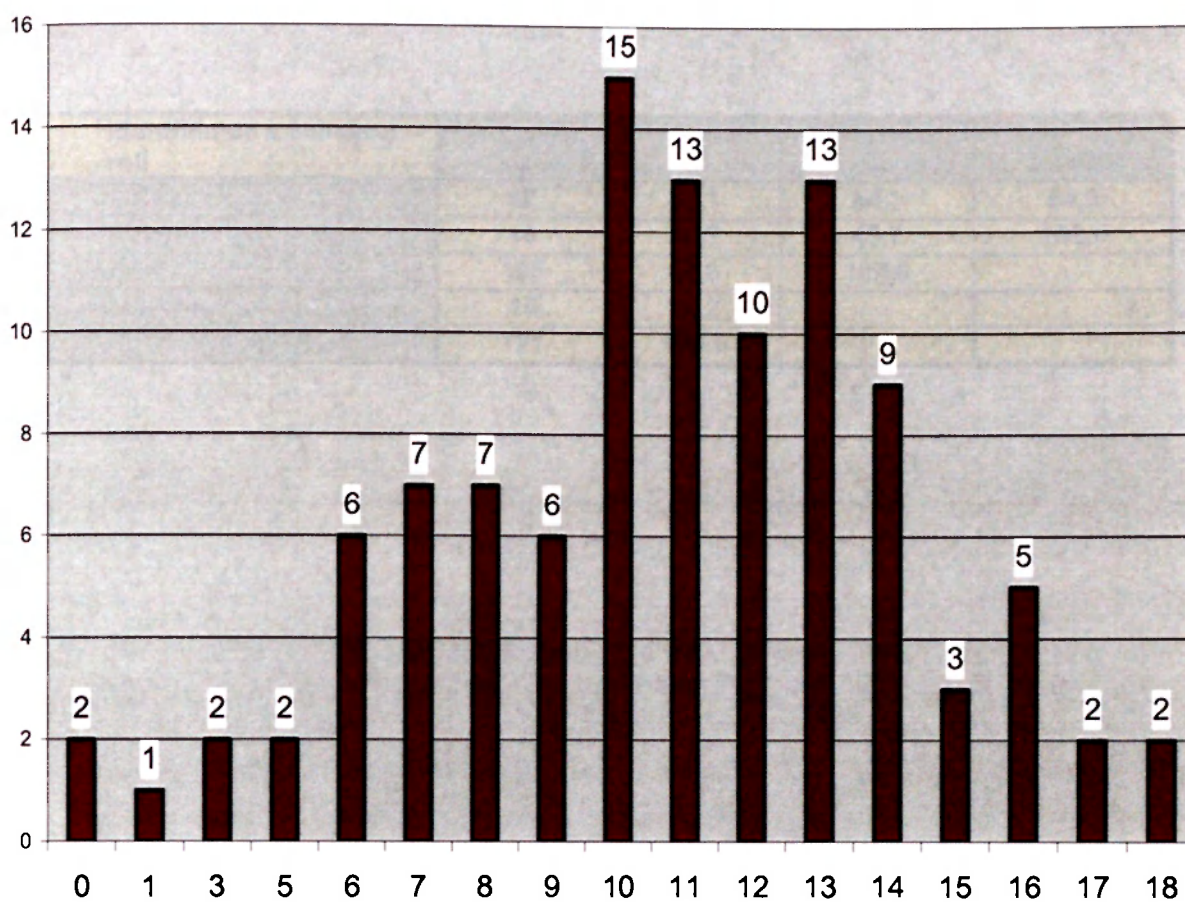
Tabulka č. 37: Sociální zázemí respondentek během těhotenství - kategorie

| Sociální zázemí během těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|--------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 <i>Velmi dobré</i> | 101 | 83,5 | 83,5 | 83,5 |
| | 2 <i>Spíše dobré až zcela špatné</i> | 20 | 16,5 | 16,5 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Identifikace s ženskou rolí

Test nedokončených vět vyplnilo 105 respondentek (86,8 %) a nevyplnilo 16 respondentek (13,2 %). Maximální možné ohodnocení bylo 19 bodů, celkový rozptyl dosažených bodů u respondentek byl od 0 do 18. Podrobnosti o dosažených bodech u respondentek lze vyčíst z grafu.

Graf č. 23: Identifikace respondentek s ženskou rolí podle počtu dosažených bodů



Celou skupinu respondentek jsme rozdělili na dvě podskupiny podle aritmetického průměru získaných bodů. Průměrná hodnota celé skupiny byla 10,6 bodů, ženy které dosáhly 10 bodů a méně, byly zařazeny mezi respondentky s nižší mírou identifikace s ženskou rolí, ženy s hodnotou 11 bodů a více, byly zařazeny mezi respondentky s vyšší mírou identifikace s ženskou rolí. Do skupiny respondentek s vyšší mírou identifikace s ženskou rolí bylo zařazeno 57 (54,3 %), do skupiny respondentek s nižší mírou identifikace s ženskou rolí bylo zařazeno 48 (45,7 %).

Tabulka č. 38: Identifikace s ženskou rolí u respondentek - kategorie

| Identifikace s ženskou rolí | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Ano | 57 | 47,1 | 54,3 | 54,3 |
| | 2 Ne | 48 | 39,7 | 45,7 | 100,0 |
| | Total | 105 | 86,8 | 100,0 | |
| Missing | System | 16 | 13,2 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

7.3 Interpretace výsledků standardizovaného dotazníku SUPOS 7

Psychická pohoda, pocit síly a energie

Ve sledovaném souboru vykazovalo v těhotenství 6 respondentek (14,6 %) nižší psychickou pohodu, pocit síly a energie, 29 respondentek (70,7 %) vykazovalo normální hladinu psychické pohody, pocitu síly a energie a 6 respondentek (14,6 %) vykazovalo v těhotenství vyšší psychickou pohodu, pocit síly a energie.

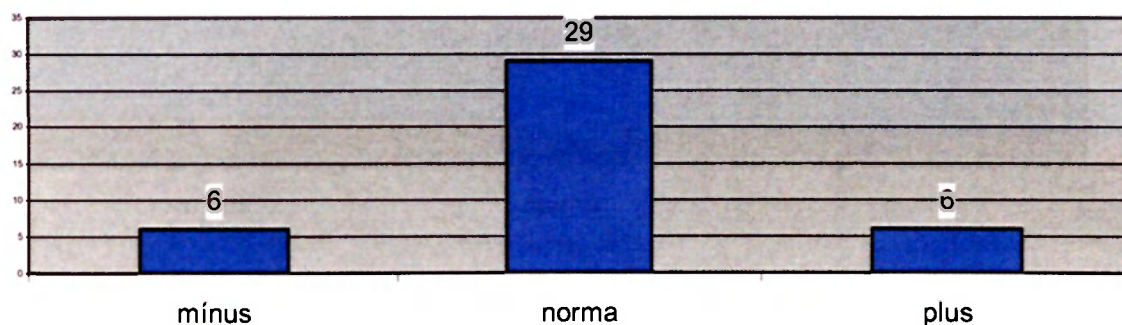
Tabulka č. 39: Psychická pohoda, pocit síly a energie

| Psychická pohoda, pocit síly a energie | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Mílus | 6 | 5,0 | 14,6 | 14,6 |
| | 2 Plus | 6 | 5,0 | 14,6 | 29,3 |
| | 3 Norma | 29 | 24,0 | 70,7 | 100,0 |
| | Total | 41 | 33,9 | 100,0 | |
| Missing | System | 80 | 66,1 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Z výsledků je patrné, že v psychické pohodě a v pocitu síly a energie byla většina respondentek v těhotenství v normě a pod normou tohoto pocitu byl stejný počet respondentek jako nad normou tohoto stavu. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny ještě v následujícím grafu.

Graf č. 24

Psychická pohoda, pocit síly a energie



Prahnutí po akci

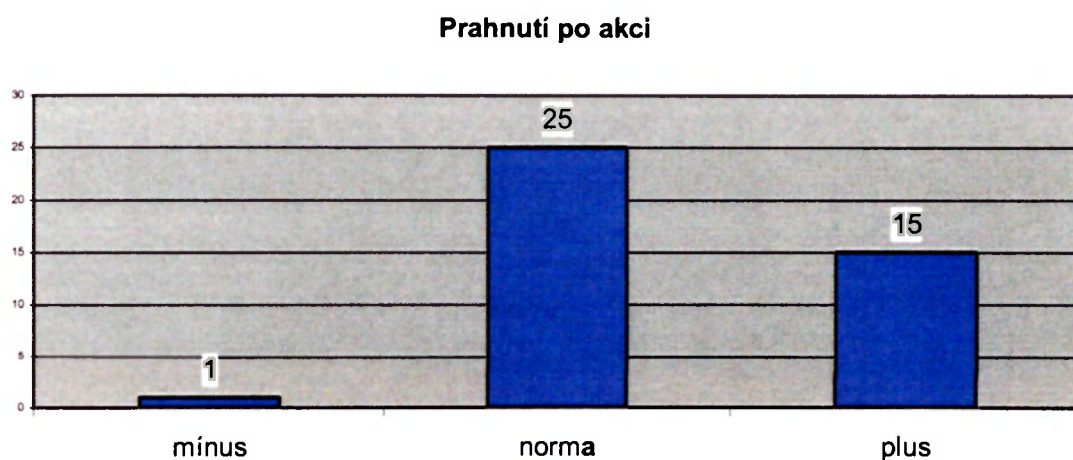
Ve sledovaném souboru vykazovala v těhotenství 1 respondentka (2,4 %) nižší prahnutí po akci, 25 respondentek (61,0 %) vykazovalo normální hladinu prahnutí po akci a 15 respondentek (36,6 %) vykazovalo v těhotenství vyšší prahnutí po akci.

Tabulka č. 40: Prahnutí po akci

| Prahnutí po akci | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Minus | 1 | 0,8 | 2,4 | 2,4 |
| | 2 Plus | 15 | 12,4 | 36,6 | 39,0 |
| | 3 Norma | 25 | 20,7 | 61,0 | 100,0 |
| | Total | 41 | 33,9 | 100,0 | |
| Missing System | 80 | 66,1 | | | |
| Total | 121 | 100,0 | | | |

Z výsledků je patrné, že v prahnutí po akci byla jen jedna respondentka v těhotenství pod stanovenou normu, velká část respondentek byla v těhotenství v normě a nad normou tohoto stavu byl poměrně velký počet respondentek. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny ještě v následujícím grafu.

Graf č. 25



Impulzivní reaktivita

Ve sledovaném souboru vykazovala v těhotenství 1 respondentka (2,4 %) nižší impulzivní reaktivitu, 16 respondentek (39,0 %) vykazovalo normální hladinu impulzivní reaktivity a 24 respondentek (58,5 %) vykazovalo v těhotenství vyšší impulzivní reaktivitu.

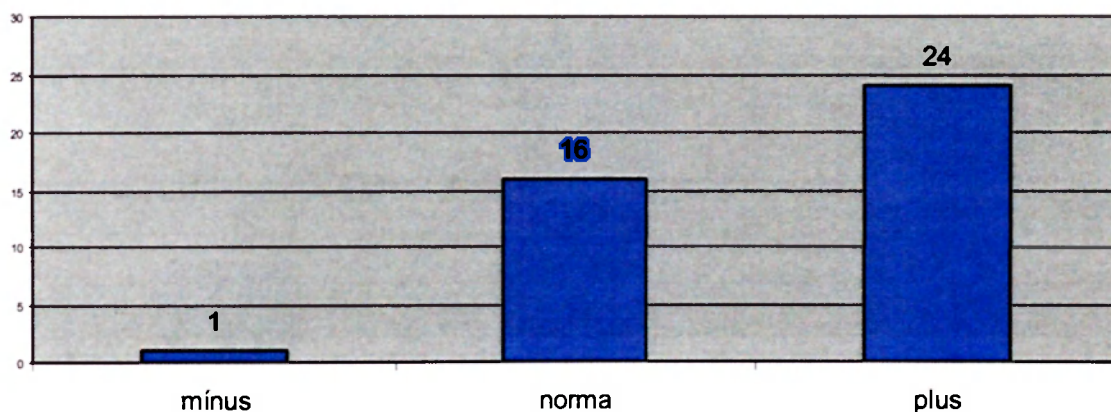
Tabulka č. 41: Impulzivní reaktivita

| Impulzivní reaktivita | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 1 Minus | 1 | 0,8 | 2,4 | 2,4 |
| 2 Plus | 24 | 19,8 | 58,5 | 61,0 |
| 3 Norma | 16 | 13,2 | 39,0 | 100,0 |
| Total | 41 | 33,9 | 100,0 | |
| Missing System | 80 | 66,1 | | |
| Total | 121 | 100,0 | | |

Z výsledků je patrné, že v impulzivní reaktivitě byla jen jedna respondentka v těhotenství pod stanovenou normu, velká část respondentek byla v těhotenství v normě a nad normou tohoto stavu byl nejvyšší počet respondentek. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny ještě v následujícím grafu.

Graf č. 26

Impulzivní reaktivita



Psychický nepokoj

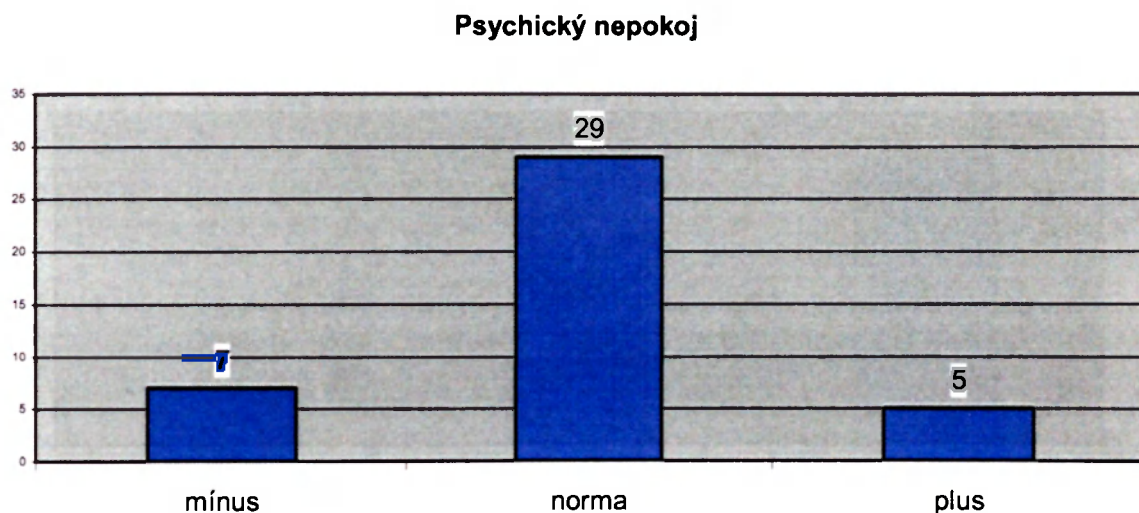
Ve sledovaném souboru vykazovaly v těhotenství 7 respondentek (17,1 %) nižší míru psychického nepokoje, 29 respondentek (70,7 %) vykazovalo normální hladinu psychického nepokoje a 5 respondentek (12,2 %) vykazovalo v těhotenství vyšší míru psychického nepokoje.

Tabulka č. 42: Psychický nepokoj

| Psychický nepokoj | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 1 Minus | 7 | 5,8 | 17,1 | 17,1 |
| 2 Plus | 5 | 4,1 | 12,2 | 29,3 |
| 3 Norma | 29 | 24,0 | 70,7 | 100,0 |
| Total | 41 | 33,9 | 100,0 | |
| Missing System | 80 | 66,1 | | |
| Total | 121 | 100,0 | | |

Z výsledků je patrné, že v psychickém nepokoji byla většina respondentek v těhotenství v normě a pod normou tohoto pocitu byl skoro stejný počet respondentek jako nad normou tohoto stavu. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny ještě v následujícím grafu.

Graf č. 27



Úzkost a obavy

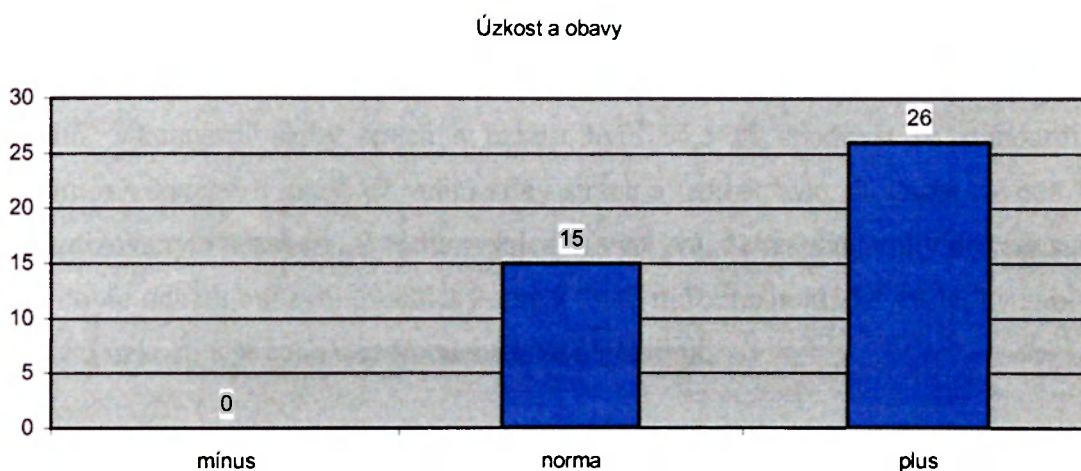
Ve sledovaném souboru nevykazovaly v těhotenství nižší míru úzkosti a obav žádné respondentky (0 %), 15 respondentek (36,6 %) vykazovalo normální hladinu úzkosti a obav a 26 respondentek (63,4 %) vykazovalo v těhotenství vyšší míru úzkostí a obav.

Tabulka č. 43: Úzkost a obavy

| Úzkost a obavy | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 2 Plus | 26 | 21,5 | 63,4 | 63,4 |
| | 3 Norma | 15 | 12,4 | 36,6 | 100,0 |
| | Total | 41 | 33,9 | 100,0 | |
| Missing | System | 80 | 66,1 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Z výsledků je patrné, že v úzkostech a obavách byla většina respondentek v těhotenství nad stanovenou normou, v normě byla v těhotenství přibližně jen třetina respondentek a pod normou tohoto stavu nebyla žádná respondentka. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny ještě v následujícím grafu.

Graf č. 28



Zajímalo nás, do jaké míry se shodují výsledky ze standardizovaného dotazníku s výsledky subjektivního vnímání úzkosti a strachu v těhotenství. Tak, jak respondentky samy označily svůj pocit strachu a úzkosti v těhotenství. Respondentky, které subjektivně označily, že během těhotenství neměly žádný pocit strachu a úzkosti, byly všechny tj. 100 % podle standardizovaného měření v normální hladině úzkosti a obav. Respondentky, které subjektivně označily, že během těhotenství měly slabý pocit strachu a úzkosti, byly podle standardizovaného měření z 35,5 % v normální hladině úzkosti a obav a z 64,5 % vykazovaly podle standardizovaného měření vyšší míru hladiny úzkosti a obav. Respondentky, které subjektivně označily, že během těhotenství prožívaly silný, až velmi silný pocit strachu a úzkosti, vykazovaly všechny tj. 100 % podle standardizovaného měření vyšší míru hladiny úzkosti a obav.

Tabulka č. 44: Porovnání subjektivního pocitu strachu a úzkosti se standardizovaným měřením

| | | Total | | u-Úzkost a obavy | |
|-----------------------------------|----------------------|-------|-------|------------------|-------|
| | | Count | Col % | Plus | Norma |
| | | | | Row % | Row % |
| Total | | 41 | 100,0 | 63,4 | 36,6 |
| Strach a úzkost během těhotenství | Žádný | 4 | 9,8 | | 100,0 |
| | Slabý | 31 | 75,6 | 64,5 | 35,5 |
| | Silný až velmi silný | 6 | 14,6 | 100,0 | |

V kategorii žádný strach a úzkost v těhotenství byla 100 % shodnost se standardizovaným šetřením, v kategorii slabý strach a úzkost byla 64,5 % shodnost se standardizovaným šetřením a v kategorii silný, až velmi silný strach a úzkost byla shodnost rovněž 100 % se standardizovaným šetřením. Z těchto výsledků vyplývá, že respondentky dokáží subjektivně velmi dobře odhadnout svůj psychický stav a tímto můžeme pokládat výsledky subjektivního prožívání úzkosti a strachu u respondentek za objektivní.

Deprese a vyčerpání

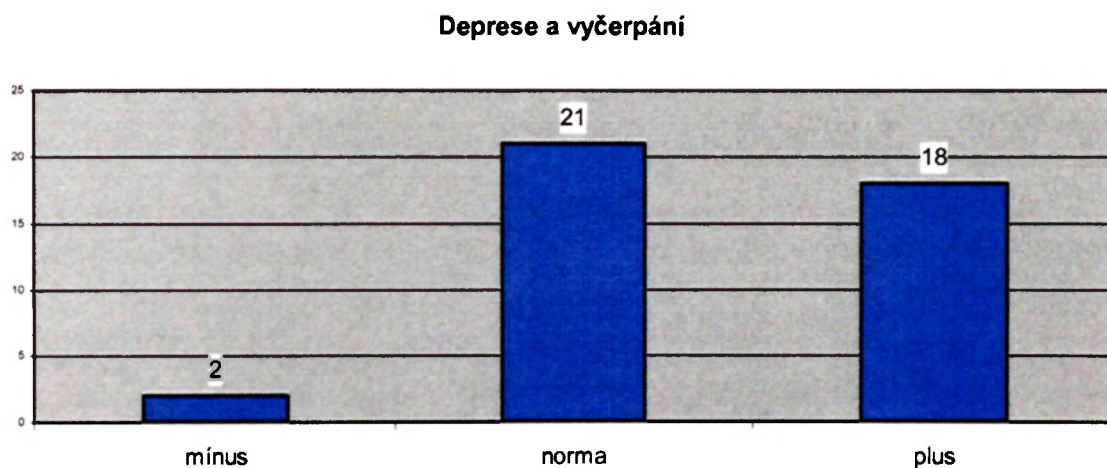
Ve sledovaném souboru vykazovaly v těhotenství nižší míru deprese a vyčerpání 2 respondentky (4,9 %), 21 respondentek (51,2 %) vykazovalo normální hladinu deprese a vyčerpání a 18 respondentek (43,9 %) vykazovalo v těhotenství vyšší míru deprese a vyčerpání.

Tabulka č. 45: Deprese a vyčerpání

| Deprese a vyčerpání | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Minus | 2 | 1,7 | 4,9 | 4,9 |
| | 2 Plus | 18 | 14,9 | 43,9 | 48,8 |
| | 3 Norma | 21 | 17,4 | 51,2 | 100,0 |
| | Total | 41 | 33,9 | 100,0 | |
| Missing | System | 80 | 66,1 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Z výsledků je patrné, že v depresi a vyčerpání byla během těhotenství skoro stejná skupina respondentek v normě jako nad stanovenou normu, pod stanovenou normou tohoto stavu byly jen dvě respondentky. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny ještě v následujícím grafu.

Graf č. 29



Sklíčenost

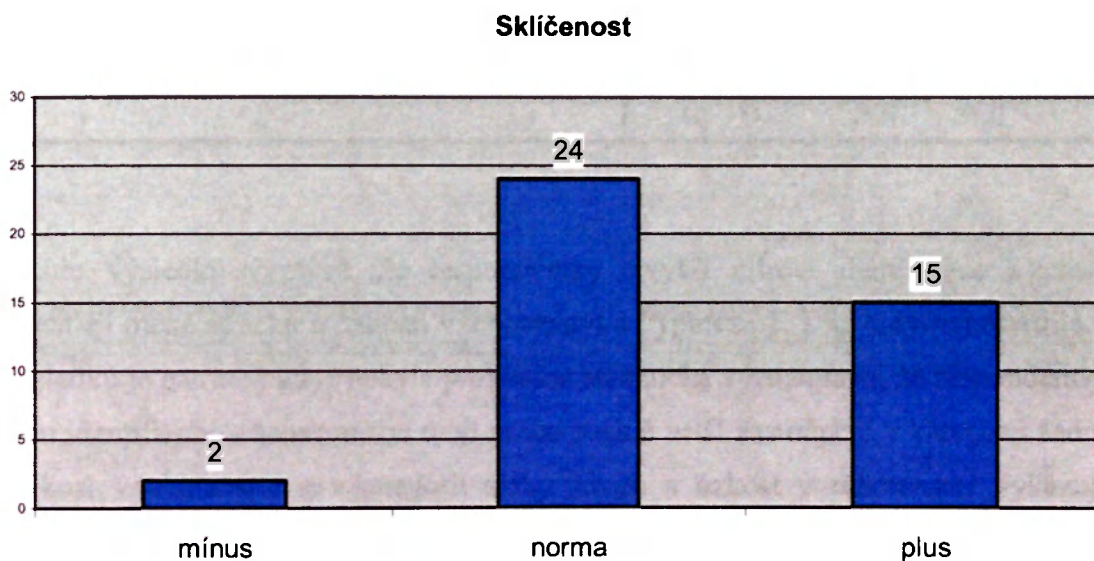
Ve sledovaném souboru vykazovaly v těhotenství nižší míru sklíčenosti 2 respondentky (4,9 %), 24 respondentek (58,5 %) vykazovalo normální hladinu sklíčenosti a 15 respondentek (36,6 %) vykazovalo v těhotenství vyšší míru sklíčenosti.

Tabulka č. 46: Sklíčenost

| Sklíčenost | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| 1 <i>Mínus</i> | 2 | 1,7 | 4,9 | 4,9 |
| 2 <i>Plus</i> | 15 | 12,4 | 36,6 | 41,5 |
| 3 <i>Norma</i> | 24 | 19,8 | 58,5 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 41 | 33,9 | 100,0 | |
| <i>Missing System</i> | 80 | 66,1 | | |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | | |

Z výsledků je patrné, že ve stavu sklíčenosti byly během těhotenství dvě respondentky pod stanovenou normu, velká část respondentek byla v těhotenství v normě a nad normou tohoto stavu sklíčenosti byl poměrně velký počet respondentek. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny ještě v následujícím grafu.

Graf č. 30



7.4 Interpretace výsledků hypotéz

H1 - Míra strachu a úzkosti u těhotných je závislá na míře identifikace s ženskou rolí, ženy s nižší mírou identifikace prožívají v těhotenství více úzkosti a strachu.

K vyloučení nebo potvrzení této hypotézy jsme vzájemně porovnávali výsledky z položky č. 27 s výsledky z položky č.15, 16 po sloučení.

Respondentky, které byly zařazeny do kategorie s vyšší mírou identifikace s ženskou rolí, pociťovaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádnou úzkost a strach nepociťovalo během těhotenství 12 respondentek (21,1 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 35 respondentek (61,4 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 10 respondentek (17,5 %). Respondentky, které byly zařazeny do kategorie s nižší mírou identifikace s ženskou rolí pociťovaly úzkost a strach v těhotenství procentuelně takto: Žádnou úzkost a strach nepociťovalo během těhotenství 15 respondentek (31,9 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 28 respondentek (51,1 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 8 respondentek (17,0 %).

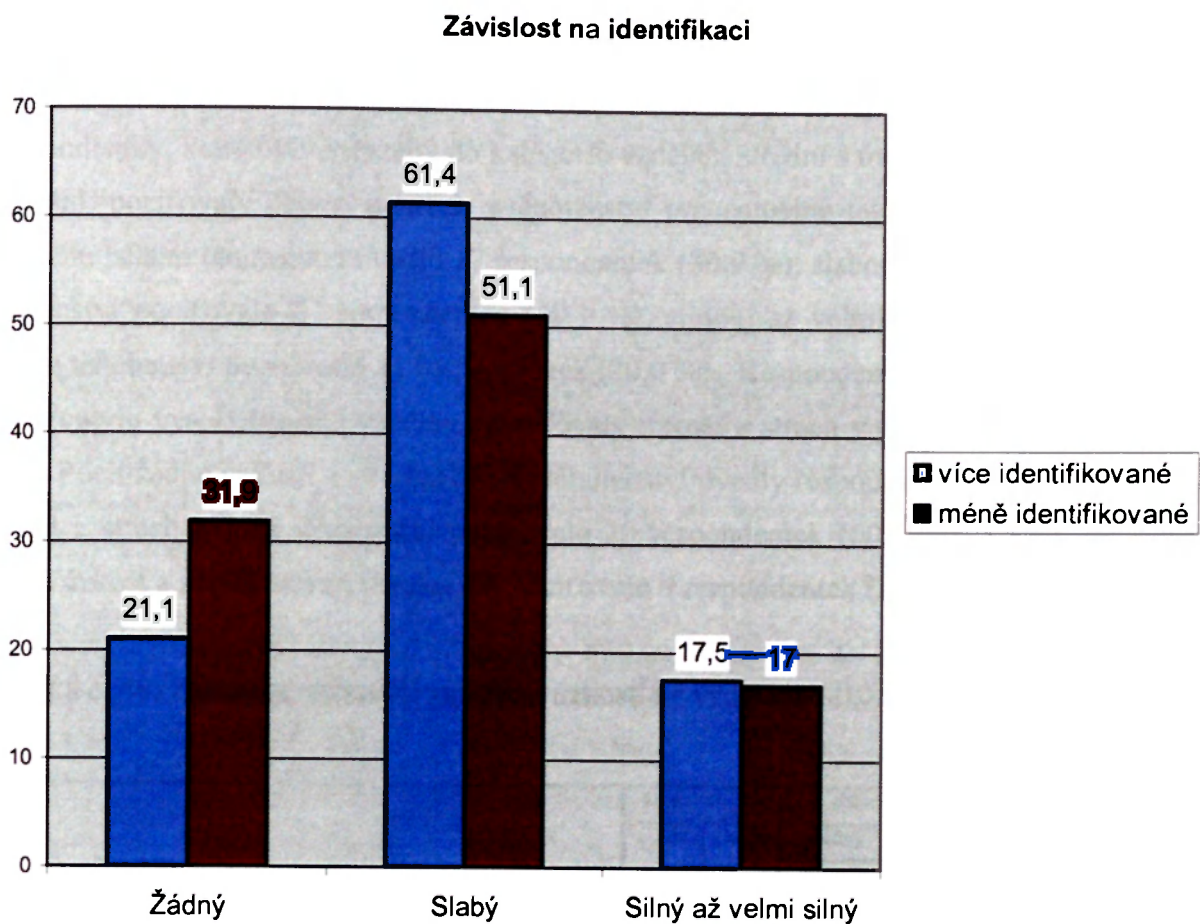
Tabulka č. 47: Závislost prožívání strachu a úzkosti na identifikaci s ženskou rolí

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|-----------------------------|-----|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 104 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Identifikace s ženskou rolí | Ano | 57 | 54,8 | 21,1 | 61,4 | 17,5 |
| | Ne | 47 | 45,2 | 31,9 | 51,1 | 17,0 |

Z těchto výsledků vyplývá, že respondentky s vyšší mírou identifikace s ženskou rolí nepociťují méně strachu a úzkosti v těhotenství a hypotéza č. 1 se tedy nepotvrdila. Naopak z výsledků je patrné, i když nebyla prokázána statistická významnost, že respondentky s nižší mírou identifikace s ženskou rolí mají procentuelně větší zastoupení v kategorii žádný strach a úzkost v těhotenství a v kategorii slabý strach a úzkost v těhotenství vykazují menší procentuelní zastoupení. V kategorii silný, až velmi silný strach a úzkost v těhotenství se obě skupiny respondentek vzájemně neliší. Tento fakt si lze hypoteticky vysvětlit tím, že důvody

strachu a úzkosti v těhotenství se u respondentek nejvíce vztahují k obavám o zdraví dítěte a o osud těhotenství, jak bylo patrné z interpretace položky č. 16. Proto snad respondentky s vyšší mírou identifikace s ženskou rolí prožívají v těhotenství více strachu a úzkosti, než respondentky s nižší mírou identifikace s ženskou rolí, stejně tak jako prožívá „pravá matka“ strach o své dítě. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 31:



Závěr: Hypotéza č. 1 se nepotvrdila

H2 – Míra strachu a úzkosti u těhotných je závislá na vzdělání ženy, ženy s vyšším vzděláním prožívají v těhotenství více strachu a úzkosti.

K vyloučení nebo potvrzení této hypotézy jsme vzájemně porovnávali výsledky z položky č. 3 s výsledky z položky č. 15, 16 po sloučení.

Respondentky byly zařazeny podle svého vzdělání do tří kategorií. V kategorii vzdělání základní, vyučen a střední bez maturity pociťovaly úzkost a strach v těhotenství respondentky takto: Pociťovaly žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedlo 9 respondentek (29 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 20 respondentek (64,5 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovaly 2 respondentky (6,5 %). Respondentky, které byly zařazeny do kategorie vzdělání střední s maturitou a vyšší odborné vzdělání, pociťovaly úzkost a strach v těhotenství procentuelně takto: Pociťovaly žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedlo 17 respondentek (30,9 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 27 respondentek (49,1 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 11 respondentek (20,0 %). Respondentky, které byly zařazeny do kategorie vysokoškolské vzdělání, pociťovaly úzkost a strach v těhotenství procentuelně takto: Pociťovaly žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedly respondentky (12,1 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 20 respondentek (60,6 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 9 respondentek (27,3 %).

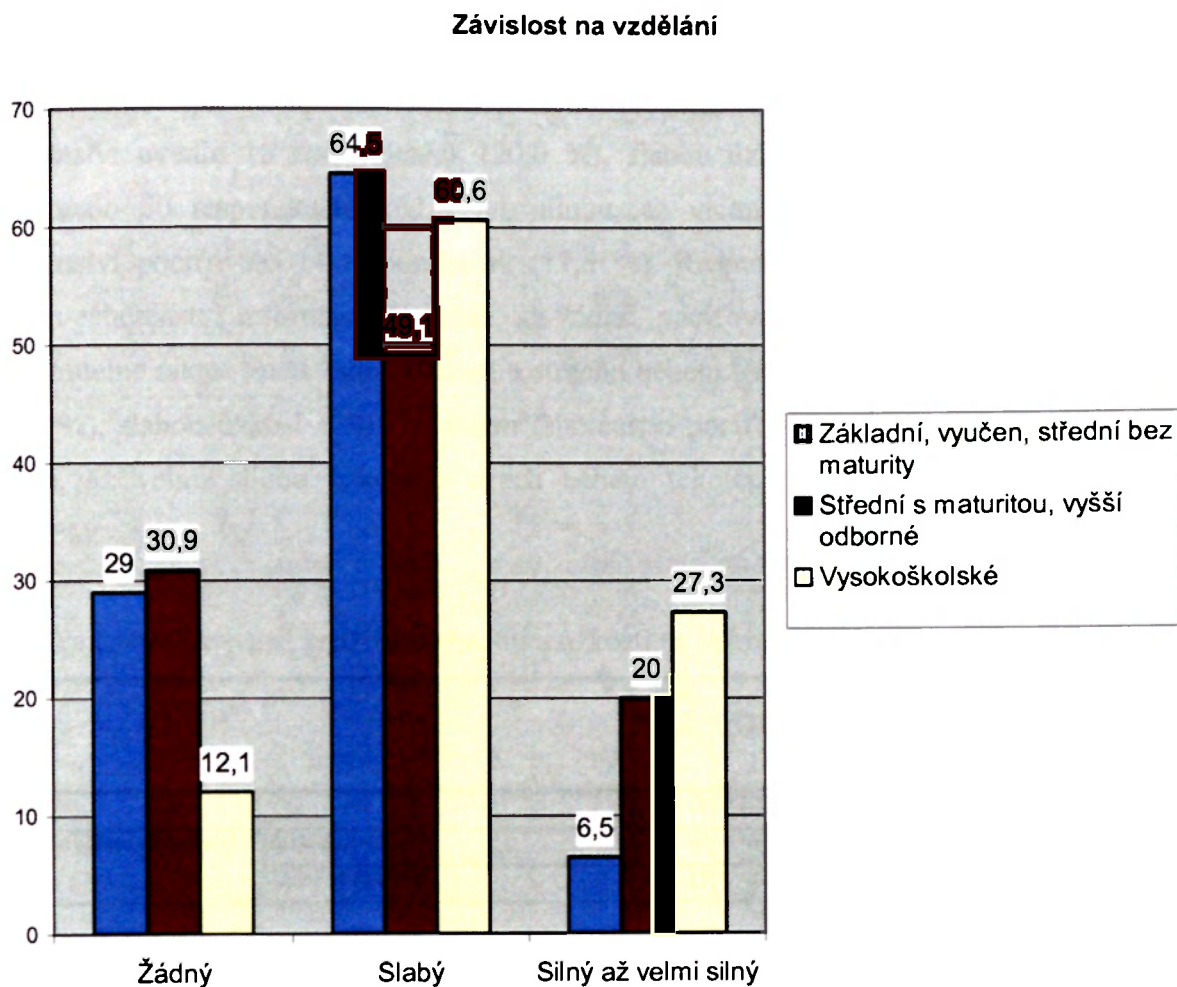
Tabulka č. 48: Závislost prožívání strachu a úzkosti na vzdělání

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|--------------------|--|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Vzdělání-kategorie | Základní, vyučen, střední bez maturity | 31 | 25,6 | 29,0 | 64,5 | 6,5 |
| | Střední s maturitou, vyšší odborné | 55 | 47,1 | 30,9 | 49,1 | 20,0 |
| | Vysokoškolské | 33 | 27,3 | 12,1 | 60,6 | 27,3 |

Tyto výsledky prokazují, že míra strachu a úzkosti u těhotných žen je závislá na vzdělání respondentek a ženy s vyšším vzděláním prožívají v těhotenství více strachu a úzkosti. Hypotéza č. 2 se tedy potvrdila. Z výsledků je patrné a byla prokázána statistická významnost, že respondentky s nejvyšším vzděláním mají procentuelně nejmenší zastoupení

v kategorii žádný strach a úzkost v těhotenství. Další statistická významnost ukazuje, že respondenty s nejnižším vzděláním mají nejmenší zastoupení v kategorii silný, až velmi silný strach a úzkost v těhotenství. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 32



Závěr: Hypotéza č. 2 se potvrdila

H3 - Ženy které udávají v těhotenství deficit informací prožívají více strachu a úzkosti. Dostatek informací pomáhá těhotným ženám odstranit nebo alespoň snížit prožívání úzkosti a strachu.

K vyloučení nebo potvrzení této hypotézy jsme vzájemně porovnávali výsledky z položky č. 14 s výsledky z položky č. 15, 16 po sloučení a zhodnotili položku č. 17.

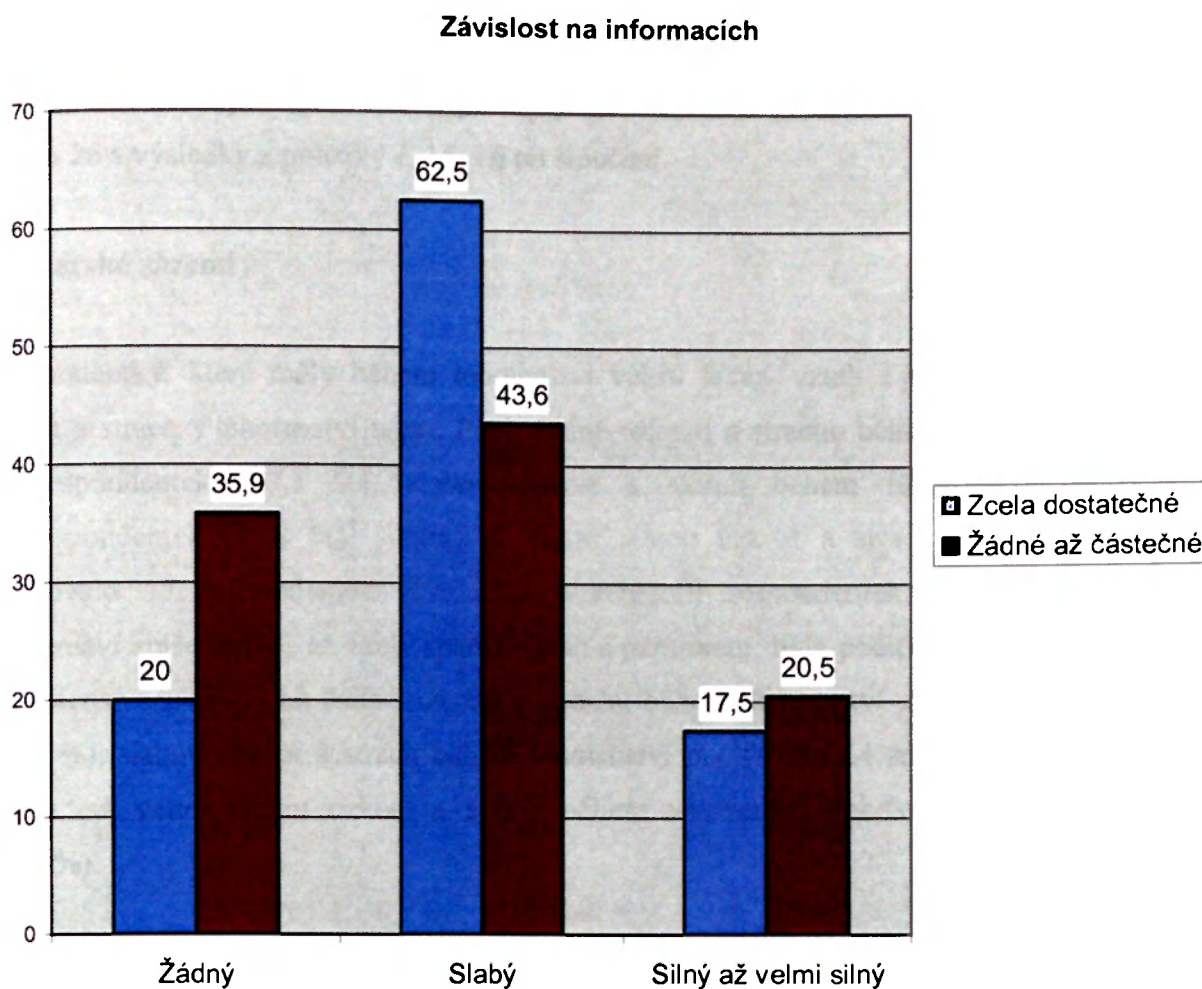
Respondentky, které udávaly, že měly během těhotenství zcela dostatečné informace pociťovaly úzkost a strach v těhotenství takto: Pocit žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedlo 16 respondentek (20,0 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 50 respondentek (62,5 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 14 respondentek (17,5 %). Respondentky, které udávaly, že měly během těhotenství informace částečné, až žádné, pociťovaly úzkost a strach v těhotenství procentuálně takto: Pocit žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedlo 14 respondentek (35,9 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 17 respondentek (43,6 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 8 respondentek (20,5 %).

Tabulka č. 49: Závislost prožívání strachu a úzkosti na informacích

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|-----------------------------|-------------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Zádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Informace během těhotenství | Zcela dostatečné | 80 | 67,2 | 20,0 | 62,5 | 17,5 |
| | Žádné až částečné | 39 | 32,8 | 35,9 | 43,6 | 20,5 |

Z těchto výsledků vyplývá, že respondentky, které uvádějí deficit informací v těhotenství, nepociťují více strachu a úzkosti v těhotenství a první část hypotézy č. 3 se tedy nepotvrdila. Z výsledků je patrné, i když nebyla prokázána žádná statistická významnost, že respondentky s deficitem informací mají jiné procentuelní zastoupení v jednotlivých kategoriích. V kategorii žádný strach a úzkost v těhotenství a v kategorii silný, až velmi silný strach a úzkost v těhotenství vykazují větší procentuelní zastoupení, než respondentky které udávaly zcela dostatečné informace. V kategorii slabý strach a úzkost naopak vykazují menší procentuelní zastoupení, než respondentky, které udávaly zcela dostatečné informace. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 33



Zhodnocením položky č. 17, kdy respondentky odpovídaly na otázku: „Co Vám nejvíce pomohlo (nebo by mohlo pomoci) zmírnit nebo odstranit pocety úzkosti a strachu v těhotenství“ se druhá část hypotézy č. 3 potvrdila. K této otázce mohly respondentky uvést více odpovědí. Celkem se vyjádřilo 111 respondentek, kdy dostatek informací uvedlo 84 respondentek (75,7 %), tato odpověď také byla výrazně nejčastější.

Závěr: Hypotéza č. 3 se tedy potvrdila jen částečně, respondentky které udávají deficit informací neprožívají více strachu a úzkosti, dostatek informací pomáhá těhotným ženám odstranit nebo alespoň snížit prožívání úzkosti a strachu v těhotenství

H4 – Ženy, které nemají v těhotenství dobré sociální a partnerské zázemí prožívají více strachu a úzkosti.

K vyloučení nebo potvrzení této hypotézy jsme vzájemně porovnávali výsledky z položky č. 25 a 26 s výsledky z položky č. 15, 16 po sloučení.

Partnerské zázemí

Respondentky, které měly během těhotenství velmi dobrý vztah s partnerem, pociťovaly úzkost a strach v těhotenství takto: Pocit žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedlo 26 respondentek (27,1 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 53 respondentek (55,2 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 17 respondentek (17,7 %). V kategorii respondentek, které měly během těhotenství spíše dobrý, až zcela špatný vztah s partnerem, byla pociťována úzkost a strach v těhotenství takto: Pocit žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedlo 3 respondentky (13,6 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 14 respondentek (63,6 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 5 respondentek (22,7 %).

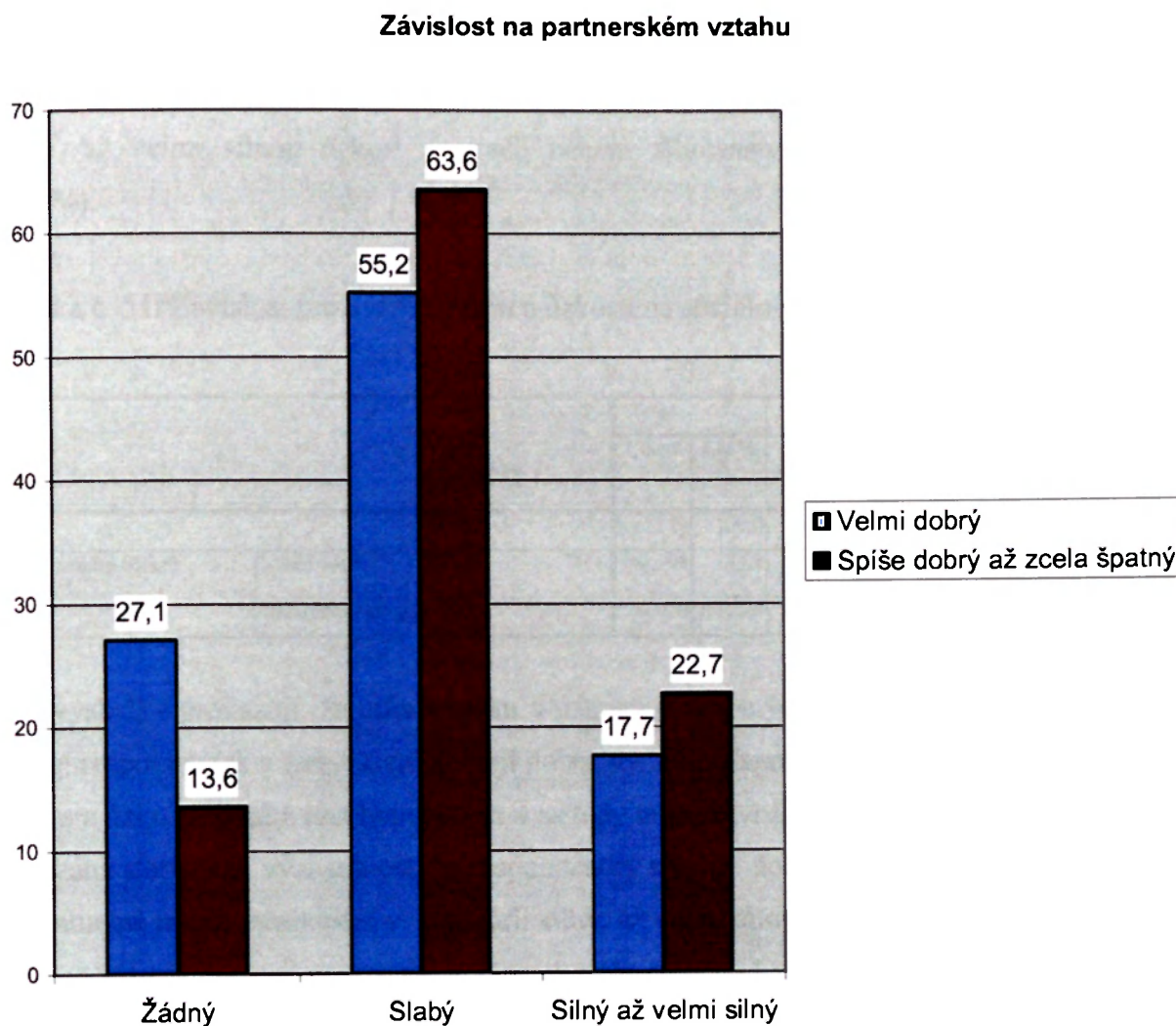
Tabulka č. 50: Závislost prožívání strachu a úzkosti na partnerském vztahu

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Vztah s partnerem během těhotenství | Velmi dobrý | 96 | 81,4 | 27,1 | 55,2 | 17,7 |
| | Spíše dobrý až zcela špatný | 22 | 18,6 | 13,6 | 63,6 | 22,7 |

Tyto výsledky prokazují, že míra strachu a úzkosti u těhotných žen je závislá na vztahu respondentek s partnerem a ženy, které nemají dobré partnerské zázemí prožívají v těhotenství více strachu a úzkosti. První část hypotézy č.4 se tedy potvrdila. Z výsledků je patrné, i když nebyla prokázána statistická významnost, že respondentky s velmi dobrým partnerským zázemím mají procentuálně větší zastoupení v kategorii žádný strach a úzkost v těhotenství, než respondentky, které mají vztah s partnerem spíše dobrý, až zcela špatný.

V kategorii slabý strach a úzkost v těhotenství i v kategorii silný, až velmi silný strach a úzkost v těhotenství mají respondentky s velmi dobrým partnerským zázemím menší procentuální zastoupení než respondentky, které mají vztah s partnerem spíše dobrý, až zcela špatný. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 34



Sociální zázemí

Respondentky, které měly během těhotenství velmi dobré sociální zázemí, pociťovaly úzkost a strach v těhotenství takto: Pocit žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedlo 26 respondentek (26,3 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 58 respondentek (58,6 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 15 respondentek (15,2 %). V kategorii respondentek, které měly během těhotenství spíše dobré, až zcela špatné sociální zázemí, byla pociťována úzkost a strach v těhotenství takto: Pocit žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedly 4 respondentky (20,0 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 9 respondentek (45,0 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 7 respondentek (35,0 %).

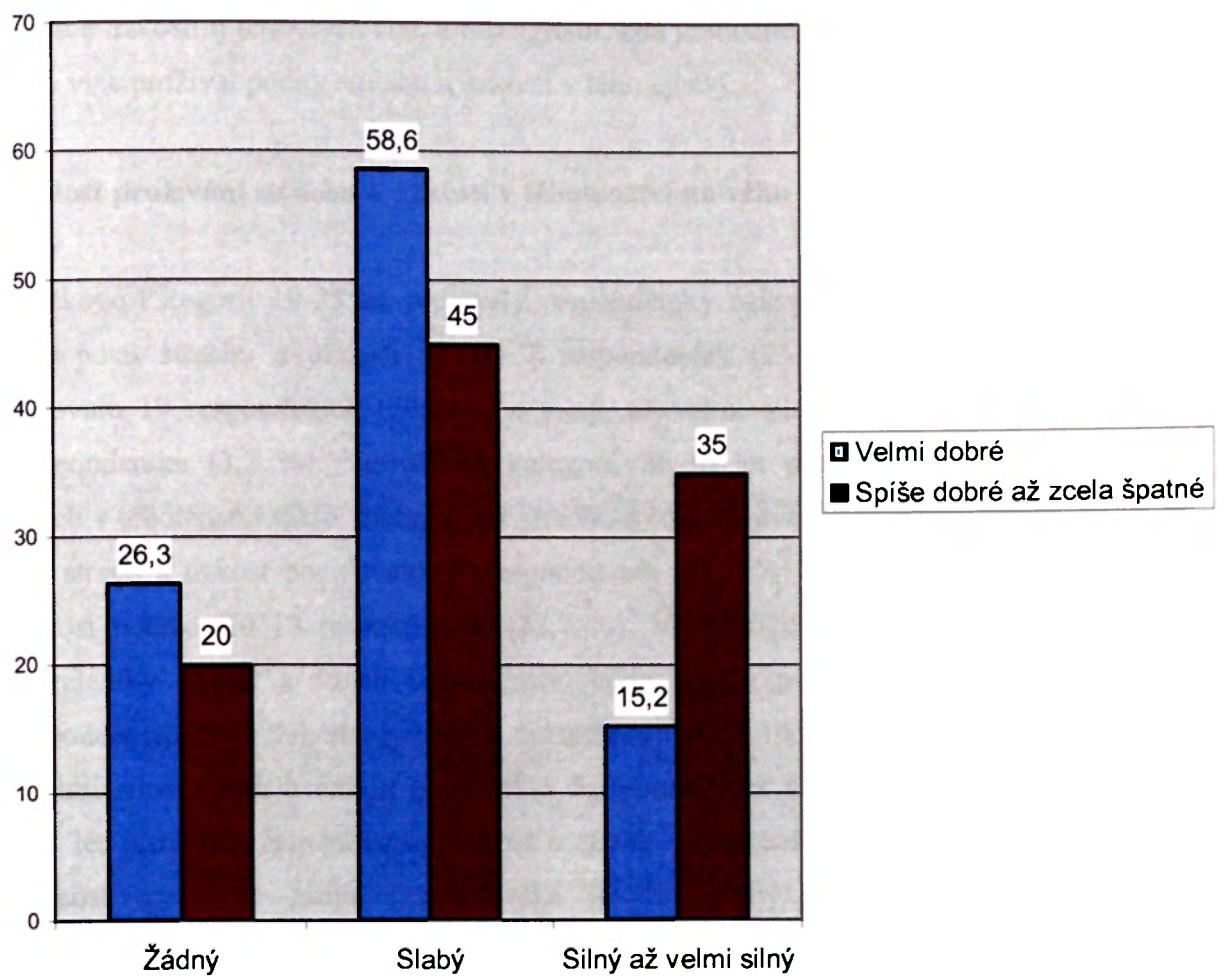
Tabulka č. 51: Závislost prožívání strachu a úzkosti na sociálním zázemí

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Sociální zázemí během těhotenství | Velmi dobré | 99 | 83,2 | 26,3 | 58,6 | |
| | Spíše dobré až zcela špatné | 20 | 16,8 | 20,0 | 45,0 | 35,0 |

Tyto výsledky prokazují, že míra strachu a úzkosti u těhotných žen je závislá na sociálním zázemí respondentek a ženy, které nemají dobré sociální zázemí, prožívají v těhotenství více strachu a úzkosti. Druhá část hypotézy č. 4 se tedy také potvrdila. Z výsledků je patrné a byla prokázána statistická významnost, že respondentky s velmi dobrým sociálním zázemím mají procentuálně menší zastoupení v kategorii silný, až velmi silný strach a úzkost v těhotenství, než respondentky, které mají sociální zázemí spíše dobré, až zcela špatné. V kategorii žádný strach a úzkost v těhotenství mají respondentky s velmi dobrým sociálním zázemím větší procentuální zastoupení než respondentky, které mají sociální zázemí spíše dobré, až zcela špatné, i když nebyla prokázána statistická významnost. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 35

Závislost na sociálním zázemí



Závěr: Hypotéza č. 4 se tedy potvrdila plně.

7.5 Interpretace výsledků dalšího šetření

Tímto dalším šetřením jsme chtěli zjistit, zda existují ještě i další závislosti v prožívání strachu a úzkosti u těhotných žen, a tím i zjistit, zda je možné předem odhadnout, které ženy budou více prožívat pocity strachu a úzkosti v těhotenství.

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na věku respondentky

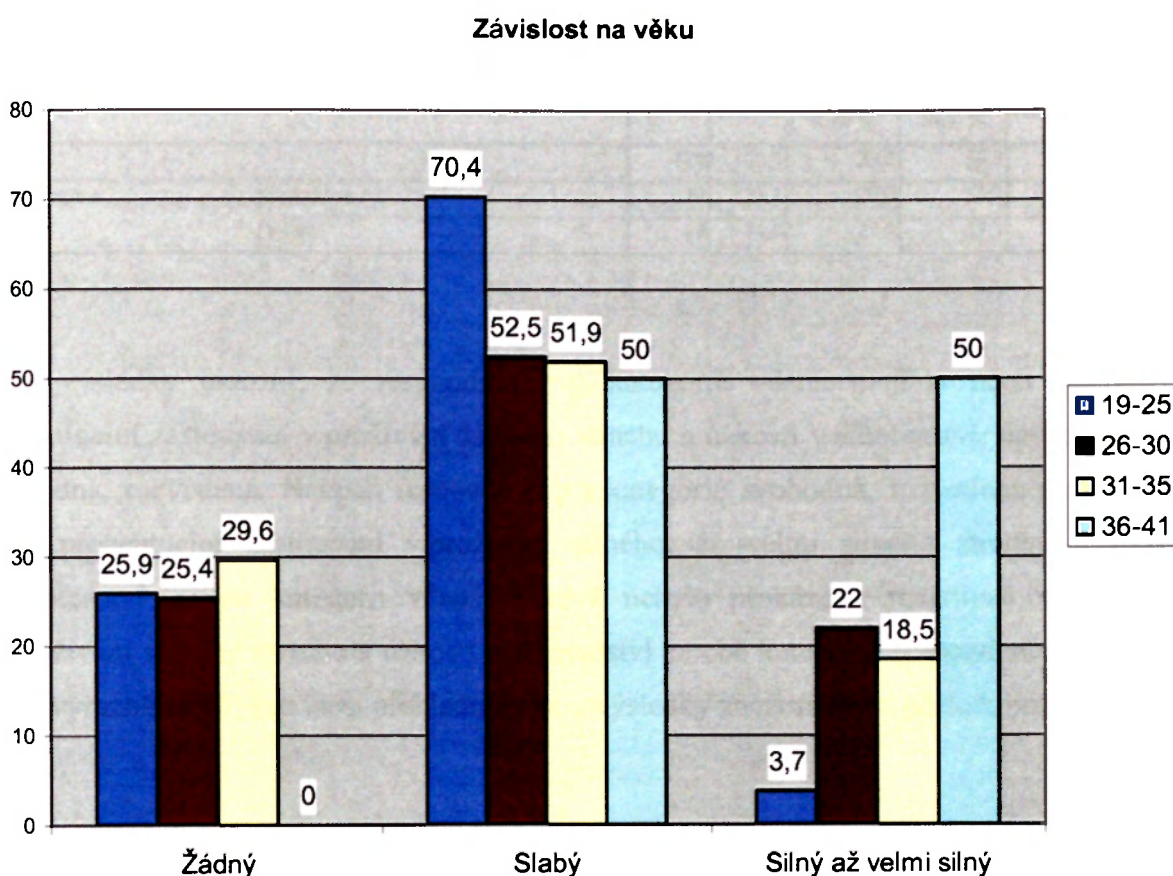
Ve věkové kategorii 19-25 let prožívaly respondentky úzkost a strach v těhotenství takto: žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 7 respondentek (25,9 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 19 respondentek (70,4 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovala 1 respondentka (3,7 %). Ve věkové kategorii 26-30 let prožívaly respondentky úzkost a strach v těhotenství takto: žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 15 respondentek (25,4 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 31 respondentek (52,5 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 13 respondentek (22,7 %). Ve věkové kategorii 31-35 let prožívaly respondentky úzkost a strach v těhotenství takto: žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 8 respondentek (29,6 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 14 respondentek (51,9 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 5 respondentek (18,5 %). Ve věkové kategorii 36-41 let prožívaly respondentky úzkost a strach v těhotenství takto: žádný pocit strachu a úzkosti neuvedla žádná respondentka (0 %), slabý strach a úzkost pociťovaly 3 respondentky (50,0 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovaly rovněž 3 respondentky (50,0 %).

Tabulka č. 52: Závislost prožívání strachu a úzkosti na věku

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|---------------|-------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100.0 | 25.2 | 56.3 | 18.5 |
| Věk-kategorie | 19-25 | 27 | 22.7 | 25.9 | 70.4 | 3.7 |
| | 26-30 | 59 | 49.6 | 25.4 | 52.5 | 22.0 |
| | 31-35 | 27 | 22.7 | 29.6 | 51.9 | 18.5 |
| | 36-41 | 6 | 5.0 | 0 | 50.0 | 50.0 |

Tyto výsledky ukazují, že ženy z nejmladší kategorie mají nejmenší procentuelní zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství, oproti ostatním kategoriím, i když vzhledem k malému počtu respondentek nebyla prokázána statistická významnost. Naopak ženy z nejstarší kategorie mají největší procentuelní zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství, oproti ostatním kategoriím, i když vzhledem k malému počtu respondentek také nebyla prokázána statistická významnost. Ostatní věkové kategorie se navzájem nijak výrazně neliší. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 36



Závěr: Výsledky ukázaly existenci závislosti prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na věku respondentky. Ve věku nad 35 let prožívaly respondentky intenzivnější pocity strachu a úzkosti, naopak ve věku pod 26 let je u respondentek menší prožívání strachu a úzkosti. Vzhledem k malému počtu respondentek však nelze označit závislost za statisticky významnou.

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na rodinném stavu respondentky

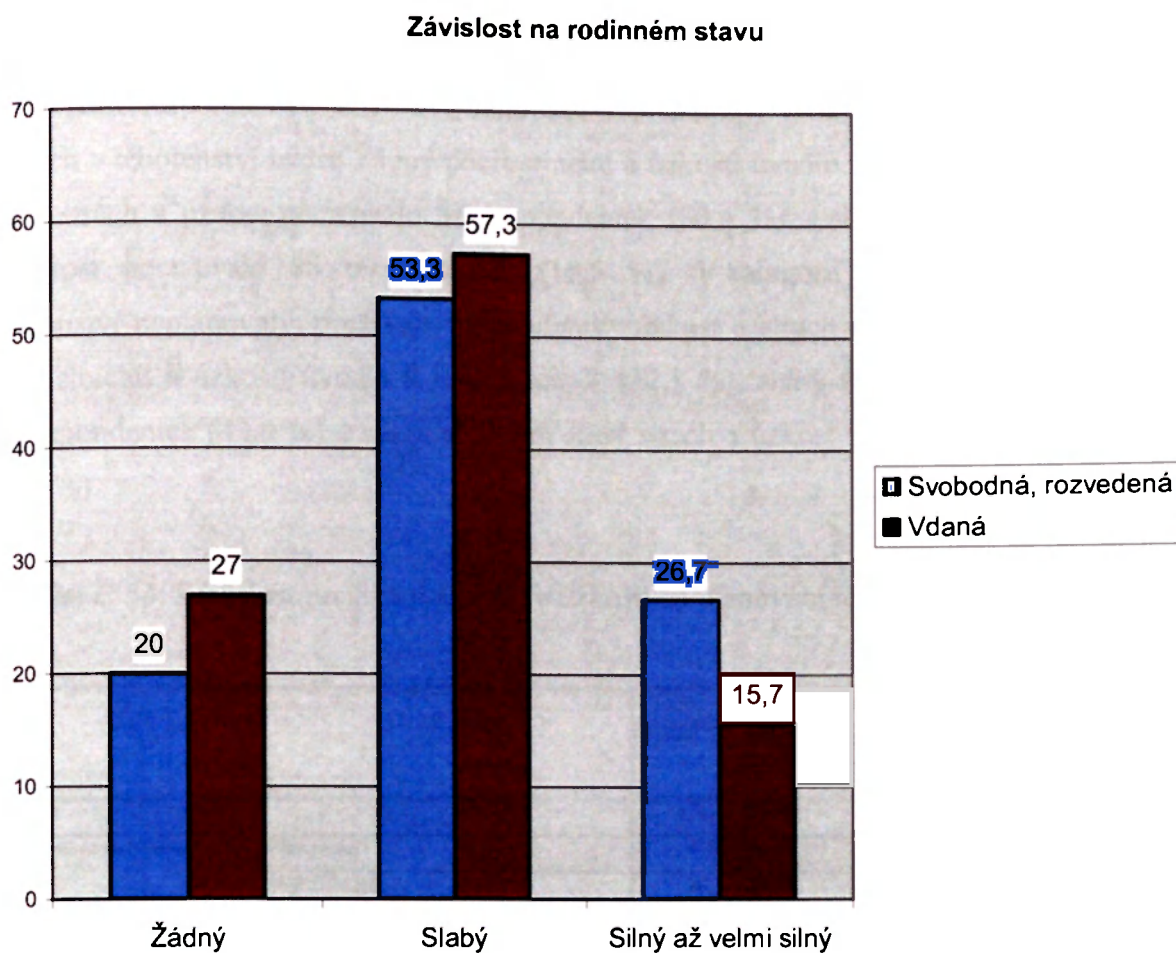
Podle svého stavu prožívaly respondentky úzkost a strach v těhotenství takto. V kategorii svobodná a rozvedená žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 6 respondentek (20,0 %), slabý strach a úzkost pocíťovalo 16 respondentek (53,3 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pocíťovalo 8 respondentek (26,7 %). V kategorii vdaná žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 24 respondentek (27,0 %), slabý strach a úzkost pocíťovalo 51 respondentek (53,3 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pocíťovalo 14 respondentek (15,7 %).

Tabulka č. 53: Závislost prožívání strachu a úzkosti na rodinném stavu

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|----------------|---------------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Stav-kategorie | Svobodná, rozvedená | 30 | 25,2 | 20,0 | 53,3 | 26,7 |
| | Vdaná | 89 | 74,8 | 27,0 | 57,3 | 15,7 |

Tyto výsledky ukazují, že respondentky z kategorie vdaná mají o něco málo větší procentuelní zastoupení v prožívání žádného strachu a úzkosti v těhotenství, oproti kategorii svobodná, rozvedená. Naopak respondentky z kategorie svobodná, rozvedená mají o něco větší procentuelní zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství, oproti kategorii vdaná, i když nebyla prokázána statistická významnost. V prožívání slabého strachu a úzkosti v těhotenství se obě kategorie respondentek vzájemně nijak výrazně neliší. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 37



Závěr: Výsledky ukázaly určitou existenci závislosti prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na rodinném stavu respondentky, u svobodných a rozvedených žen je intenzivnější prožívání strachu a úzkosti. Statistická významnost však nebyla prokázána.

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na tom zda bylo těhotenství plánované nebo neplánované

V kategorii respondentek které své těhotenství plánovaly, prožívaly respondentky úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 21 respondentek (23,1 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 55 respondentek (60,4 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 15 respondentek (16,5 %). V kategorii respondentek, které své těhotenství neplánovaly, prožívaly respondentky úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 9 respondentek (32,1 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 12 respondentek (42,9 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 7 respondentek (25,0 %).

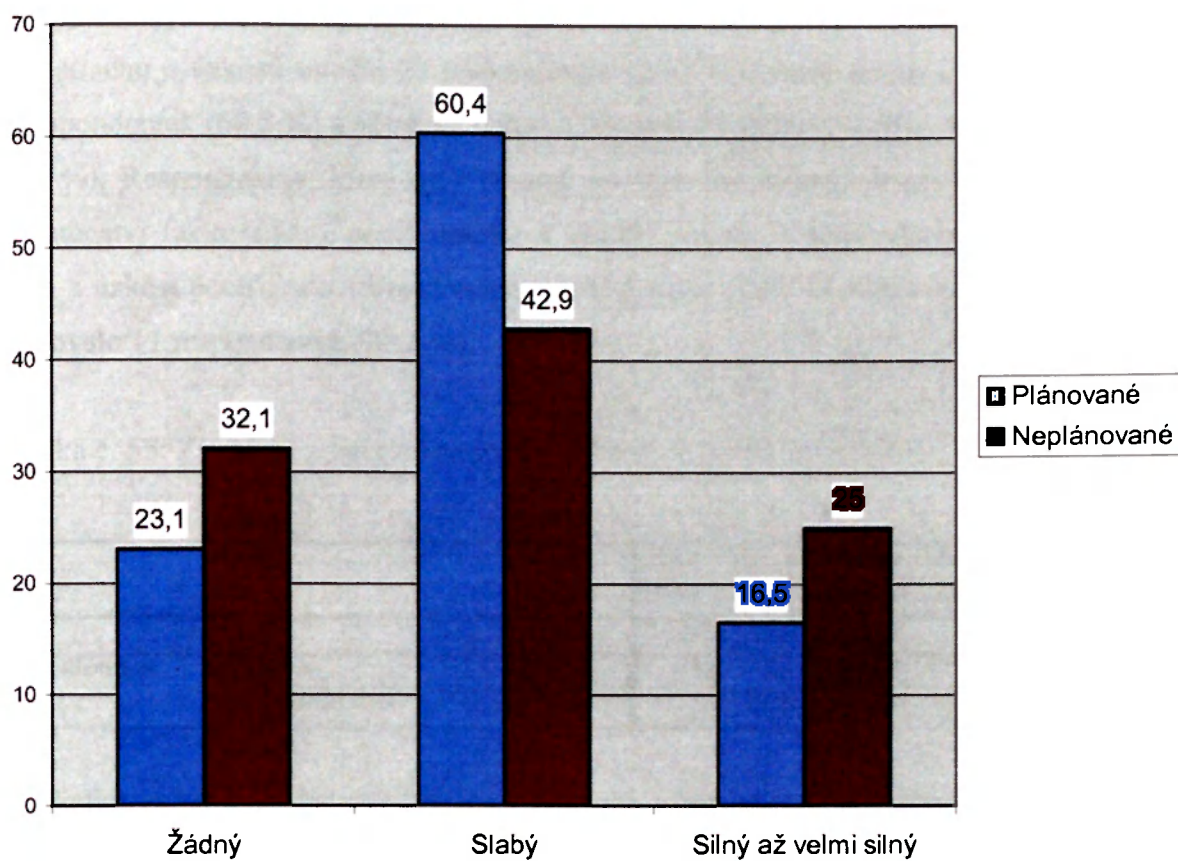
Tabulka č. 54: Závislost prožívání strachu a úzkosti na plánování těhotenství

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|--------------------------|-------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Nynější těhotenství bylo | Plánované | 91 | 76,5 | 23,1 | 60,4 | 16,5 |
| | Neplánované | 28 | 23,5 | 32,1 | 42,9 | 25,0 |

Tyto výsledky ukazují, že se obě kategorie respondentek v procentuelním zastoupení v prožívání strachu a úzkosti vzájemně liší, i když nebyla zjištěna statistická významnost. V kategorii respondentek s neplánovaným těhotenství je o něco větší procentuelní zastoupení v prožívání žádného strachu a úzkosti v těhotenství i v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti oproti kategorii respondentek s plánovaným těhotenstvím. Naopak respondentky z kategorie s plánovaným těhotenstvím mají větší procentuelní zastoupení v prožívání slabého strachu a úzkosti v těhotenství, oproti kategorii s neplánovaným těhotenstvím. Z tohoto výsledku nelze určit vzájemnou závislost v prožívání strachu a úzkosti na tom, zda bylo těhotenství u respondentek plánované nebo neplánované. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 38

Závislost na plánování těhotenství



Závěr: Nebyla zjištěna statisticky významná závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na tom, zda bylo těhotenství u respondentek plánované nebo neplánované.

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na tom, zda se jednalo o těhotenství první nebo více než první

Respondentky, které byly těhotné poprvé prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 23 respondentek (26,7 %), slabý strach a úzkost pocíťovalo 52 respondentek (60,5 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pocíťovalo 12 respondentek (12,8 %). Respondentky, které byly těhotné po více než jednou prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 7 respondentek (27,7 %), slabý strach a úzkost pocíťovalo 15 respondentek (45,5 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pocíťovalo 11 respondentek (33,3 %).

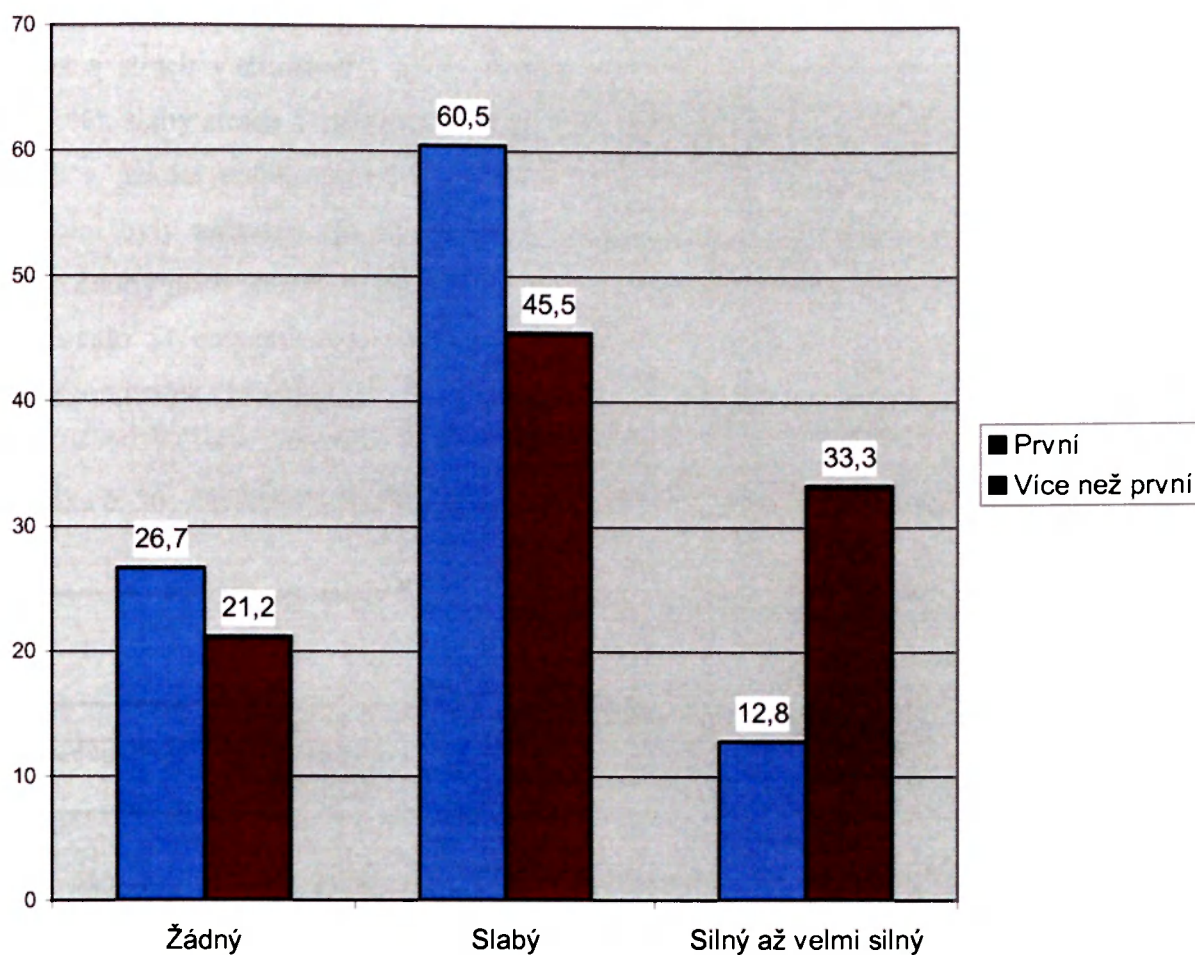
Tabulka č. 55: Závislost prožívání strachu a úzkosti na počtu těhotenství

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|----------------------|----------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Kolikáté těhotenství | První | 86 | 72,3 | 26,7 | 60,5 | 12,8 |
| | Více než první | 33 | 27,7 | 21,2 | 45,5 | 33,3 |

Z výsledků je patrné a byla prokázána statistická významnost, že respondentky, které byly těhotné poprvé, mají procentuelně statisticky významně menší zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství oproti kategorii respondentek, které byly těhotné po více než jednou. Naopak respondentky, které byly těhotné po více než jednou mají toto zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství statisticky významně větší. Tento výsledek je velmi dobře pochopitelný vzhledem k tomu, že předchozí těhotenství respondentek, které byly těhotné vícekrát, neskončilo úspěchem a to, jak ve smyslu spontánních potratů a mimoděložního těhotenství, tak i ve smyslu umělého ukončení těhotenství. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 39

Závislost na počtu těhotenství



Závěr: Výsledky ukázaly statisticky významnou existenci závislosti prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na tom, zda se jednalo o těhotenství první nebo více než první. U žen, které nebyly těhotné poprvé, bylo intenzivnější prožívání strachu a úzkosti.

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na odhadu vlastní psychické stability u respondentek - úzkostnost

Respondentky, které podle svého označení byly zařazeny do kategorie úzkostná, prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 7 respondentek (22,6 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 16 respondentek (51,6 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 8 respondentek (25,8 %). Respondentky, které podle svého označení byly zařazeny do kategorie bez úzkosti, prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 23 respondentek (26,1 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 51 respondentek (58,0 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 14 respondentek (15,9 %).

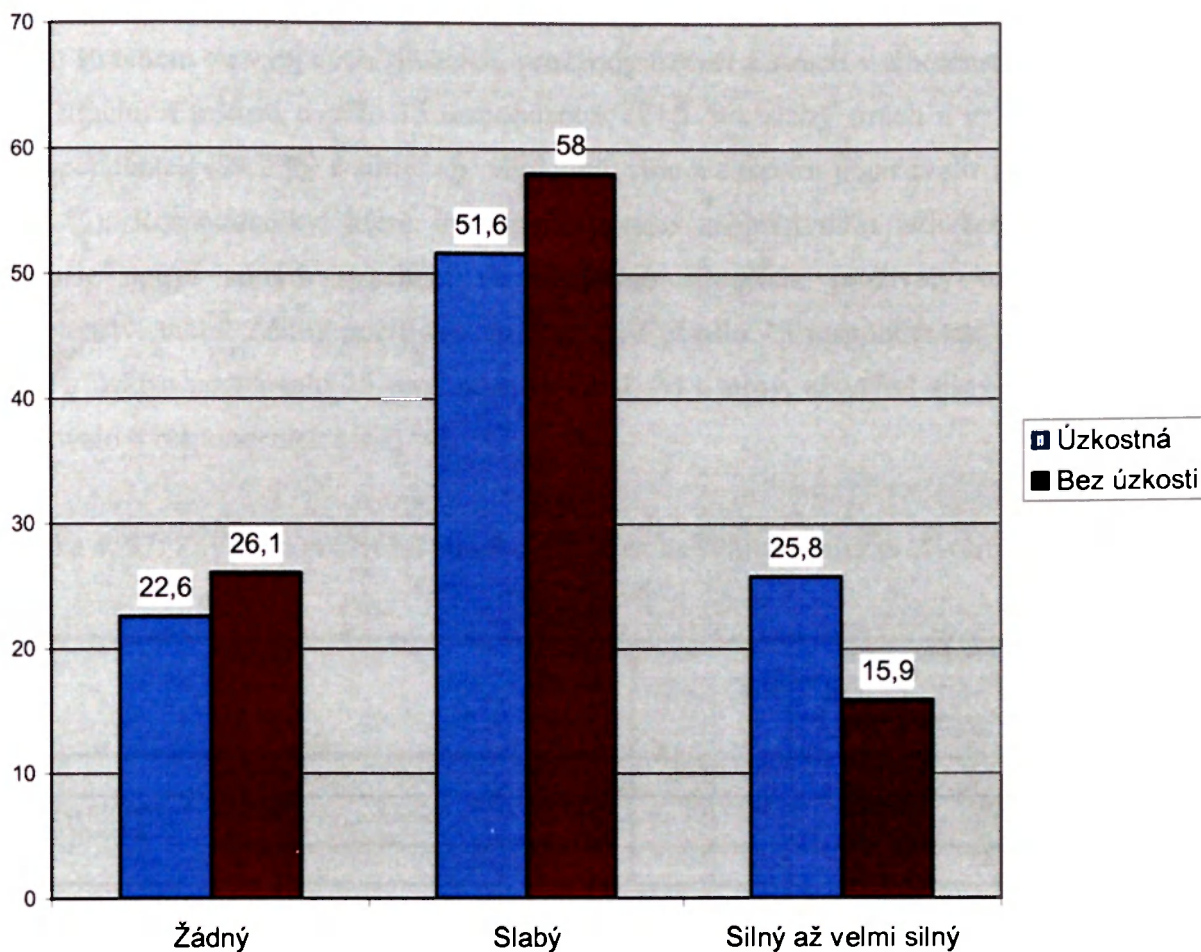
Tabulka č. 56: Závislost prožívání strachu a úzkosti na subjektivním hodnocení úzkostnosti

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|-----------------------|-------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Hodnocení úzkostnosti | Úzkostná | 31 | 26,1 | 22,6 | 51,6 | 25,8 |
| | Bez úzkosti | 88 | 73,9 | 26,1 | 58,0 | 15,9 |

Tyto výsledky ukazují, že respondentky z kategorie bez úzkosti mají o něco málo menší procentuelní zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství, oproti kategorii úzkostná, i když nebyla prokázána statistická významnost. V prožívání žádného a slabého strachu a úzkosti v těhotenství se obě kategorie respondentek vzájemně nijak výrazně neliší. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 40

Závislost na subjektivním hodnocení úzkostnosti



Závěr: Nebyla prokázána statistická závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na odhadu vlastní psychické stability u respondentek - úzkostnost

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na odhadu vlastní psychické stability u respondentek – strach ve vypjatých životních situacích

Respondentky, které byly podle svého subjektivního označení zařazeny do kategorie trpí silným strachem ve vypjatých situacích, prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 15 respondentek (21,1 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 42 respondentek (59,2 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 14 respondentek (19,7 %). Respondentky, které byly podle svého subjektivního označení zařazeny do kategorie netrpí silným strachem ve vypjatých situacích, prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 15 respondentek (31,3 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 25 respondentek (52,1 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 8 respondentek (16,7 %).

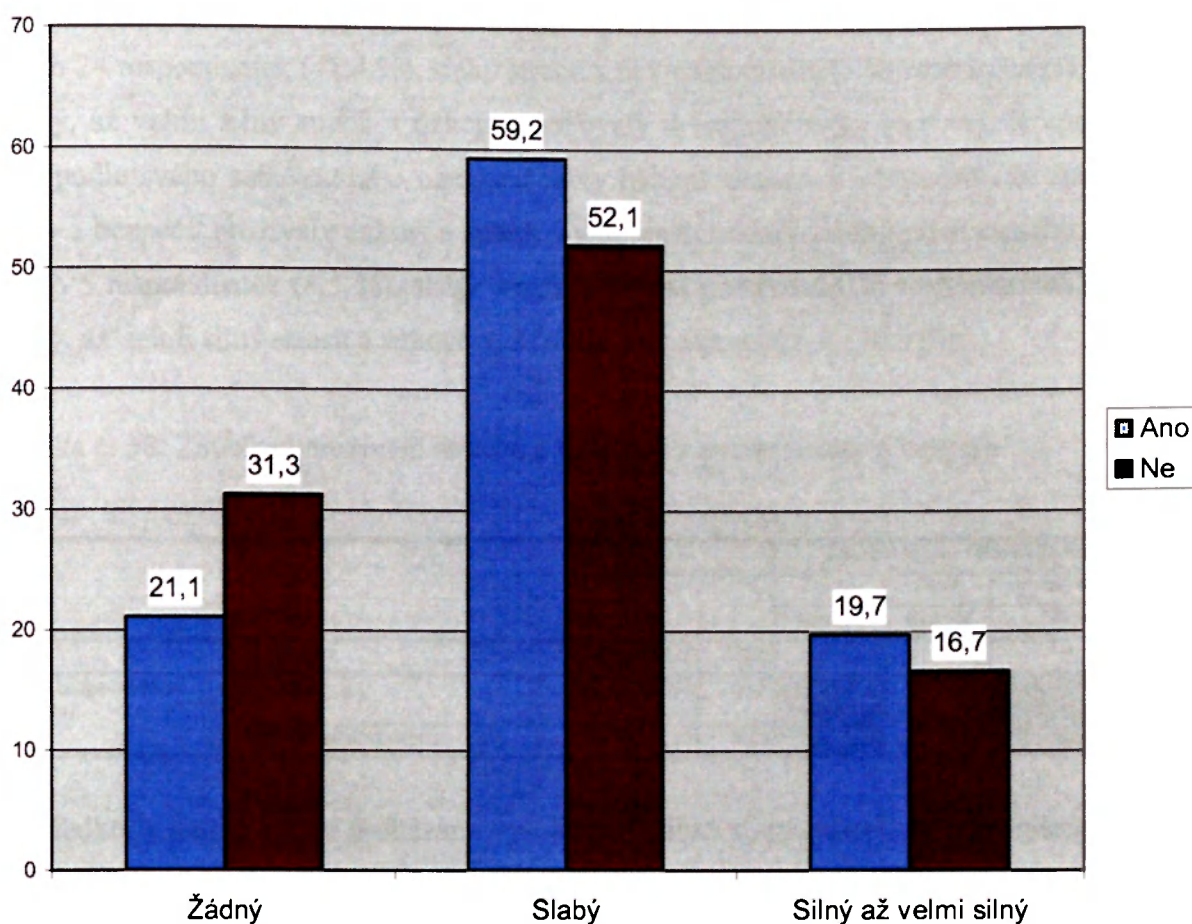
Tabulka č. 57: Závislost prožívání strachu a úzkosti na subjektivním prožívání strachu

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|---|-----|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Trpí silným strachem ve vypjatých situacích | Ano | 71 | 59,7 | 21,1 | 59,2 | 19,7 |
| | Ne | 48 | 40,3 | 31,3 | 52,1 | 16,7 |

Z těchto výsledků vyplývá, že respondentky, které byly zařazeny do kategorie trpí silným strachem ve vypjatých situacích, prožívají úzkost a strach v těhotenství celkově o něco více, než respondentky, které podle svého označení byly zařazeny do kategorie netrpí silným strachem ve vypjatých situacích, i když nebyla prokázána statistická významnost. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 41

Závislost na subjektivním prožívání strachu



Závěr: Nebyla prokázána statistická závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na odhadu vlastní psychické stability u respondentek – strach ve vypjatých životních situacích

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na pocitu jistoty a bezpečí

Respondentky, které podle svého subjektivního označení měly během těhotenství úplný pocit jistoty a bezpečí, prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 24 respondentek (41,4 %), slabý strach a úzkost pocíťovalo 30 respondentek (51,7 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pocíťovaly 4 respondentky (6,9 %). Respondentky, které podle svého subjektivního označení měly během těhotenství částečný, až žádný pocit jistoty a bezpečí, prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 5 respondentek (8,5 %), slabý strach a úzkost pocíťovalo 36 respondentek (61,0 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pocíťovalo 18 respondentek (30,5 %).

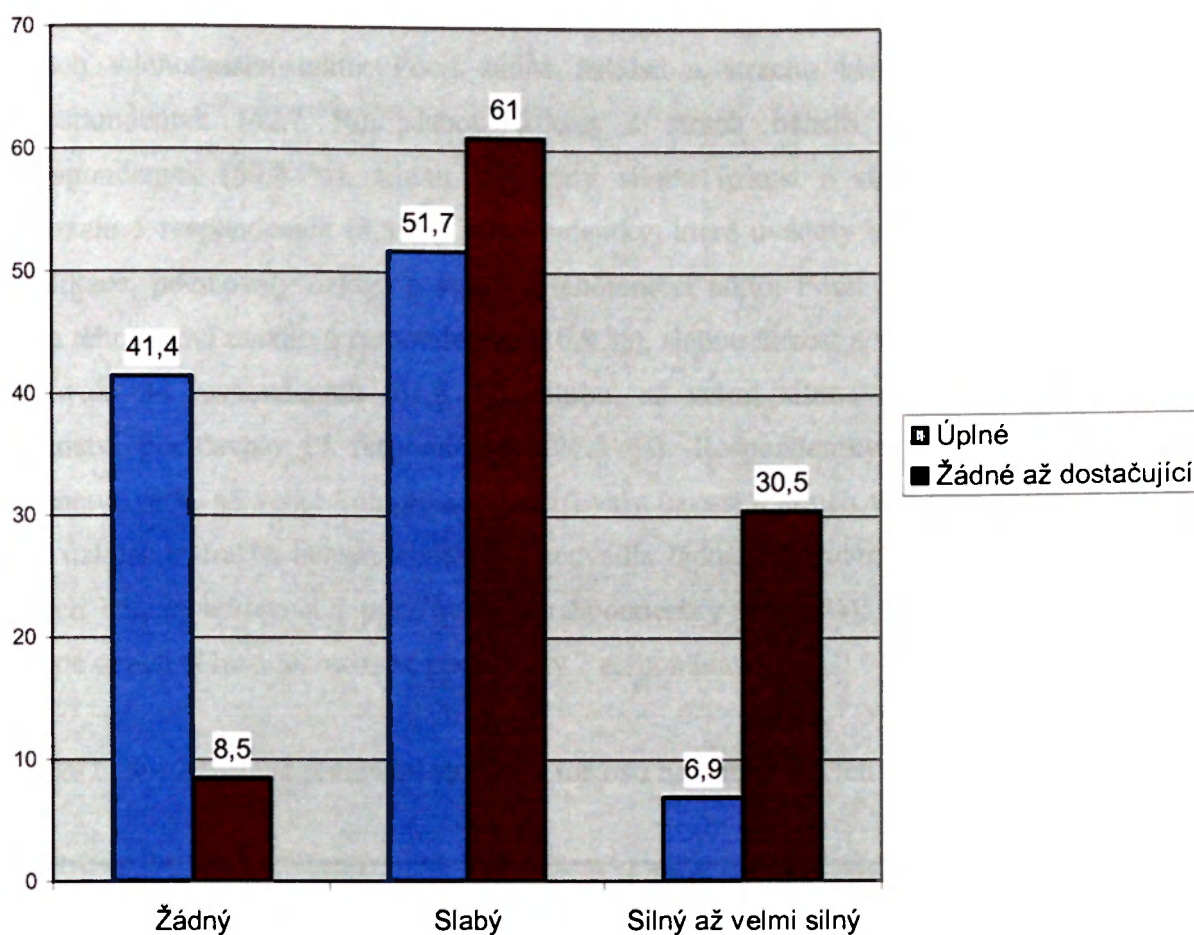
Tabulka č. 58: Závislost prožívání strachu a úzkosti na pocitu jistoty a bezpečí

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|-------------------------------------|----------------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 20,1 | 56,3 | 23,6 |
| Jistota a bezpečí během těhotenství | Úplné | 58 | 49,6 | 41,4 | 51,7 | 6,9 |
| | Žádné až dostačující | 59 | 50,4 | 8,5 | 61,0 | 30,5 |

Z výsledků je patrné a byla prokázána vysoká statistická významnost, že respondentky, které podle svého subjektivního označení měly během těhotenství úplný pocit jistoty a bezpečí, mají procentuelně statisticky velmi významně větší zastoupení v prožívání žádného strachu a úzkosti v těhotenství a velmi statisticky významně menší zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství oproti kategorii respondentek, které podle svého subjektivního označení měly během těhotenství částečný, až žádný pocit jistoty a bezpečí. Naopak respondentky, které neměly během těhotenství úplný pocit jistoty a bezpečí, mají procentuelně statisticky velmi významně menší zastoupení v prožívání žádného strachu a úzkosti v těhotenství a velmi statisticky významně větší zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství. Tímto byla prokázána velmi vysoká statistická závislost v prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na pocitu jistoty a bezpečí u respondentek. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 42

Závislost na pocitu jistoty a bezpečí



Závěr: Byla prokázána statisticky významná závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na pocitu jistoty a bezpečí, respondentky, které neměly úplný pocit jistoty a bezpečí prožívaly v těhotenství více strachu a úzkosti.

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na komplikacích během těhotenství

Respondentky byly zařazeny, podle subjektivní míry komplikací během těhotenství, do tří kategorií. Respondentky, které měly těhotenství zcela bez komplikací, pociťovaly úzkost a strach v těhotenství takto: Pocit žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedlo 24 respondentek (40,7 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 30 respondentek (50,8 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 5 respondentek (8,5 %). Respondentky, které uváděly během těhotenství menší komplikace, pociťovaly úzkost a strach v těhotenství takto: Pocit žádné úzkosti a strachu během těhotenství uvedlo 6 respondentek (10,9 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 34 respondentek (61,8 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovalo 15 respondentek (27,3 %). Respondentky, které uváděly během těhotenství větší, až velké komplikace, pociťovaly úzkost a strach v těhotenství takto: Pocit žádné úzkosti a strachu během těhotenství neuvedla žádná respondentka (0 %), slabou úzkost a strach během těhotenství pociťovaly 3 respondentky (60,0 %), silnou, až velmi silnou úzkost a strach během těhotenství pociťovaly 2 respondentky (40,0 %).

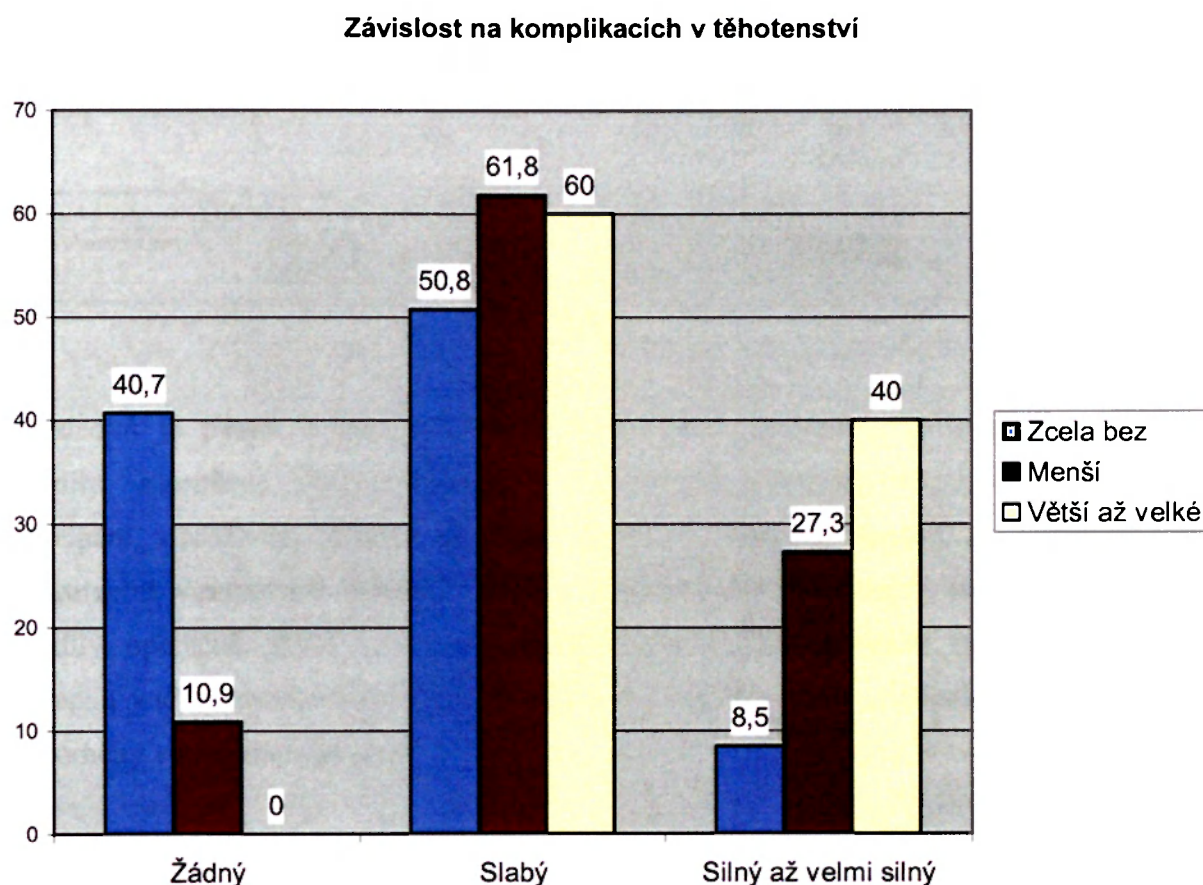
Tabulka č. 59: Závislost prožívání strachu a úzkosti na komplikacích v těhotenství

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|------------------------------|----------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Komplikace během těhotenství | Zcela bez | 59 | 49,6 | 25,2 | 50,8 | 8,5 |
| | Menší | 55 | 46,2 | 0 | 61,8 | 27,3 |
| | Větší až velké | 5 | 4,2 | 0 | 60,0 | 40,0 |

Z výsledků je patrné a byla prokázána statistická významnost, že respondentky, které podle svého subjektivního označení měly těhotenství zcela bez komplikací, mají procentuelně statisticky velmi významně větší zastoupení v prožívání žádného strachu a úzkosti v těhotenství a statisticky významně menší zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství oproti ostatním kategoriím respondentek. Respondentky, které podle svého subjektivního označení měly v těhotenství menší komplikace, mají procentuelně statisticky velmi významně menší zastoupení v prožívání žádného strachu a úzkosti v těhotenství a statisticky významně větší zastoupení v prožívání silného, až velmi silného

strachu a úzkosti v těhotenství. Respondentky, které podle svého subjektivního označení měly v těhotenství větší, až velké komplikace, jsou významně nejvíce procentuálně zastoupeny v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti a v prožívání žádného strachu a úzkosti nejsou zastoupeny vůbec, ale vzhledem k velmi malému počtu respondentek v této kategorii nelze mluvit o statistické významnosti. Tímto byla prokázána velmi vysoká statistická závislost v prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na pocitu komplikací během těhotenství. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 43



Závěr: Byla prokázána statisticky významná závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na komplikacích během těhotenství, respondentky, které udávaly komplikace v těhotenství prožívaly v těhotenství více strachu a úzkosti.

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na způsobu ukončení porodu

Respondentky, které porodily spontánně prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 27 respondentek (31,8 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 48 respondentek (56,6 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 10 respondentek (11,8 %). Respondentky, které měly operační porod (akutní císařský řez nebo klešťový porod), prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedly 3 respondentky (12,5 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 15 respondentek (62,5 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 6 respondentek (25,0 %).

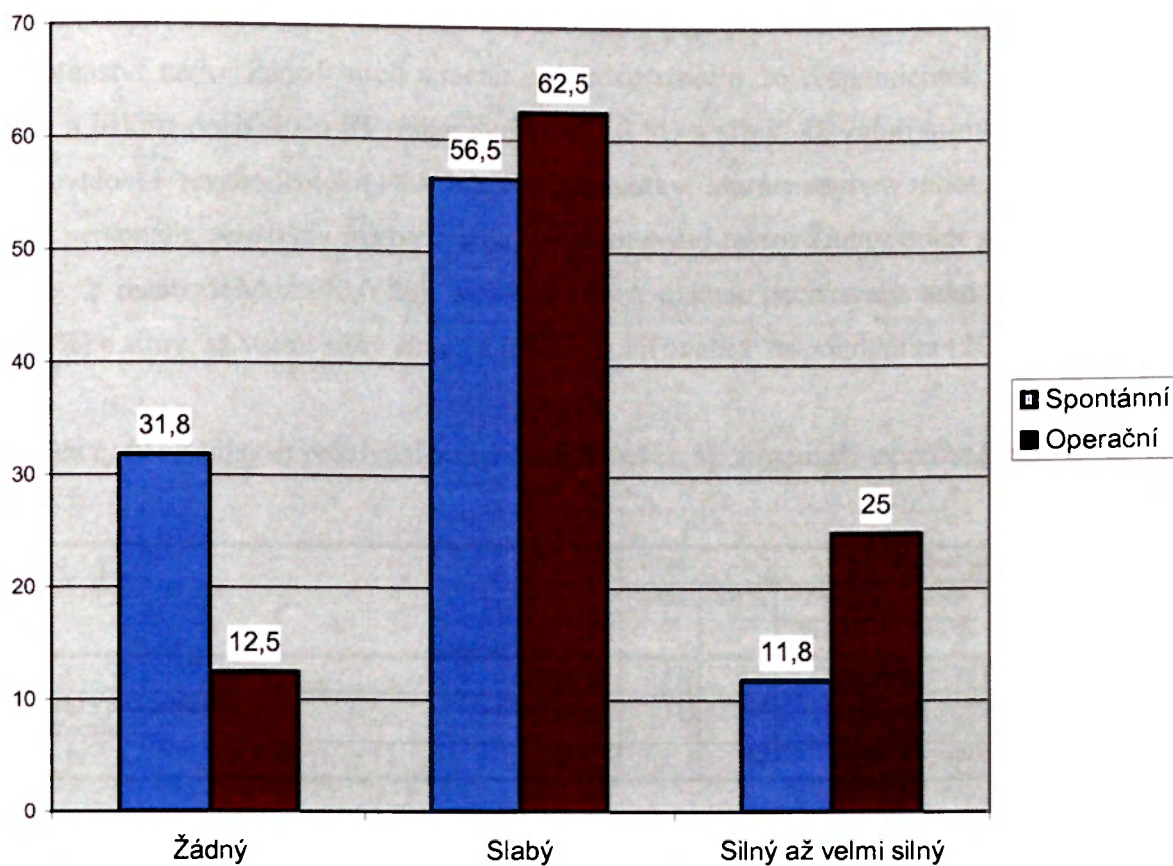
Tabulka č. 60: Závislost prožívání strachu a úzkosti na způsobu ukončení porodu

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|------------------------|-----------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Způsob ukončení porodu | Spontánní | 85 | 78,0 | 31,8 | 56,5 | 11,8 |
| | Operační | 24 | 22,0 | 12,5 | 62,5 | 25,0 |

Z výsledků je patrné a byla prokázána statistická významnost, že respondentky, které porodily spontánně, měly v těhotenství procentuelně statisticky velmi významně menší zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti a statisticky větší procentuelní v prožívání žádného strachu a úzkosti oproti kategorii respondentek, které porodily operačně. Byla tedy prokázána vzájemná závislost mezi prožíváním úzkosti a strachu v těhotenství a způsobem ukončení porodu. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 44

Závislost na způsobu ukončení porodu



Závěr: Byla prokázána statisticky významná závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na způsobu ukončení porodu, respondentky, které rodily spontánně prožívaly v těhotenství méně strachu a úzkosti, než respondentky, které měly operační porod.

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na spokojenosti s péčí personálu během těhotenství

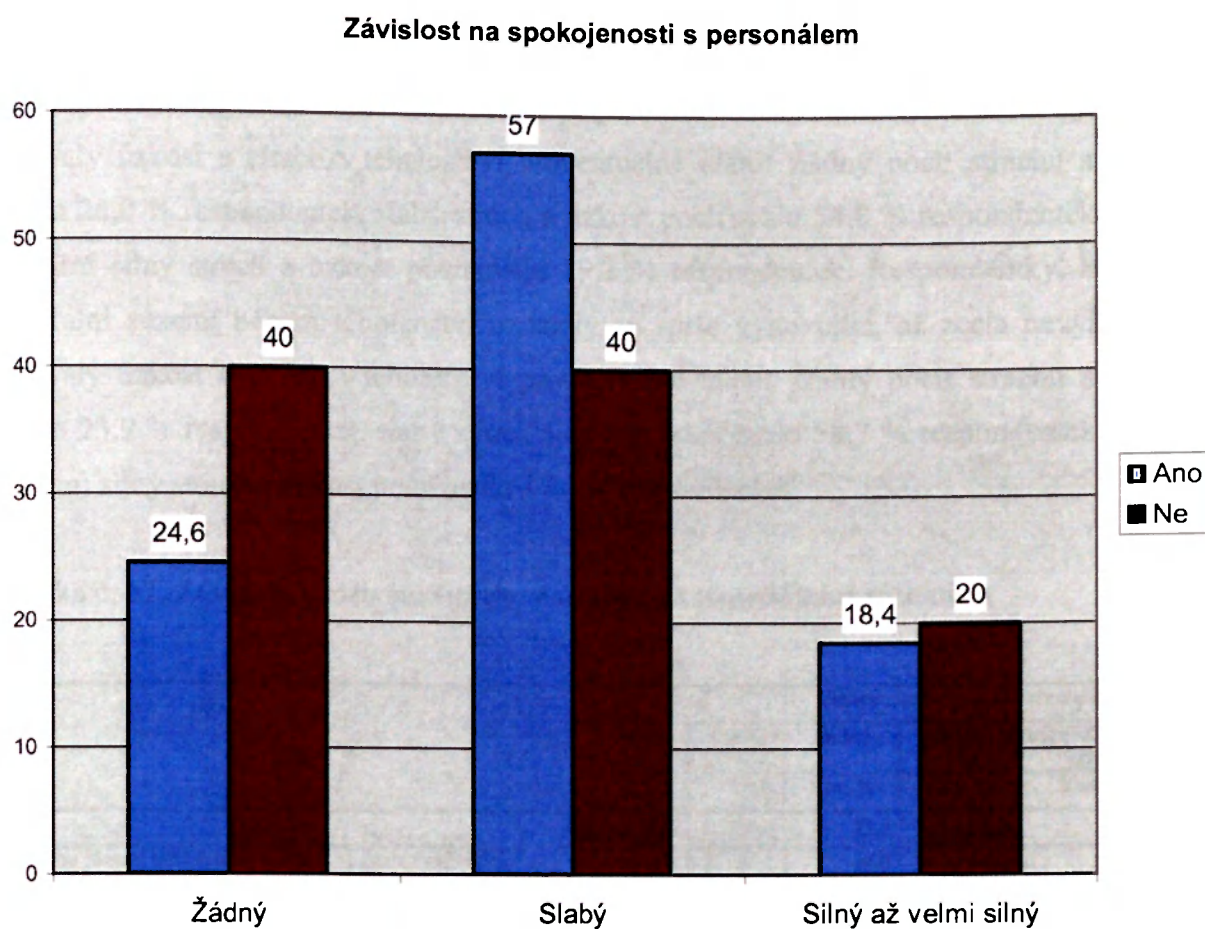
Respondentky, které byly v těhotenství spokojené s péčí personálu, prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 26 respondentek (24,6 %), slabý strach a úzkost pociťovalo 65 respondentek (57,0 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 11 respondentek (18,5 %). Respondentky, které nebyly v těhotenství spokojené s péčí personálu, prožívaly úzkost a strach v těhotenství takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedly 2 respondentky (40,0 %), slabý strach a úzkost pociťovaly také 2 respondentky (40,0 %) a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovala 1 respondentka (20,0 %).

Tabulka č. 61: Závislost prožívání strachu a úzkosti na spokojenosti s personálem

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|--|-----|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Spokojenost s péčí personálu během těhotenství | Ano | 114 | 95,8 | 24,6 | 57,0 | 18,4 |
| | Ne | 5 | 4,2 | 40,0 | 40,0 | 20,0 |

Tyto výsledky ukazují, že se obě kategorie respondentek v procentuelním zastoupení v prožívání strachu a úzkosti v těhotenství vzájemně liší, ale vzhledem k velmi malému počtu nespokojených respondentek s péčí personálu nelze toto šetření nijak statisticky hodnotit. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 45



Závěr: Z výsledků nebyla prokázána závislost prožívání strachu a úzkosti u respondentek v těhotenství na spokojenosti s péčí personálu během těhotenství.

Závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na materiálním zázemí během těhotenství

Respondentky, které své materiální zázemí během těhotenství označily za zcela vyhovující, prožívaly úzkost a strach v těhotenství procentuálně takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 26,0 % respondentek, slabý strach a úzkost pociťovalo 54,8 % respondentek a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 19,2 % respondentek. Respondentky, které své materiální zázemí během těhotenství označily za spíše vyhovující, až zcela nevhovující, prožívaly úzkost a strach v těhotenství procentuálně takto: Žádný pocit strachu a úzkosti uvedlo 23,9 % respondentek, slabý strach a úzkost pociťovalo 58,7 % respondentek a silný, až velmi silný strach a úzkost pociťovalo 17,4 % respondentek.

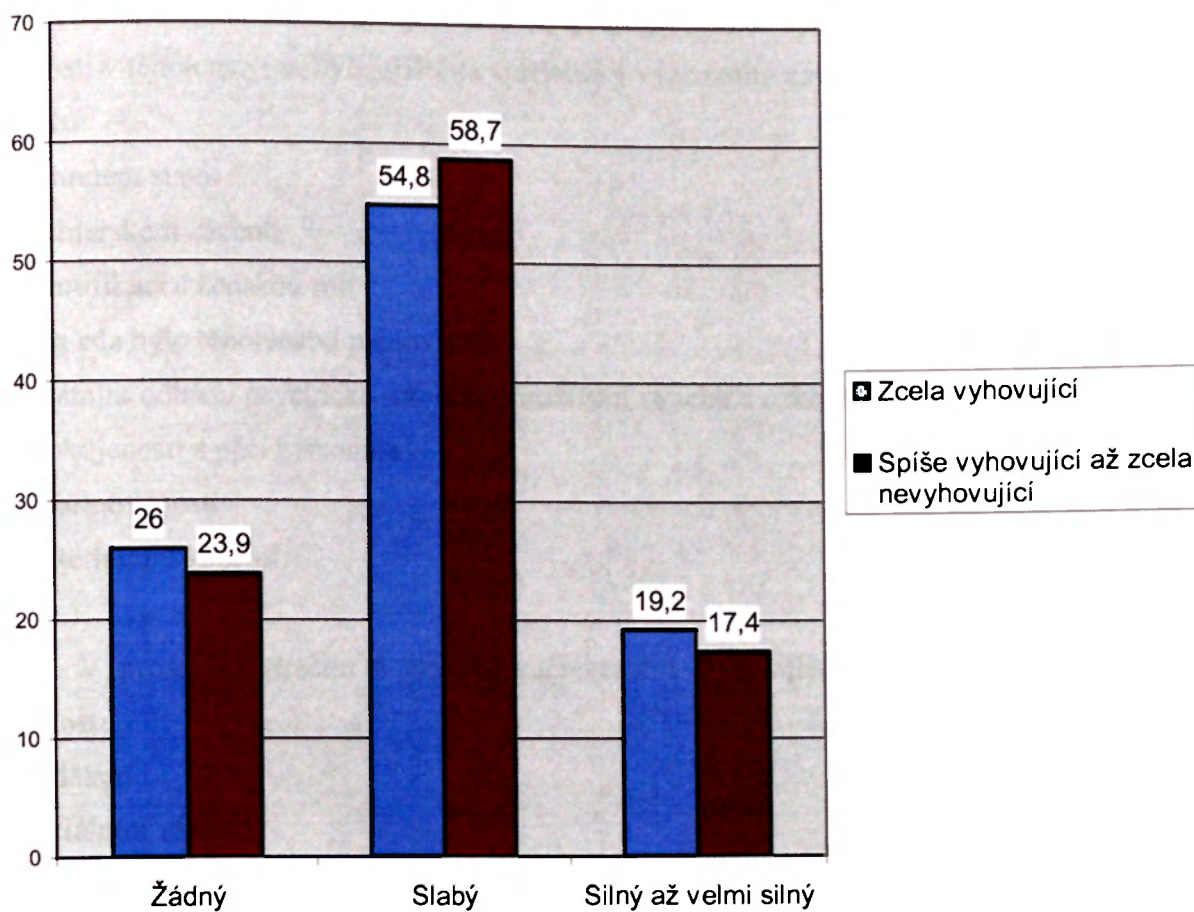
Tabulka č. 62: Závislost prožívání strachu a úzkosti na materiálním zázemí

| | | Total | | Strach a úzkost během těhotenství | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|----------------------|
| | | Count | Col % | Žádný | Slabý | Silný až velmi silný |
| | | | | Row % | Row % | Row % |
| Total | | 119 | 100,0 | 25,2 | 56,3 | 18,5 |
| Materiální zázemí během těhotenství | Zcela vyhovující | 68 | 57,1 | 26,0 | 54,8 | 19,2 |
| | Spíše vyhovující až zcela nevhovující | 51 | 42,9 | 23,9 | 58,7 | 17,4 |

Tyto výsledky ukazují, že se obě kategorie respondentek v procentuálním zastoupení v prožívání strachu a úzkosti v těhotenství minimálně vzájemně liší, nebyla zjištěna žádná statistická významnost. Pro lepší přehlednost jsou výsledky znázorněny v následujícím grafu.

Graf č. 46

Závislost na materiálním zázemí



Závěr: Nebyla zjištěna závislost v prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na materiálním zázemí respondentek.

Tímto dalším šetřením jsme chtěli zjistit, zda existují nějaké závislosti v prožívání strachu a úzkosti u těhotných žen. Zda je možné předem odhadnout, které ženy budou více prožívat pocity strachu a úzkosti v těhotenství.

Ze všech zkoumaných závislostí byly zjištěny tyto výsledky. V prožívání strachu a úzkosti v těhotenství **nebyla zjištěna statisticky významná závislost:**

na věku

na rodinném stavu

na partnerském zázemí

na identifikaci s ženskou rolí

na tom zda bylo těhotenství plánované

na vlastním odhadu psychické stability - prožívání strachu a úzkosti

na spokojenosti s péčí personálu

na informovanosti

na materiálním zázemí

V prožívání strachu a úzkosti v těhotenství **byla zjištěna statisticky významná závislost:**

na vzdělání

na sociálním zázemí

na předcházejících neúspěšných těhotenstvích

na subjektivním pocitu komplikací v těhotenství

na způsobu ukončení porodu

na pocitu jistoty a bezpečí

Nebyla zkoumána statistická závislost na nechtěném těhotenství, protože jen 4 respondentky uvedly, že jejich těhotenství bylo v počátku nechtěné, na konci označily své těhotenství za chtěné všechny respondentky.

Ze všech psychosociálních údajů, které jsme zkoumali a které můžeme u těhotné ženy anamnesticky nebo jiným zkoumáním předem zjistit, vyplývá, že psychosociální anamnéza pro nás může být dobrým obecným vodítkem, ale jen podle této anamnézy nemůžeme předem zcela objektivně posoudit, zda žena bude nebo nebude v těhotenství prožívat strach

a úzkost. Z výsledků našeho šetření vyplývá, že prožívání strachu a úzkosti je u těhotných žen individuální a že je třeba individuálně sledovat psychický stav u každé ženy.

Především je třeba věnovat zvýšenou pozornost psychickému stavu u žen, které mají v těhotenství komplikace, u žen, které mají v anamnéze předchozí neúspěšné těhotenství, a u žen, které v těhotenství mají deficit pocitu jistoty a bezpečí, neboť všechny tyto skupiny žen prožívají více strachu a úzkosti.

Diskuse

Dnes již nikdo nepochybuje o tom, že těhotná žena by měla být v dobrém psychickém stavu, bez nadměrné úzkosti a strachu. Psychosomatická medicína předpokládá negativní vliv prožívání strachu a úzkosti na vznik komplikací v těhotenství a při porodu. Prenatální psychologové se shodují v tom, že negativní prožívání těhotenství ovlivňuje budoucí život narozeného dítěte. Přesto zdravotníci v praxi, podle mého názoru, věnují psychickému stavu těhotné ženy stále nedostatečnou pozornost.

Zkoumání duševního života patří mezi nejsložitější oblasti vědeckého výzkumu. Vlivy determinující lidskou psychiku jsou velmi rozmanité, uplatňují se nejen faktory vnitřní, geneticky dané, ale i faktory vnější, přírodní a společenské.

Také problematika sledování psychického stavu těhotné ženy je velmi složitá, dokladem toho může být i malé množství studií, které se této problematice věnují. Při studiích, které se zabývaly zkoumáním psychických stavů těhotných žen, používali autoři různé metody, výsledky výzkumů jsou často rozporuplné. Je otázkou, do jaké míry lze subjektivní pocit úzkosti a strachu v těhotenství objektivně zhodnotit, a tím i výsledky šetření pokládat za zcela relevantní. Úzkost i strach jsou subjektivní pocity, proto je třeba těmto pocitům věřit stejně tak, jako jsme se to již naučili u pocitů bolesti, kterou v roce 1983 definoval McDaffery takto: „Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí“ (Sofaer, 1997).

Náš výzkum jsme se pokusili objektivizovat standardizovaným dotazníkem na měření psychických stavů, který mimo jiné zkoumá úzkost a obavy. V subjektivním označení strachu a úzkosti u respondentek byla prokázána standardizovaným šetřením následující shoda: V kategorii žádný strach a úzkost v těhotenství byla 100 % shoda se standardizovaným šetřením, v kategorii slabý strach a úzkost byla 64,5 % shoda se standardizovaným šetřením a v kategorii silný až velmi silný strach a úzkost byla ve 100 % rovněž shoda se standardizovaným šetřením. Z těchto výsledků vyplývá, že respondentky dokáží subjektivně velmi dobře odhadnout svůj psychický stav a tímto můžeme považovat výsledky subjektivního prožívání úzkosti a strachu u respondentek za objektivní. Přes tato fakta však nemůžeme zcela vyloučit i určité možné zkreslení tohoto konkrétního výzkumu. Respondentky totiž vyplňovaly dotazníky v době, kdy již měly po porodu a k prožívání v těhotenství se vyjadřovaly zpětně. Přestože se respondentky mohly vyjádřit jak k průběhu

porodu, tak i k době po porodu, mohly být výsledky na jednu stranu ovlivněny tím, že, tak říkajíc, vše „šťastně dopadlo“, ale na druhou stranu také komplikacemi při porodu nebo po porodu.

V naší práci jsme zkoumali, kdy a do jaké míry prožívají respondentky strach a úzkost v těhotenství. Bylo zjištěno, že pocit úzkosti a strachu byl nejsilnější v I. a III. trimestru těhotenství, ve II. trimestru byl zaznamenán určitý pokles tohoto pocitu, tyto výsledky se plně shodují s výsledky, které jsou uváděny v odborné literatuře. Podle subjektivního pocitu prožívá v těhotenství téměř 60 % respondentek slabý strach a úzkost, téměř 20 % prožívá silný, až velmi silný strach a úzkost v těhotenství. Podle objektivního zhodnocení pomocí standardizovaného dotazníku SUPOS bylo v úzkostech a obavách více než 60 % respondentek. I když připustíme, že určitá míra úzkosti a strachu je v těhotenství „normální“, přesto se zdají tato čísla poměrně vysoká.

Dále jsme zjišťovali, jaké důvody uvádějí těhotné ženy jako příčinu prožívání svého strachu v těhotenství. V I. trimestru těhotenství se výrazně nejvíce respondentky obávaly potratu, ostatní důvody byly méně časté. Celkově se uvedené důvody strachu shodují s důvody, které jsou uváděny v odborné literatuře, avšak tak výrazná dominance strachu z potratu v literatuře není zmiňována. Ve II. trimestru těhotenství se respondentky nejvíce obávaly vrozené vývojové vady u svého dítěte a blíže neurčených komplikací, ostatní důvody byly méně časté, celkově se důvody strachu shodují s těmi, které jsou uváděny v odborné literatuře. Ve III. trimestru těhotenství se respondentky výrazně nejvíce obávaly porodu, následoval strach o zdraví svého dítěte a též strach z předčasného porodu, ostatní důvody byly méně časté, celkově se také důvody strachu shodují s těmi, které jsou uváděny v odborné literatuře.

Zjišťovali jsme rovněž, zda existují nějaké závislosti v prožívání strachu a úzkosti u těhotných žen. Byly zjištěny následující statisticky významné závislosti:

Statisticky významně se potvrdila závislost na vzdělání ženy. Ženy s nejvyšším vzděláním prožívaly více strachu a úzkosti, naopak ženy s nejnižším vzděláním prožívaly strach a úzkost méně intenzivně. Tyto výsledky jsou v rozporu s poznatkami, které jsou uváděny v odborné literatuře, ta většinou uvádí, že více strachu a úzkosti mají ženy méně vzdělané, k ženám s vyšším vzděláním se literatura nevyjadřuje.

Potvrdila se závislost na partnerském zázemí, i když nebyla potvrzena statistická významnost, a na sociálním zázemí, u něhož byla potvrzena statistická významnost. Ženy, které nemají velmi dobré partnerské a sociální zázemí, prožívají více úzkost a strach v těhotenství. Tyto výsledky se shodují s poznatky uváděnými v odborné literatuře.

Statisticky se potvrdila závislost na tom, zda se jednalo o těhotenství první nebo více než první. Respondentky, které nebyly těhotné poprvé (v anamnéze abort, interrupce, mimoděložní těhotenství), mají statisticky významně větší zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství, naopak respondentky, které byly těhotné poprvé, mají toto zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství statisticky významně nižší. V dostupné literatuře jsou u žen s opakovanými potraty dokonce popisovány různé psychologické odchylky, jako vyšší úzkostnost, sklon k somatizaci, emoční labilita a podobně, ale nenašla jsem žádné statistické údaje, které by se k této závislosti přímo vyjadřovaly.

Potvrdila se závislost na pocitu jistoty a bezpečí v těhotenství, zde byla prokázána vysoká statistická významnost. Respondentky, které, podle svého subjektivního označení, měly během těhotenství úplný pocit jistoty a bezpečí, mají statisticky velmi významně nižší prožívání strachu a úzkosti, naopak respondentky, které neměly během těhotenství úplný pocit jistoty a bezpečí, mají statisticky velmi významně větší prožívání strachu a úzkosti. Tato velmi vysoká statistická závislost prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na pocitu jistoty a bezpečí je logická, neboť pocit jistoty a bezpečí je do jisté míry jakýmsi protipólem pocitu úzkosti a strachu. Možná by stálo za zvážení, zda by nebylo pro těhotné ženy snazší odpovídat na otázku, proč nemají v těhotenství pocit jistoty a bezpečí a z čeho tento pocit pramení, než na otázku, proč mají strach a úzkost v těhotenství a z čeho tyto pocity pramení, to by mohlo být předmětem dalšího zkoumání.

Dále se statisticky potvrdila závislost na subjektivním pocitu komplikací v těhotenství. Respondentky, které podle svého označení neměly komplikace v těhotenství, prožívaly významně méně strach a úzkost, čím více komplikací respondentky v těhotenství měly, tím více pocit'ovaly strach a úzkost. Tato velmi vysoká statistická závislost v prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na komplikacích během těhotenství je logická, ale na druhou stranu, podle psychosomatické medicíny, nemůžeme zcela opomenout vliv psychického stavu na vznik onemocnění nebo na případné zkomplikování tohoto onemocnění. Odborná literatura se k této problematice vyjadřuje ve smyslu, že při výskytu těhotenské patologie je velmi těžké určit, která příčina je primární a která je druhotná.

Statisticky se potvrdila závislost na způsobu ukončení porodu. Respondentky, které porodily spontánně, měly v těhotenství statisticky významně menší prožívání strachu a úzkosti než respondentky, které porodily operačně. Je možné, že tato závislost mohla být ovlivněna právě tím, že respondentky vyplňovaly tento dotazník až po porodu, avšak i odborná literatura se shoduje na negativním vlivu vyšší hladiny strachu a úzkosti na vlastní průběh porodu, a to jak delší a obtížnější porod, tak i na vyšší míru prožívané bolesti, větší množství komplikací a operačních výkonů při porodu. Tato závislost, i když jsme si vědomi možného subjektivního zkreslení, prokázala negativní vliv prožívání strachu a úzkosti v těhotenství na způsob ukončení porodu. Tento negativní vliv strachu a úzkosti je popisován v odborné literatuře, ale podle mých zkušeností, zdravotníky stále podceňován.

Z hypotéz se nepotvrdila závislost na míře identifikace s ženskou rolí, zde jsme původně předpokládali, že ženy s nižší mírou identifikace prožívají v těhotenství více úzkosti a strachu. Naopak z výsledků je patrné, i když nebyla prokázána statistická významnost, že respondentky s nižší mírou identifikace prožívají strach a úzkost o něco méně. Tento fakt si lze hypoteticky vysvětlit tím, že se důvody strachu a úzkosti v těhotenství u respondentek dominantně vztahovaly k obavám o zdraví dítěte a o osud těhotenství a ne k obavám z průběhu těhotenství jako takového. Proto snad respondentky s vyšší mírou identifikace prožívají v těhotenství více strachu a úzkosti, stejně tak jako prožívá „pravá matka“ strach o své dítě, a to i přesto, že se identifikované ženy nejspíše lépe vyrovnávají s „běžnými obtížemi v těhotenství“ než ženy méně identifikované, u kterých tyto „běžné obtíže“ mohou být zdrojem strachu a úzkosti. Závislost strachu a úzkosti na identifikaci s ženskou rolí se potvrdila v diplomové práci Polívkové 1998, kde bylo zjištěno, že ženy ztotožněné s ženskou rolí, prožívají v menší míře úzkost a strach v těhotenství. Tento výzkum byl však prováděn až posledním trimestrem těhotenství, v období kdy ženy prožívají strach a úzkost z blížícího se porodu a tyto pocity mohou právě více prožívat méně identifikované ženy. Tímto by se možná dal vysvětlit opačný výsledek těchto výzkumů.

Z hypotézy, která hledala závislost na informovanosti, se nepotvrdila jedna část: „ženy které udávají v těhotenství deficit informací prožívají více strachu a úzkosti“. Druhá část hypotézy se potvrdila, „dostatek informací pomáhá těhotným ženám odstranit nebo alespoň snížit prožívání úzkosti a strachu“. To, že se nepotvrdila první část hypotézy a druhá ano bylo překvapující. Snad jediné logické vysvětlení by mohlo být, že ženy, které prožívají z nějakých důvodů strach a úzkost, si shánějí informace, proto se cítí zcela dostatečně informovány, tyto informace jim pak pomáhají snižovat jejich strach a úzkost. Ženy, které

nepocitují strach a úzkost, nemají takovou potřebu získávat tolik informací, a tak se cítí pouze částečně a málo informovány.

Zjišťovali jsme, zda je možné předem odhadnout, které ženy budou více prožívat v těhotenství pocity strachu a úzkosti. Ze všech psychosociálních údajů, které jsme zkoumali a které můžeme u těhotné ženy anamnesticky nebo jiným zkoumáním předem zjistit, nám vyšly tyto závěry. V prožívání strachu a úzkosti v těhotenství nebyla zjištěna statisticky významná závislost:

- na věku
- na rodinném stavu
- na partnerském zázemí
- na identifikaci s ženskou rolí
- na tom zda bylo těhotenství plánované
- na vlastním odhadu psychické stability - prožívání strachu a úzkosti
- na materiálním zázemí

V prožívání strachu a úzkosti v těhotenství byla zjištěna statisticky významná závislost:

- na vzdělání
- na sociálním zázemí
- na předcházejících neúspěšných těhotenstvích
- na pocitu jistoty a bezpečí

V práci nebyla zkoumána statistická závislost na nechtěném těhotenství, protože jen 4 respondenty uvedly, že jejich těhotenství bylo v počátku nechtěné, na konci bylo těhotenství chtěné u všech respondentek. Myslím si, že pouze podle závislosti na vzdělání, sociálním zázemí a předchozím neúspěšném těhotenství, nemůžeme předem objektivně posoudit, zda žena bude nebo nebude v těhotenství prožívat strach a úzkost. Pocit jistoty a bezpečí je do jisté míry protipólem pocitu úzkosti a strachu. Myslím, že prožívání strachu a úzkosti je u těhotných žen individuální, náš výzkum to do jisté míry také potvrzuje, a tak se tedy nelze soustředit jen na určitou skupinu žen. Psychosociální anamnéza pro nás může být dobrým obecným vodítkem, ale nejdůležitější je však potřeba individuálně sledovat psychický stav u každé ženy. Z výsledků našeho šetření vyplývá, že není možné předem odhadnout, které ženy budou více prožívat v těhotenství pocity strachu a úzkosti.

Zjišťovali jsme též, co pomáhá těhotným ženám pocity strachu a úzkosti odstranit nebo mírnit. Připadalo nám nejjednodušší tuto otázku položit respondentkám přímo. Na tuto přímou otázku odpovědělo 96 % respondentek našeho souboru. Z odpovědí respondentek jsme zjistili, že nejvíce pomáhají zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu v těhotenství informace, dále podpora partnera a také profesionální přístup zdravotníků. Je patrné, že vyjma podpory partnera, jsou to právě zdravotníci, kteří mohou významně pomoci těhotným ženám zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu.

Dále jsme zjišťovali, jakým způsobem získávají těhotné ženy informace o těhotenství a které z těchto informací pokládají za nejpřínosnější.

Respondentky mohly v této otázce označit více možností z nabídnutých odpovědí a případně doplnit ještě další své zdroje informací. Nejčastěji uváděné zdroje informací jsou tyto: 91 % respondentek získalo informace čtením literatury a časopisů, od přítelkyň získalo informace 80,2 % respondentek, od matky pak získalo informace 52,2 %, od lékařů 47,9 % respondentek, z internetu 47,9 %, 38 % respondentek pak získalo informace v kurzech předporodní přípravy a od porodních asistentek získávalo informace 28,9 % respondentek. Další způsob získávání informací byl méně častý.

Přínos jednotlivých zdrojů informací jsme zjistili tak, že jsme přepočítali, jakým způsobem respondentky v těhotenství informace získaly a pak je následně označily za nejpřínosnější. Nejpřínosnějším zdrojem informací byl prenatální kurz, téměř ze 70 %, dále pak literatura, téměř z 50 %, přítelkyně téměř z 39 %, internet z necelých 38 %, lékař z 36 %, porodní asistentka téměř z 32 % a matka z 28 %. Ostatní zdroje byly označeny za nejpřínosnější méně často.

Z výsledků je patrné, že se jako nejpřínosnější ukázaly informace z prenatálních kurzů, bohužel tyto kurzy absolvovalo z našeho souboru jen 38 % respondentek. Vzhledem k výsledkům se domnívám, že by bylo vhodné, aby prenatální kurzy navštěvovalo co možná nejvíce těhotných žen. Literatura byla zcela nejčastějším zdrojem informací, ale její přínosnost je pouhých 50 %, je tedy důležité pomoci těhotným ženám vybrat „kvalitní“ literaturu. Domnívám se, že četnost získaných informací od lékařů a hlavně od porodních asistentek, je velmi nízká a bohužel stejně nízká je i jejich uvedená přínosnost. V tomto ohledu vidím stále velké rezervy na straně zdravotníků.

V závěru diskuse bych chtěla konstatovat, že zpracování diplomové práce bylo pro mne přínosem. Celému procesu, od zpracování teoretické části, vypracování dotazníku, vlastnímu výzkumu, třídění výsledků výzkumu a zpracování empirické části práce, jsem věnovala velké množství času. Dnes na konci této práce, vidím určité aspekty, které bych zpětně udělala jinak.

Uvědomuji si, že k tomu, aby mohl být tento výzkum pokládán za zcela objektivní, musel by být psychický stav u respondentek hodnocen během celého těhotenství, ne až po porodu a také u daleko rozsáhlejšího souboru respondentek. Nejsm si zcela jista, zda je možné, takto dlouhodobý a rozsáhlý výzkum, samostatně zpracovat v rámci diplomové práce.

I když nebylo cílem této práce zkoumat, do jaké míry věnují zdravotníci pozornost psychickému stavu těhotné ženy, cítím, že subjektivní hodnocení nedostatečné pozornosti zdravotníků k psychickému stavu těhotných žen, které se sice zakládá na mé zkušenosti z praxe i zkušenostmi mých kolegyň, psychologů, těhotných žen a matek po porodu, by bylo potřeba objektivizovat. Myslím si, že tato problematika by mohla být podnětem pro další výzkumy.

Závěr

Výzkumným šetřením jsme ověřovali cíle této diplomové práce:

- Zjistit, kdy a do jaké míry prožívají těhotné ženy – prvorodičky strach a úzkost v těhotenství.
- Zjistit, jaké důvody uvádějí těhotné ženy jako příčinu prožívání svého strachu v těhotenství.
- Zjistit, co pomáhá těhotným ženám pocity strachu a úzkosti odstranit nebo mírnit.
- Zjistit, zda existují nějaké závislosti v prožívání strachu a úzkosti u těhotných žen.
- Zjistit, zda je možné předem odhadnout, které ženy budou více prožívat pocity strachu a úzkosti v těhotenství.
- Zjistit jakým způsobem získávají těhotné ženy informace o těhotenství a které informace pokládají za nejpřínosnější.

Ke splnění cílů výzkumu a k ověření hypotéz jsme použili tyto metody:

- nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce
- nestandardizovaný dotazník k určování míry identifikace s ženskou rolí
- standardizovaný dotazník na měření struktury a dynamiky psychických stavů SUPOS - 7

K vyhodnocení dat jsme použili metodu statistického zpracování pomocí počítačového programu SPSS. Pro zjištění statistické významnosti byl použit počítačový program kompatibilní s SPSS.

Charakteristika výzkumného vzorku:

Šetření probíhalo ve třech porodnicích, dvou pražských a jedné mimopražské. Celkový výzkumný vzorek tvořilo 121 respondentek, z nichž u 41 respondentek byl navíc proveden výzkum pomocí standardizovaného dotazníku. Výzkum byl prováděn

u prvorodiček a probíhal v době po porodu, během jejich hospitalizace na oddělení šestinedělí.

Průměrný věk respondentek byl 28,35 let, věkový rozptyl respondentek byl od 19 do 41 let.

Nejvíce respondentek 38,8 % mělo vzdělání střední s maturitou, 27,3 % respondentek mělo vzdělání vysokoškolské, 23,1 % respondentek bylo vyučeno nebo mělo střední vzdělání bez maturity, 8,3% respondentek mělo vyšší odborné vzdělání a základní vzdělání mělo 2,5 % respondentek.

Ve sledovaném souboru bylo 23,1 % respondentek svobodných, 74,4 % respondentek vdaných a 2,5 % respondentek bylo rozvedených.

Výsledky celkového šetření:

Podle subjektivního pocitu prožívá v těhotenství téměř 60 % respondentek slabý strach a úzkost, téměř 20 % prožívá silný, až velmi silný strach a úzkost. Podle objektivního zhodnocení pomocí standardizovaného dotazníku SUPOS bylo v úzkostech a obavách více než 60 % respondentek.

Bylo zjištěno, že pocit úzkosti a strachu byl nejsilnější v I. a III. trimestru těhotenství, ve II. trimestru byl zaznamenán určitý pokles tohoto pocitu.

Hlavním důvodem strachu v I. trimestru těhotenství u respondentek byla obava z potratu, ostatní důvody byly méně časté. Ve II. trimestru těhotenství se respondentky nejvíce obávaly vrozené vývojové vady u svého dítěte a blíže neurčených komplikací, ostatní důvody byly méně časté. Ve III. trimestru těhotenství se respondentky výrazně nejvíce obávaly porodu, dále pak měly strach o zdraví svého dítěte a strach z předčasného porodu.

Informace o těhotenství získávaly respondentky čtením literatury a časopisů v 91 %, od přítelkyň v 80,2 %, od matky v 52,2 %, od lékařů v 47,9 %, z internetu v 47,9 %, v kurzech předporodní přípravy v 38 %, od porodních asistentek v 28,9 %. Další způsob získávání informací byl méně častý.

Nejpřínosnějším zdrojem informací byl prenatální kurz, téměř ze 70 %, dále pak literatura, téměř z 50 %, přítelkyně, téměř z 39 %, internet, z necelých 38 %, lékař z 36 %, porodní asistentka, téměř z 32 % a matka z 28 %. Ostatní zdroje byly označeny za nejpřínosnější méně často.

Nejvíce pomáhají respondentkám zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu v těhotenství informace 33,5 %, dále podpora partnera 19,5 % a také profesionální přístup zdravotníků 13,9 %. Je patrné, že vyjma podpory partnera, jsou to právě zdravotníci, kteří mohou významně pomoci těhotným ženám zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu.

Zjišťovali jsme, zda je možné předem odhadnout, které ženy budou více prožívat v těhotenství pocity strachu a úzkosti, zda existují nějaké závislosti v prožívání strachu a úzkosti u těhotných žen.

Statisticky se potvrdila závislost na vzdělání ženy. Ženy s nejvyšším vzděláním prožívaly více strachu a úzkosti, naopak ženy s nejnižším vzděláním prožívaly strach a úzkost méně.

Potvrdila se závislost na partnerském zázemí, i když nebyla potvrzena statistická významnost, a na sociálním zázemí, u něhož byla potvrzena statistická významnost. Ženy, které nemají velmi dobré partnerské a sociální zázemí, prožívají více úzkost a strach v těhotenství.

Statisticky se potvrdila závislost na tom, zda se jednalo o těhotenství první nebo více než první. Respondentky, které nebyly těhotné poprvé, mají statisticky významně větší zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství, naopak respondentky, které byly těhotné poprvé, mají toto zastoupení v prožívání silného, až velmi silného strachu a úzkosti v těhotenství statisticky významně menší.

Potvrdila se závislost na pocitu jistoty a bezpečí v těhotenství, kdy byla prokázána vysoká statistická významnost. Respondentky, které, podle svého subjektivního označení, měly během těhotenství úplný pocit jistoty a bezpečí, mají statisticky velmi významně menší prožívání strachu a úzkosti v těhotenství, naopak respondentky, které neměly během těhotenství úplný pocit jistoty a bezpečí, mají statisticky velmi významně větší prožívání strachu a úzkosti v těhotenství.

Dále se statisticky potvrdila závislost na subjektivním pocitu komplikací v těhotenství. Respondentky, které podle svého označení neměly komplikace v těhotenství,

prožívaly významně nejméně strach a úzkost, čím více komplikací respondentky v těhotenství měly, tím více pociťovaly strach a úzkost.

Statisticky se potvrdila závislost na způsobu ukončení porodu. Respondentky, které porodily spontánně, měly v těhotenství statisticky významně menší prožívání strachu a úzkosti než respondentky, které porodily operačně. Je možné, že tato závislost mohla být zkreslena tím, že respondentky vyplňovaly tento dotazník až po porodu.

Nepotvrdila se závislost na míře identifikace s ženskou rolí, předpokládali jsme, že respondentky s nižší mírou identifikace prožívají v těhotenství více úzkosti a strachu.

Nepotvrdila se závislost na deficitu informací, předpokládali jsme, že respondentky s deficitem informací, prožívají více strachu a úzkosti.

Dále se nepotvrdila závislost na subjektivním odhadu vlastní psychické stability, na věku respondentek, na rodinném stavu respondentek, na tom, zda bylo nebo nebylo těhotenství plánované a na materiálním zázemí respondentek.

Ze všech psychosociálních údajů, které jsme zkoumali a které můžeme u těhotné ženy anamnesticky nebo jiným zkoumáním předem zjistit, vyplývá, že psychosociální anamnéza pro nás může být dobrým obecným vodítkem, ale jen podle této anamnézy, nemůžeme předem zcela objektivně posoudit, zda žena bude nebo nebude v těhotenství prožívat strach a úzkost. Z výsledků našeho šetření můžeme konstatovat, že prožívání strachu a úzkosti je u těhotných žen individuální a je potřeba individuálně sledovat psychický stav u každé ženy.

Výsledky stanovených hypotéz:

H1 - Míra strachu a úzkosti u těhotných je závislá na míře identifikace s ženskou rolí, ženy s nižší mírou identifikace prožívají v těhotenství více úzkosti a strachu. Hypotéza se nepotvrdila, ženy s nižší mírou identifikace neprožívají v těhotenství více úzkosti a strachu.

H2 - Míra strachu a úzkosti u těhotných je závislá na vzdělání ženy, ženy s vyšším vzděláním prožívají v těhotenství více úzkosti a strachu. Hypotéza se potvrdila, ženy s vyšším vzděláním prožívají v těhotenství více úzkosti a strachu.

H3 – Ženy, které udávají v těhotenství deficit informací, prožívají více strachu a úzkosti. Dostatek informací pomáhá těhotným ženám odstranit nebo alespoň snížit prožívání úzkosti

a strachu. Hypotéza se potvrdila jen částečně, respondentky které udávají deficit informací neprožívají více strachu a úzkosti, dostatek informací pomáhá těhotným ženám odstranit nebo alespoň snížit prožívání úzkosti a strachu v těhotenství.

H4 – Ženy, které nemají v těhotenství dobré sociální a partnerské zázemí, prožívají více strachu a úzkosti. Hypotéza se potvrdila celkově, ženy které nemají dobré sociální a partnerské zázemí, prožívají více strachu a úzkosti.

Doporučení pro praxi

Těhotné ženy prožívají v těhotenství strach a úzkost, tyto pocity mohou vést ke komplikacím u ženy během těhotenství i během porodu, u dítěte pak mohou ovlivňovat celý jeho budoucí vývoj. Psychickému stavu těhotné ženy je třeba věnovat stejnou pozornost jako stavu fyzickému.

Nelze předem odhadnout, které ženy budou více prožívat v těhotenství pocity strachu a úzkosti, psychosociální anamnéza pro nás sice může být obecným vodítkem, ale nejdůležitější je však individuální sledování psychického stavu ženy. U žen, které mají v těhotenství komplikace a tedy prožívají více strachu a úzkosti, je třeba jejich psychickému stavu věnovat zvýšenou pozornost, stejně tak u žen, které mají v anamnéze předchozí neúspěšné těhotenství.

Pocitům strachu a úzkosti lze do jisté míry předcházet nebo je alespoň mírnit, nejvíce pomáhají těhotným ženám informace, dále podpora partnera a také profesionální přístup zdravotníků. Zdravotníci mohou svým profesionálním přístupem a poskytováním informací významně pomoci těhotným ženám zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu.

Nejpřínosnější informace získávají těhotné ženy z prenatálních kurzů, je vhodné těhotným ženám tyto kurzy doporučovat. Literatura je nejčastějším zdrojem informací, ale její přínosnost je pouhých 50%, je tedy důležité pomoci těhotným ženám vybrat „kvalitní“ literaturu. Četnost získaných informací od lékařů a hlavně od porodních asistentek, je velmi nízká a bohužel stejně nízká je i jejich uvedená přínosnost. Je potřeba tuto četnost a hlavně jejich přínosnost zvýšit.

Seznam použité literatury

1. BARTOŠÍKOVÁ, Z., TYRLÍK, M. Prožívání změn tělesné hmotnosti v graviditě. *Česká gynekologie*. 2002, ročník 67, č. 2. s. 65-71. ISSN 1210-7832
2. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. a kol. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993, ISBN 80-7169-031-7
3. BERÁNKOVÁ, S., MORAVCOVÁ, M. Otec dítěte – partner u porodu. *Sestra*, 2005, ročník 15, č. 10, str. 33. ISSN 1210-0404
4. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRB, B. a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada, 1999, ISBN 80-7169-355-3
5. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 1995, ISBN 80-7013-197-7
6. ČEPICKÝ, P. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: 1999, ročník 8, č. 3, s. 163-242. ISSN 1211-1058
7. ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy*. Praha: Ikem, 1992
8. DANZER, G. *Psychosomatika*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7171-456-7
9. DOLEŽAL, A., JELEN, K. Estetika těhotenství. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s.172-178.
10. FORSSTROMOVÁ, B., HAMPSONOVÁ, M. *Alexandrova technika v těhotenství a při porodu*. Brno: Barrister and Principal, 1996, ISBN 80-85947-11-0
11. FEDOR-FRAYBERGH, P. G. Prenatální a perinatální psychologie: nový interdisciplinární obor v měnícím se světě. *Medicína v praxi*. 2000, č. 4, s. 33-34. ISSN 1212- 8759
12. FEDOR-FRAYBERGH, P. G. Prenatální a perinatální psychologie a medicína: nový přístup k primární prevenci. *Sborník textů z mezinárodní konference o přirozeném porodu. Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperio, 2002, s. 39-41. ISBN 80-903087-1-6
13. FRYDRYCHOVÁ, E., LABUSOVÁ, A. a kol., *Průvodce porodnicemi české republiky*. Praha: Aperio, 2002, ISBN 80-903087-0-8
14. GASHIN, M. I. *Praktische Hebammen – Handbuch der natürlichen Geburt*. Papyrus Extra, 1998, ISBN 3-922731-16-3
15. GALA, C. České lidové pověry a pranostiky o ženách a z porodnictví. *Moderní Babictví*. 2003, č. 2, s. 43-47. ISBN 80-903183-6-3

16. GOER, H. Propast mezi výzkumem a praxí. *Sborník textů z mezinárodní konference o přirozeném porodu. Přivádíme děti na svět.* Praha: Aperio, 2002, s. 32-33. ISBN 80-903087-1-6
17. GOLDMANN, P. Dvojí přístup k mateřství. Dostupné na WWW:
<http://www.volny.cz/cpr.praha/publikace/goldmann1.htm>
18. GROF, S. Za hranice psychoanalýzy. Dostupné na WWW:
<http://www.holos.cz/holoscentrum/holotropni-dychani>
19. HÁJEK, Z. Prenatální péče u fyziologických gravidit. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 1999, ročník 8, č. 2, str. 63-65. ISSN 1211-1058
20. HÁJEK, Z. Prenatální riziko u komplikací a závažných patologických stavů v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 1999, ročník 8, č. 2, str. 66-76. ISSN 1211-1058
21. HÁJEK, Z. a kol. Psychosomatické aspekty rizikového těhotenství. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP.* Praha: Levret, 1999, s.155-158.
22. HÁJEK, Z. Péče o těhotnou s ohroženým plodem. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 2001, ročník 10, č. 1, str. 3-15. ISSN 1211-1058
23. HÁJEK, Z. Prenatální péče o fyziologické těhotenství. *Moderní Babictví.* 2004, č. 3, s. 16-19. ISSN 1214-5572
24. HANSON, A. L. Psychologické problémy komplikovaného těhotenství. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP.* Praha: Levret, 1999, s.159-162.
25. HÁTLOVÁ, V. Tělesnost. *Moderní Babictví.* 2005, č. 8, s. 24-27. ISSN 1214-5572
26. HAVLÍK, R. KOŤA, J. *Sociologie výchovy a školy.* Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-635-7
27. HERESOVÁ, J., NÝVLTOVÁ, A., VOLMUTHOVÁ, O., VLČEK, P. Hormonální a metabolické změny v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 2001, ročník 10, č. 1, str. 55-59. ISSN 1211-1058
28. HLAVÁČKOVÁ, J. Alternativní neboli přirozený porod. Dostupné na WWW:
<http://svet.namodro.cz/w-baraka/5/porody.htm>
29. HOFMANOVÁ, L. Péče o matku a dítě. *Sestra,* 2006, ročník 16, č. 3, str. 47. ISSN 1210-0404

30. HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf, 1995, ISBN 80-85800-05-5
31. HUČÍN, J. Jiný stav přináší i jiný svět. *Psychologie dnes*. 2000, ročník 6, č. 7/8, s.8-10. ISSN 1211-5886
32. HUČÍN, J. Lékař se snaží předejít komplikacím. *Psychologie dnes*. 2000, ročník 6, č. 7/8, s.11. ISSN 1211-5886
33. JANDOURKOVÁ, D. *Predikce chování žen při porodu*. Diplomová práce, FF UK, katedra psychologie, Praha 1999.
34. JEDLIČKA, R. *Psychosociální vývoj dítěte a jeho poruchy z hlediska hlubinné psychologie*. Praha: UK Pedagogická fakulta SVI, 2003, ISBN 80-7290-070-6
35. KRAMPEROVÁ, R. Je možné dosáhnout plošné prenatální přípravy v podmínkách malého města? *Sborník textů z mezinárodní konference o přirozeném porodu. Přivádíme děti na svět*, Praha: Aperio, 2002, s. 80-81. ISBN 80-903087-1-6
36. KUDELA, M., VĚTR, M. Vliv pracovních podmínek, ekonomických a rodinných faktorů na incidenci předčasných porodů. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s.178-180.
37. KUŽELOVÁ, M. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní Babictví*. 2003, č. 2, s. 39-42. ISBN 80-903183-6-3
38. LABUSOVÁ, E. a kol. *Průvodce porodnicemi České republiky*. Praha: Aperio, 2002, ISBN 80-903087
39. LEBOYER, F. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos, 1995, ISBN 80-85962-04-7
40. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0668-7
41. LUDVÍKOVÁ, K. *Vliv psychoprophylaktické přípravy na prožívání porodu*. Diplomová práce. FF UK, Praha 1984
42. MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002, ISBN 80-7281-090-1
43. MAREK, V. Každá maminka je Mozart. Dostupné na WWW:
<http://www.pozitivni-noviny.cz/451.html>
44. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama 1986
45. MATĚJČEK, Z., BURLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997, ISBN 80-85121-89-1

46. MEDO, J. 3. BPM – bazální perinatální matrice. Dostupné na WWW:
<http://medo.cz/jaromir/kniha-trn-2v/>
47. MELLANOVÁ, A. Psychosociální aspekty v prožívání těhotenství a porodu. *Sborník přednášek VII. Královéhradecké ošetrovatelské dny*. Hradec Králové, 2001, s. 40-41. ISBN 80-86225-14-3
48. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod. Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Brno: Computer Press, 2004, ISBN 80-251-0202-1
49. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995, ISBN 80-85255-74-X
50. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995, ISBN 80-200-0525
51. OBERNDÖRFER, K. Angst im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. *Die Hebamme*. 2005, č. 2, s.75-78, ISSN 0932-8122
52. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha. Praha: Argo, 1995, ISBN 80-85794-05-2
53. PAŘÍZEK, A. Co je humanizace porodnictví? *Sborník textů z mezinárodní konference o přirozeném porodu. Přivádíme děti na svět*. Praha: Aperio, 2002, s. 45-47 ISBN 80-903087-1-6
54. PEČENÁ, M. Psychologie těhotenství. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s.147-154.
55. PEŠKA, I. Úzkost – častý průvodce nemocného člověka ve stáří. *Zdravotnické noviny – Lékařské listy*. 2002, ročník 51, č. 46, s. 24-25, ISSN 0044-1996
56. POLÍVKOVÁ, A. *Faktory ovlivňující názory a postoje budoucích rodičů k účasti otce u porodu*. Diplomová práce, FF UK, Praha 1998
57. PONEŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře i laiky*. Praha: Triton, 2002, ISBN 80-7254-216-8
58. PREKOPOVÁ, J. *Malý tyran*. Praha: Portál, 1993, ISBN 80-7178-319-6
59. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990, ISBN 80-7038-078-0
60. SACHOVÁ, M. Kontroverzní přístup žen k těhotenství a porodu. *Sestra*. 2000, ročník 10, č. 3, str.11-12. ISSN 1210-0404
61. SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, ISBN: 80-7203-308-5
62. SIMKINOVÁ, P. Pouhý den v životě ženy? Dlouhodobý vliv porodu na ženu a její rodinu. *Sborník textů z mezinárodní konference o přirozeném porodu. Přivádíme děti na svět*, Praha: Aperio, 2002, s. 28-31. ISBN 80-903087-1-6

63. SOFAER, B. Bolest příručka pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 1997, ISBN 80-7169-309-X
64. SOBOTKOVÁ, D., ŠTEMBERA, Z. Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980 – 2000. *Česká Gynekologie*, 2003, ročník 68, č. 4, s. 249-254. ISSN 1210-7832
65. SPIBY, H., HENDERSON, B., SLADE, B., ESCOOTT, D., FRASER, R.B. Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice? *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29(2), s. 388-394. ISSN 0309-2402
66. STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství přirozený porod*. Praha: One Woman Press, 2004, ISBN 80-86356-31-0
67. ŠINDELÁŘOVÁ, A. Předporodní příprava. *Moderní Babictví*. 2005, č. 7, s. 20-23. ISSN 1214-5572
68. ŠULOVÁ, L. Raná interakce dítěte s rodiči. Dostupné na WWW:
<http://cevap.cz/default.php?&ID=13&publ=9&cl=40>
69. ŠULC, F. Když jsou muži těhotní. *Lidové noviny*, 7. 1. 2006. ročník XIX, č. 6
70. TEUSEN, G.; GOZE-HANEL, I. *Prenatální komunikace*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-753-1
71. TURNER-GROTOVI, J. a T. Psychologická odpovědnost za přivedení miminka na svět. *Sborník textů z mezinárodní konference o přirozeném porodu. Přivádíme děti na svět*, Praha: Aperio, 2002, s. 41-42. ISBN 80-903087-1-6
72. TUYL, T. Organizace předporodní přípravy v Nizozemí. *Sborník textů z mezinárodní konference o přirozeném porodu. Přivádíme děti na svět*, Praha: Aperio, 2002, s. 81-83. ISBN 80-903087-1-6
73. TYL, J. Prenatální učení: jak psychologie pomáhá medicíně. *Psychoenergetika*. 2000, ročník 4, č. 2, s. 25-26. ISSN 1212-3145
74. TYRLÍK, T., JELÍNKOVÁ, J., KUKLA, L. Aspekty pozitivního prožívání těhotenství. *Česká Gynekologie*, 2004, ročník 69, č. 3, s. 178-181. ISSN 1210-7832
75. ULČ, I. *Úzkost a úzkostné stavy*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-790-7
76. VAVŘÍNKOVÁ, B. Prenatální péče o sociálně slabé ženy. *Moderní Babictví*. 2005, č. 7, s. 14-15. ISSN 1214-5572
77. VĚTR, M. Psychosociální rizika v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2001, ročník 10, č. 1, str. 115-125. ISSN 1211-1058

78. VĚTR, M., KUDELA, M. Úloha lidského faktoru v prenatální péči. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s. 181-185.
79. VENDLEROVÁ, E., FEKOŇOVÁ, E., MAREŠOVÁ, E. Přítomnost otce u porodu. *Sestra*. 2000, ročník 10, č. 3, str. 15. ISSN 1210-0404
80. VOKURKA, M., HUGO, J., a kol. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1995, ISBN 80-85800-28-4
81. VONDRÁČEK, L. Přítomnost doprovodu při porodu. *Moderní Babičtví*. 2003, č. 1, s. 38-39. ISBN 80-903183-5-5

Další použité zdroje

82. Listina základních práv a svobod. Dostupné na WWW:
<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
83. Optimismus v těhotenství a zdraví dítěte. Dostupné na WWW:
<http://www.rodina.cz/clanek1457.htm>
84. Statistická ročenka České republiky 2004. Dostupné na WWW:
<http://www.czso.cz/edicniplan.nsf/kapitola/10n1-04-2004-0400>
85. Stres matky v těhotenství je rizikem pro dítě. Dostupné na WWW:
<http://www.rodina.cz/clanek3814.htm>
86. WHO, Strategické dokumenty 3. *Praktické příručky pro porodní asistentky*. Praha: MZ ČR, 2002, ISBN 80-85047-22-5

Seznam použitých zkratk

- AMC - amniocentéza
GEU - gravidita extra uterina
INFO - informace
IVF - in vitro fertilizace
VVV - vrozené vývojové vady

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Narozené děti podle legitimacy

Příloha č. 2 - Dotazník vlastní konstrukce

Příloha č. 3 - Dotazník míry identifikace s ženskou rolí

Příloha č. 4 - Standardizovaný dotazník SUPOS 7

Příloha č. 5 - Podrobnosti z původních souborů:

a - Srovnání věku respondentek v jednotlivých porodnicích

b - Srovnání rodinného stavu respondentek v jednotlivých porodnicích

c - Srovnání vzdělání respondentek v jednotlivých porodnicích

d - Srovnání prožívání úzkosti respondentek v jednotlivých porodnicích

e - Srovnání prožívání strachu respondentek v jednotlivých porodnicích

Příloha č. 6 - Pocit dostatku potřebných informací u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 7 - Pocit úzkosti u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 8 - Pocit strachu u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 9 - Pocit jistoty a bezpečí u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 10 - Spokojenost s péčí lékařů u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 11 - Spokojenost s péčí sester u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 12 - Pocit komplikací u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 13 - Materiální zázemí u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 14 - Vztah s partnerem u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 15 - Sociální zázemí u respondentek v jednotlivých obdobích

Příloha č. 1

Narozené děti podle legitimacy

| OBYVATELSTVO | | | | | | | POPULATION |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------------------------------|
| 4-10. Narození podle vitality a legitimacy | | | | | | | |
| <i>Births inside and outside marriage: by vitality</i> | | | | | | | |
| Narození | 1995 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | <i>Births</i> |
| Celkem | 96 397 | 89 774 | 91 169 | 90 978 | 93 047 | 93 957 | Total |
| živě | 96 097 | 89 471 | 90 910 | 90 715 | 92 786 | 93 685 | <i>Live births</i> |
| mrtvě | 300 | 303 | 259 | 263 | 261 | 272 | <i>Stillbirths</i> |
| v tom: | | | | | | | |
| v manželství | 81 384 | 71 242 | 71 301 | 69 619 | 69 495 | 67 160 | <i>Total births inside marriage</i> |
| živě | 81 150 | 71 045 | 71 118 | 69 439 | 69 327 | 66 972 | <i>Live births</i> |
| mrtvě | 234 | 197 | 183 | 180 | 168 | 188 | <i>Stillbirths</i> |
| mimo manželství | 15 013 | 18 532 | 19 868 | 21 359 | 23 552 | 26 797 | <i>Total births outside marriage</i> |
| živě | 14 947 | 18 426 | 19 792 | 21 276 | 23 459 | 26 713 | <i>Live births</i> |
| mrtvě | 66 | 106 | 76 | 83 | 93 | 84 | <i>Stillbirths</i> |

Příloha č. 2

Dotazník vlastní konstrukce

Vážená maminko,

dovolte, abych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jmenuji se Markéta Tisová a jsem studentkou 1. LF UK, obor učitelství zdravotních předmětů pro střední školy.

Údaje z tohoto dotazníku jsou určeny pro zpracování mé diplomové práce, jejímž cílem je zmapovat prožívání žen v těhotenství a při porodu.

Čestně prohlašuji, že informace získané pomocí tohoto dotazníku jsou anonymní, považuji je za důvěrné a budou po statistickém zpracování použity pouze pro potřebu mé diplomové práce. Proto Vás prosím, abyste se nad položenými otázkami zamyslela a nebála se vyjádřit svůj skutečný názor.

Velmi Vám děkuji za Vaši ochotu a Váš čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Bc. Markéta Tisová

Instrukce: pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte nebo označte pouze jednu variantu odpovědi

1) **Věk:** Je mi let.

2) **Rodinný stav:**

svobodná vdaná rozvedená vdova

3) **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- základní
- vyučena / střední bez maturity
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4) **Po kolikáté jste nyní porodila?**

- poprvé podruhé potřetí počtvrté a více

5) **Po kolikáté jste byla těhotná?**

- poprvé podruhé potřetí počtvrté a více
-

Důvod ukončení a počet předchozích těhotenství mimo porody?

- samovolný potrat (uved'te týden těhotenství).....
- mimoděložní těhotenství.....
- interrupce.....
- jiná odpověď'

6) Nynější těhotenství bylo:

- plánované neplánované

dítě bylo v počátku těhotenství:

- chtěné nechtěné

na konci těhotenství bylo dítě:

- chtěné nechtěné

7) Od pravidelných kontrakcí trval Váš porod:

- do 3 hodin
- do 6 hodin
- do 12 hodin
- nad 12 hodin
- jiná odpověď', uveďte jak.....

8) V jakém týdnu těhotenství jste porodila?

9) Způsob ukončení porodu:

- spontánní
- císařský řez plánovaný
- císařský řez akutní
- klešťový porod
- jiná odpověď', uveďte jak.....

10) Kdo z Vašich blízkých byl u porodu přítomen?

- partner
- jiná Vám blízká osoba – kdo?

11) Uvítala byste přítomnost této osoby u dalšího porodu?

- ano ne

12) Jakým způsobem jste získávala informace o těhotenství, porodu a šestinedělí?
(můžete označit více odpovědí)

- čtením literatury a časopisů
- kurzy předporodní přípravy
- od matky
- od přítelkyň
- od lékařů
- od porodních asistentek
- z internetu
- od duly (laická pomocnice která pomáhá těhotným a rodičím ženám)
- jinak, uveďte jak.....

13) Jaký způsob získávání informací byl pro Vás nejpřínosnější?

prosím vypište

.....

.....

14) Označte, prosím, zda jste podle Vás měla (během uvedených období) dostatek potřebných informací?

a) zcela dostatečné b) částečné c) nedostatečné d) žádné

| | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| 0-3 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 4-6 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 7-9 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| během porodu | a | b | c | d |
| po porodu | a | b | c | d |

15) Pociťovala jste (v uvedených obdobích) úzkost? Uveďte, prosím, míru.

a) žádná b) slabá c) silná d) velmi silná

| | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| 0-3 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 4-6 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 7-9 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| během porodu | a | b | c | d |
| po porodu | a | b | c | d |

16) Pociťovala jste (v uvedených obdobích) strach? Uved'te, prosím, míru a důvod Vašeho strachu.

a) žádný b) slabý c) silný d) velmi silný

0-3 kalendářní měsíc těhotenství a b c d
důvod:

.....

4-6 kalendářní měsíc těhotenství a b c d
důvod:

.....

7-9 kalendářní měsíc těhotenství a b c d
důvod:

.....

během porodu a b c d
důvod:

.....

po porodu a b c d
důvod:

.....

17) Jestliže jste pociťovala úzkost a strach, napište, prosím, co Vám nejvíce pomohlo (nebo si myslíte, že by Vám nejvíce pomohlo) zmírnit nebo odstranit tyto pocity.

.....
.....
.....

18) Měla jste (v uvedených obdobích) pocit jistoty a bezpečí?

a) úplný b) dostačující c) nedostačující d) žádný

0-3 kalendářní měsíc těhotenství a b c d

4-6 kalendářní měsíc těhotenství a b c d

7-9 kalendářní měsíc těhotenství a b c d

během porodu a b c d

po porodu a b c d

19) Byla jste (během uvedených období) spokojena s péčí lékařů a sester?

a) zcela ano b) spíše ano c) spíše ne d) rozhodně ne

| | lékaři | | | | sestry | | | |
|----------------------------------|--------|---|---|---|--------|---|---|---|
| 0-3 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d | a | b | c | d |
| 4-6 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d | a | b | c | d |
| 7-9 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d | a | b | c | d |
| během porodu | a | b | c | d | a | b | c | d |
| po porodu | a | b | c | d | a | b | c | d |

20) Jak byste sama označila průběh jednotlivých období?

a) zcela bez komplikací b) menší komplikace c) větší komplikace d) velmi komplikované

| | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| 0-3 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 4-6 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 7-9 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| během porodu | a | b | c | d |
| po porodu | a | b | c | d |

21) Sama sebe byste hodnotila jako člověka, který:

- je velmi úzkostný
- je úzkostný
- je mírně úzkostný
- nemívá úzkost
- jiná odpověď:

22) Myslíte si, že ve vypjatých životních situacích trpíte silným strachem?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne, zvládám dobře těžké situace
- jiná odpověď:

23) Jak byste ohodnotila Vaší bytovou situaci?

- zcela vyhovující
- spíše vyhovující
- spíše nevhovující
- zcela nevhovující

24) Jak byste ohodnotila (v uvedených obdobích) Vaše materiální zázemí?

a) zcela vyhovující b) spíše vyhovující c) spíše nevhovující d) zcela nevhovující

| | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| 0-3 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 4-6 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 7-9 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| během porodu | a | b | c | d |
| po porodu | a | b | c | d |

jiná odpověď:

25) Jak byste ohodnotila (v uvedených obdobích) Váš vztah s partnerem?

a) velmi dobrý b) spíše dobrý c) spíše špatný d) zcela špatný

| | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| 0-3 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 4-6 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 7-9 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| během porodu | a | b | c | d |
| po porodu | a | b | c | d |

jiná odpověď.....

**26) Jak byste ohodnotila (v uvedených obdobích) Vaše sociální zázemí?
(vztah s širší rodinou, přáteli, ...?)**

a) velmi dobrý b) spíše dobrý c) spíše špatný d) zcela špatný

| | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| 0-3 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 4-6 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| 7-9 kalendářní měsíc těhotenství | a | b | c | d |
| během porodu | a | b | c | d |
| po porodu | a | b | c | d |

jiná odpověď.....

Příloha č. 3

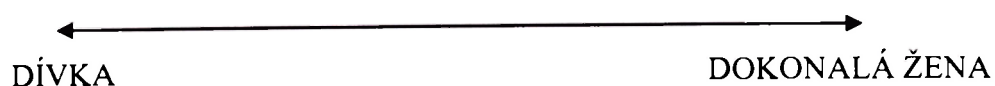
Dotazník míry identifikace s ženskou rolí

Test nedokončených vět

Prosím, doplňte následující nedokončené věty
(napište odpověď, která Vás jako „první“ napadne)

1. Rodiče.....
2. Někdy si přála.....
3. Žena by měla.....
4. Jsem.....
5. Muži jsou šťastní, protože.....
6. Otec a dcera.....
7. Manželství přináší.....
8. Mnoho mužů si myslí, že žena.....
9. Těhotná žena.....
10. Nejhorší věcí v životě ženy je.....
11. Když byla se svojí matkou.....
12. Menstruace znamená.....
13. Žena je ve své domácnosti.....
14. Matka se svým dítětem.....
15. Ženské tělo.....
16. Ženy by v naší společnosti.....
17. Žena se cítí dobře.....
18. Ženy jsou šťastné.....
19. Pro ženu je kariérou.....
20. Když jsem se svým partnerem.....

**Žena může své ženství během života vnímat různě. Pokuste se na úsečce
znaménkem vyjádřit, kde sama sebe vnímáte.**



ZÁZNAM DNE v hod.

Situační pozadí:

Hlavní činnosti: 1.
2.
3.

Objektivní potíže při jejich realizaci:
1.
2.
3.

Hlavní příjemné prožitky:
1.
2.
3.

Hlavní nepříjemné zážitky:
1.
2.
3.

SUBJEKTIVNÍ POTÍŽE A DALŠÍ ÚDAJE:

| vůbec ne | zřídka (mírně) | často (silně) | soustavně (velmi silně) | | těžko se probouzím | špatně usínám | budím se ze spaní | musím na WC | mám hrůzné sny | bez obtíží |
|----------|----------------|---------------|-------------------------|------------------|--------------------|---------------|-------------------|-------------|----------------|------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | bolesti hlavy | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | žaludeční potíže | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | nechutenství | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | potivost | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | poruchy spánku | + | + | + | + | + | + |
| 0 | 1 | 2 | 3 | nutkání na WC | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | tělesná únava | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | kouření | | | | | | |

Jiné obtíže (jaké):

Nemoc:

Užívání léků (druh):

Alkohol (druh a množství):

Denně vypil kávy: vykouřil cigaret:

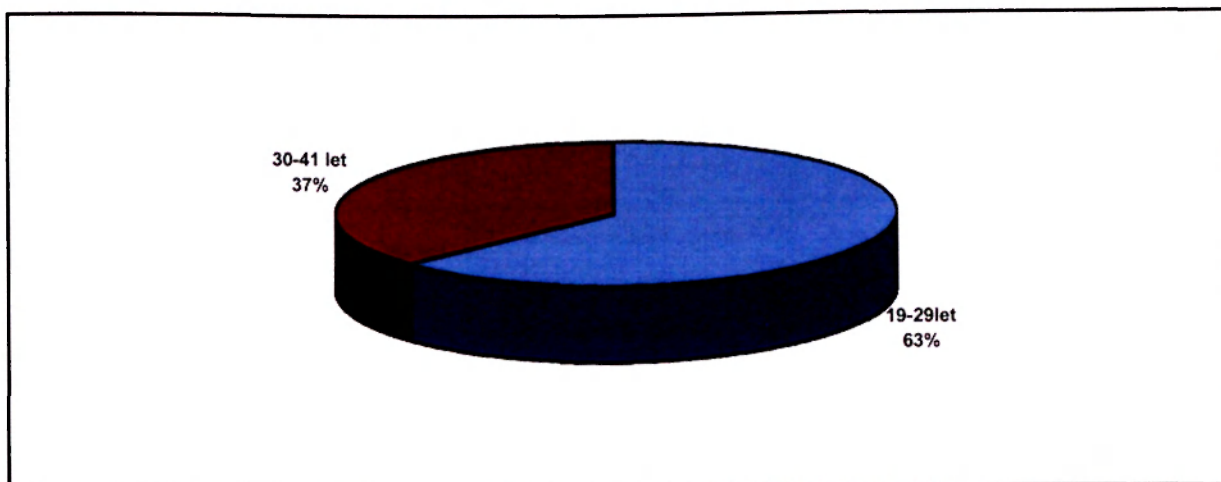
Tep: Tlak: Teplota:

Příloha č. 5

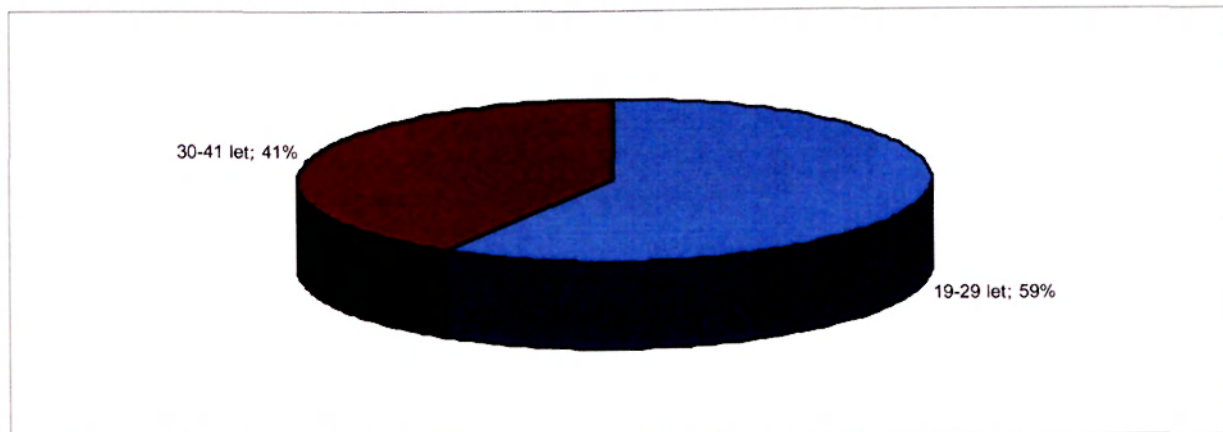
Podrobnosti z původních souborů:

a - Srovnání věku respondentek v jednotlivých porodnicích

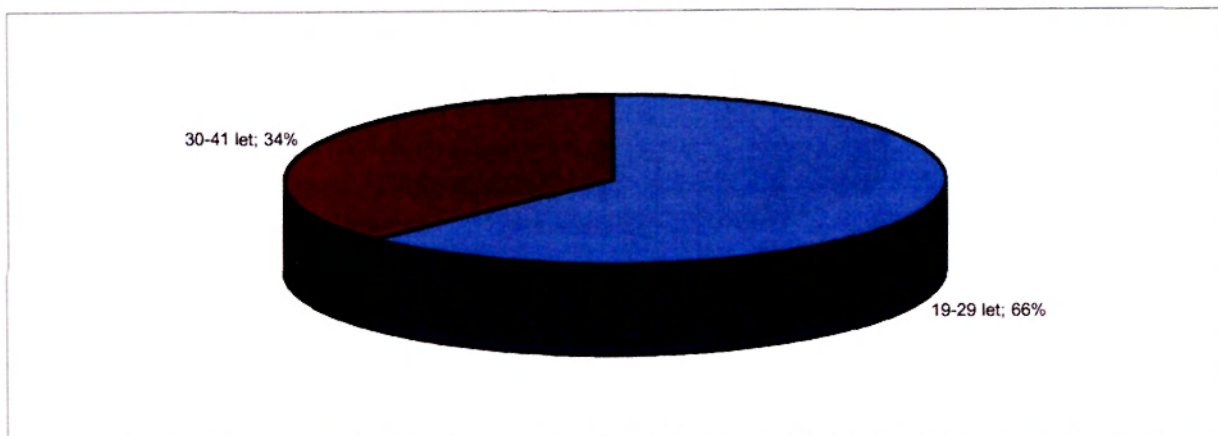
Věk respondentek v Krči



Věk respondentek v Podolí

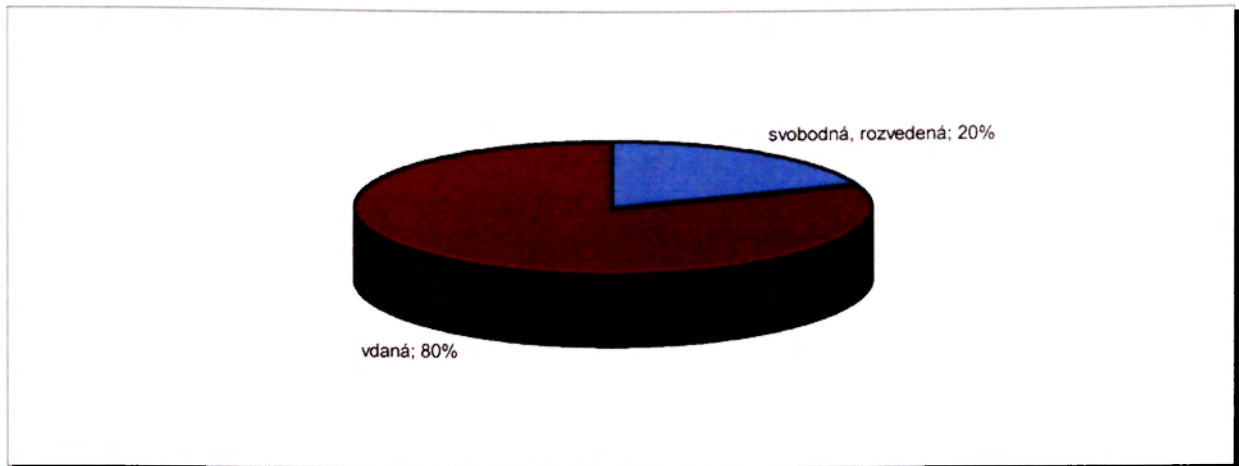


Věk respondentek v Písku

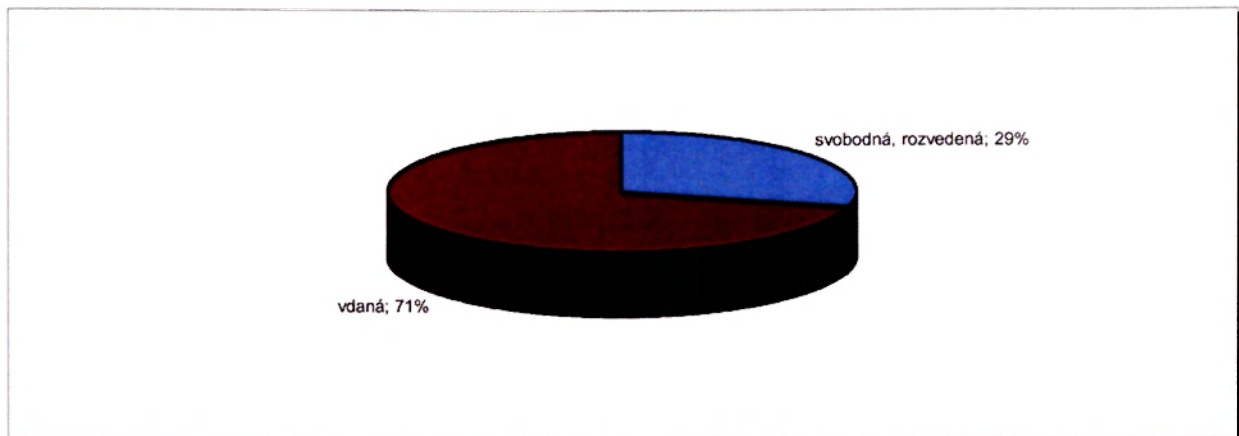


b - Srovnání rodinného stavu respondentek v jednotlivých porodnicích.

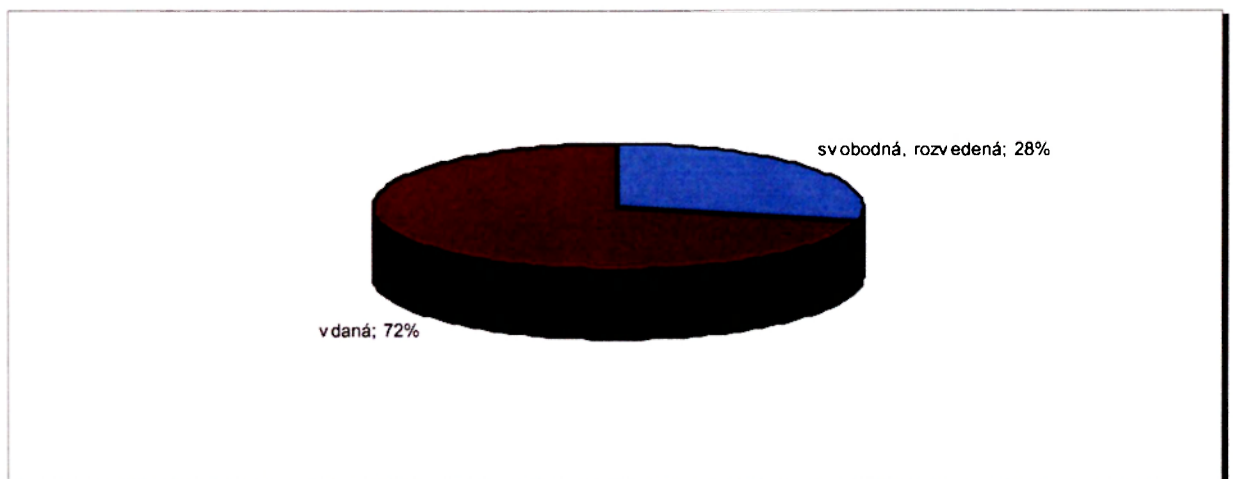
Rodinný stav respondentek v Krči



Rodinný stav respondentek v Podolí

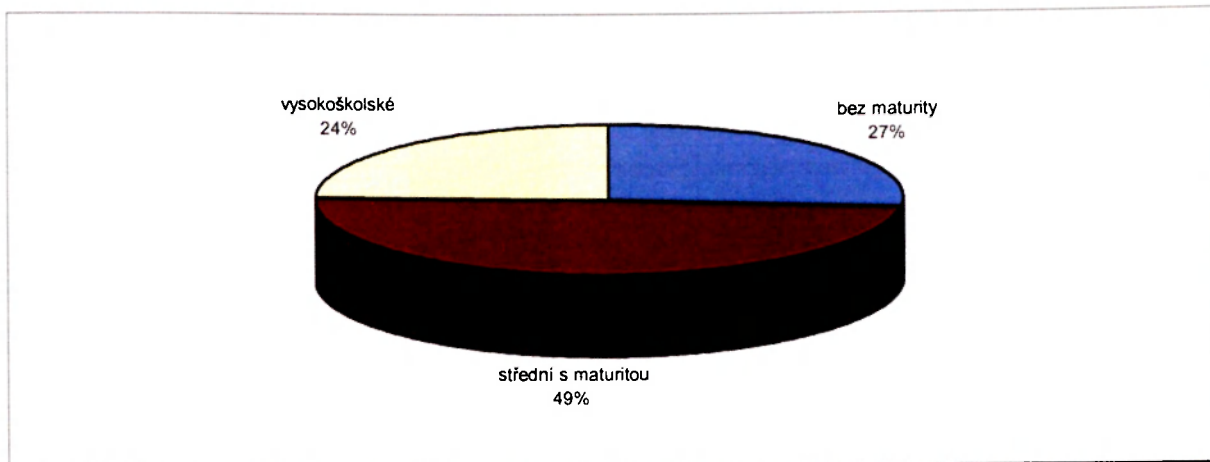


Rodinný stav respondentek v Písku

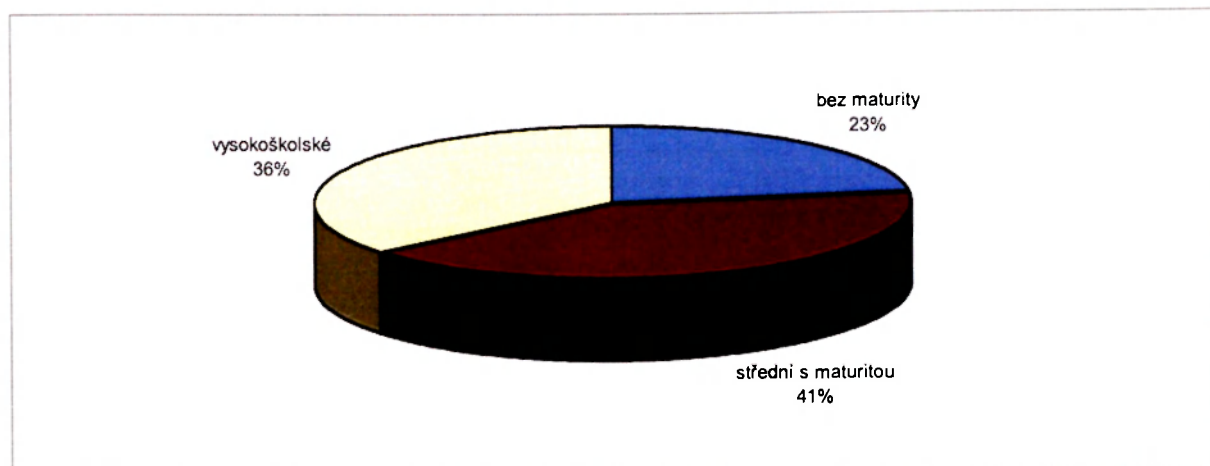


c - Srovnání vzdělání respondentek v jednotlivých porodnicích.

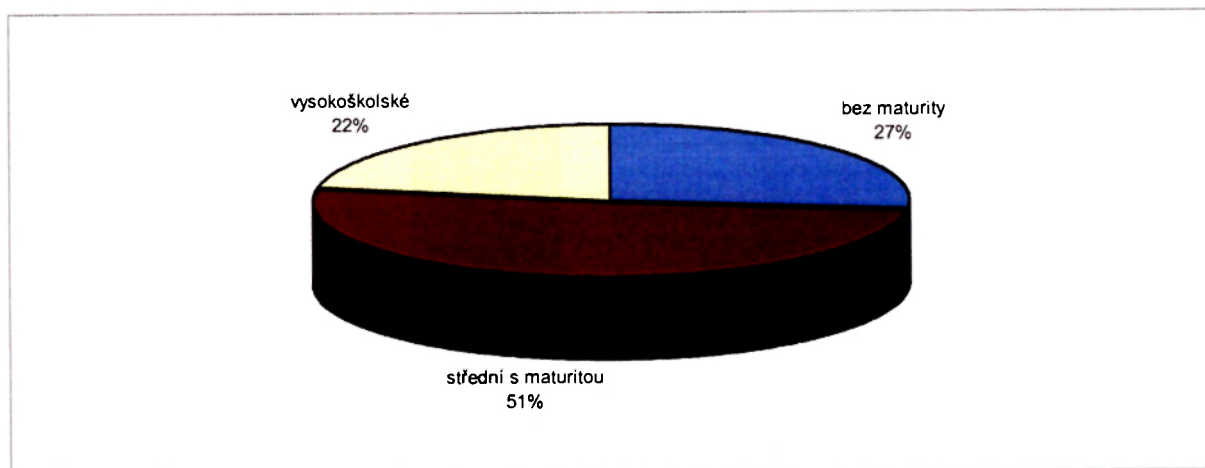
Vzdělání respondentek v Krči



Vzdělání respondentek v Podolí

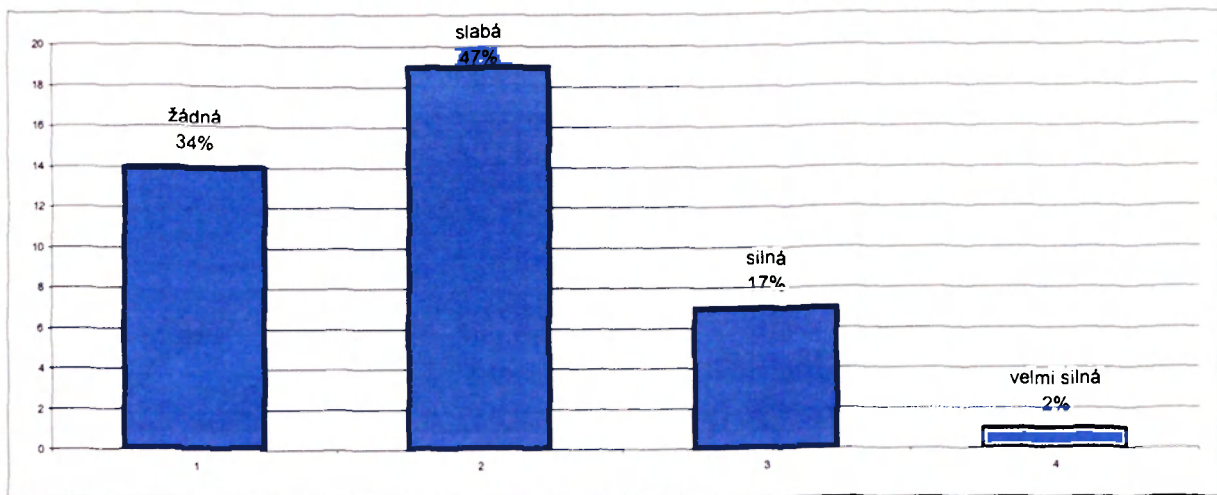


Vzdělání respondentek v Písku

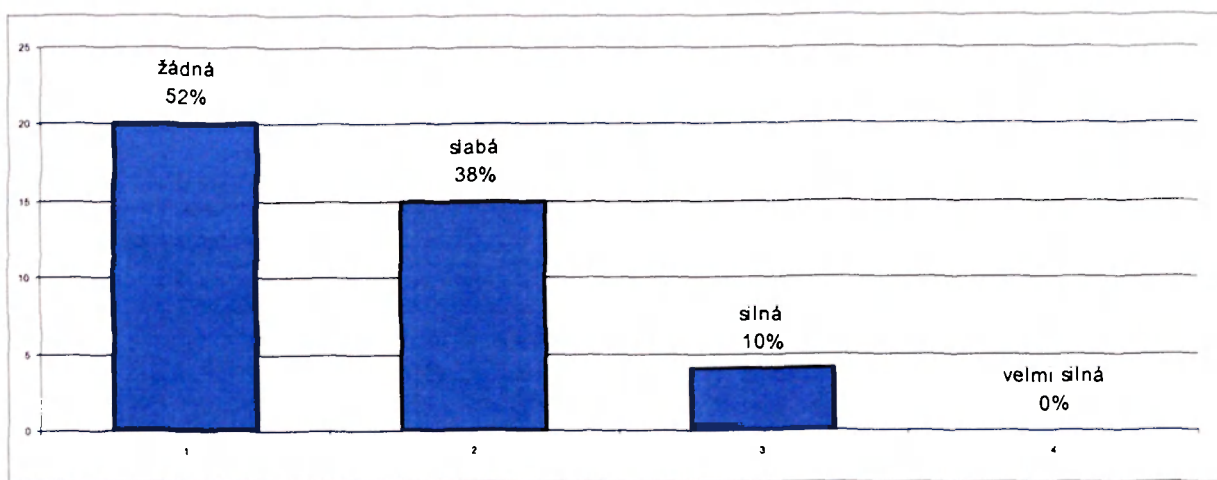


d - Srovnání prožívání úzkosti respondentek v jednotlivých porodnicích.

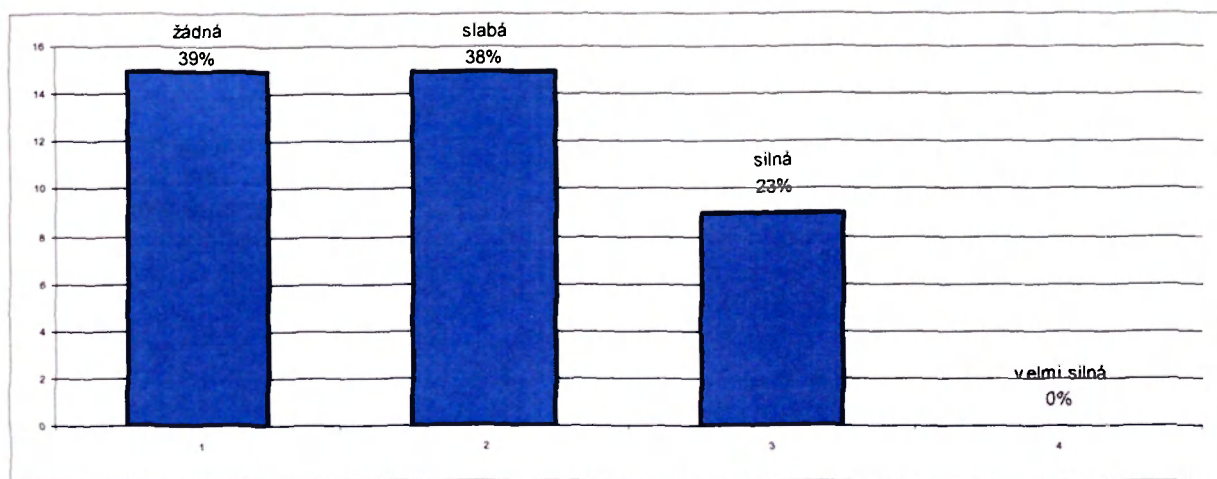
Úzkost v těhotenství u respondentek v Krči



Úzkost v těhotenství u respondentek v Podolí

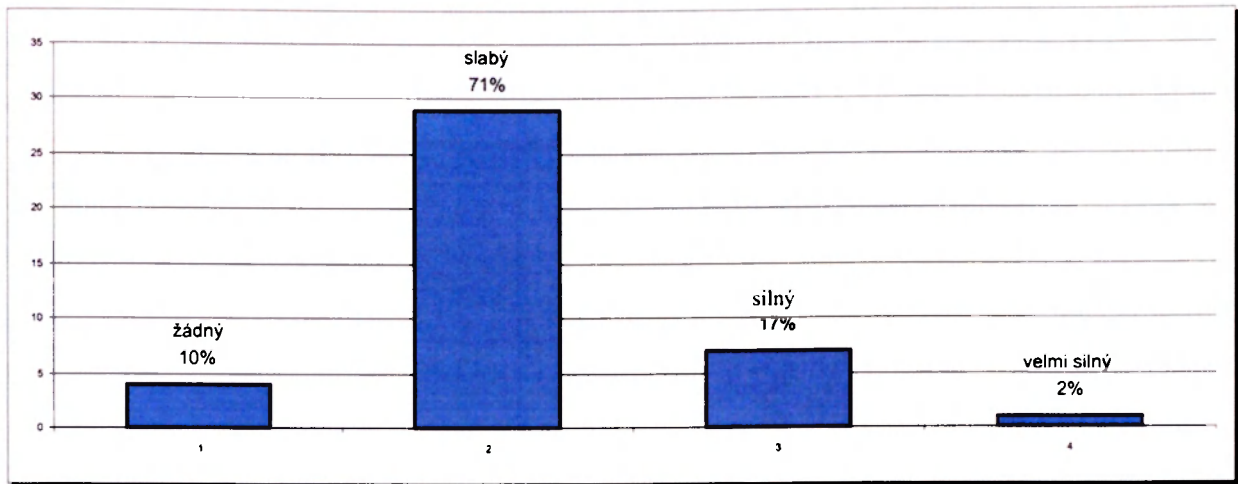


Úzkost v těhotenství u respondentek v Písku

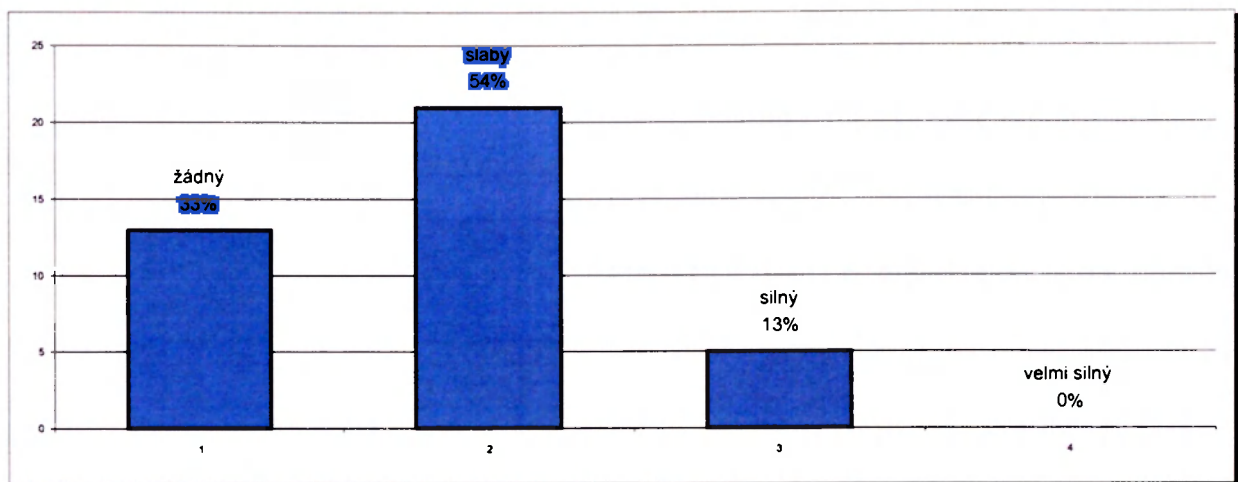


e - Srovnání prožívání strachu respondentek v jednotlivých porodnicích.

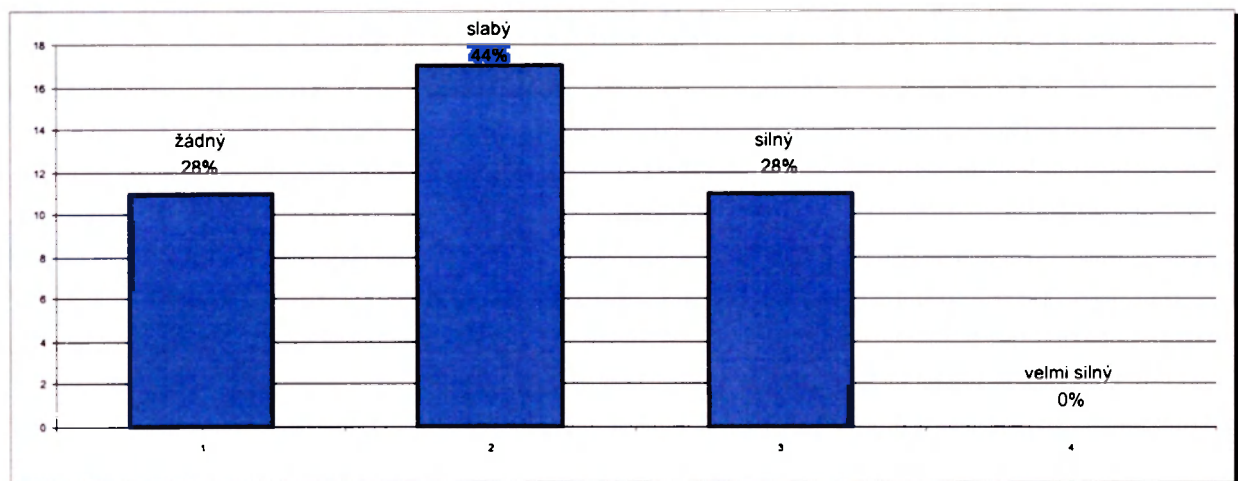
Strach v těhotenství u respondentek v Krči



Strach v těhotenství u respondentek v Podolí



Strach v těhotenství u respondentek v Písku



Příloha č. 6

Pocit dostatku potřebných informací u respondentek v jednotlivých obdobích

Potřebné informace 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------------|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 Žádné | 5 | 4,1 | 4,2 | 4,2 |
| | 1 Nedostatečné | 10 | 8,3 | 8,4 | 12,6 |
| | 2 Částečné | 36 | 29,8 | 30,3 | 42,9 |
| | 3 Zcela dostatečné | 68 | 56,2 | 57,1 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Potřebné informace 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------------------|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Nedostatečné | 2 | 1,7 | 1,7 | 1,7 |
| | 2 Částečné | 34 | 28,1 | 28,6 | 30,3 |
| | 3 Zcela dostatečné | 83 | 68,6 | 69,7 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Potřebné informace 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství

| 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------------------|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Nedostatečné | 1 | ,8 | ,8 | ,8 |
| | 2 Částečné | 22 | 18,2 | 18,5 | 19,3 |
| | 3 Zcela dostatečné | 96 | 79,3 | 80,7 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Potřebné informace během porodu

| během porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 Žádné | 1 | ,8 | ,8 | ,8 |
| | 1 Nedostatečné | 10 | 8,3 | 8,4 | 9,2 |
| | 2 Částečné | 30 | 24,8 | 25,2 | 34,5 |
| | 3 Zcela dostatečné | 78 | 64,5 | 65,5 | 100,0 |
| Total | | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Potřebné informace po porodu

| po porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Nedostatečné | 11 | 9,1 | 9,2 | 9,2 |
| | 2 Částečné | 43 | 35,5 | 36,1 | 45,4 |
| | 3 Zcela dostatečné | 65 | 53,7 | 54,6 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Příloha č. 7

Pocit úzkosti u respondentek v jednotlivých obdobích

Pocit úzkosti 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| Pocit úzkosti 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|
| <i>Valid</i> 0 Žádná | 54 | 44,6 | 45,4 | 45,4 |
| 1 Slabá | 36 | 29,8 | 30,3 | 75,6 |
| 2 Silná | 17 | 14,0 | 14,3 | 89,9 |
| 3 Velmi silná | 12 | 9,9 | 10,1 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> 9 Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | | |

Pocit úzkosti 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| Pocit úzkosti 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---|------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|
| <i>Valid</i> 0 Žádná | 63 | 52,1 | 52,9 | 52,9 |
| 1 Slabá | 46 | 38,0 | 38,7 | 91,6 |
| 2 Silná | 8 | 6,6 | 6,7 | 98,3 |
| 3 Velmi silná | 2 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> 9 Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | | |

Pocit úzkosti 7.-9. kalendární měsíc těhotenství

| Pocit úzkosti 7.-9. kalendární měsíc těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---|--------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 0 Žádná | 35 | 28,9 | 29,4 | 29,4 |
| | 1 Slabá | 59 | 48,8 | 49,6 | 79,0 |
| | 2 Silná | 19 | 15,7 | 16,0 | 95,0 |
| | 3 Velmi silná | 6 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | 9 Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Pocit úzkosti během porodu

| Pocit úzkosti během porodu | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 0 Žádná | 33 | 27,3 | 27,7 | 27,7 |
| | 1 Slabá | 44 | 36,4 | 37,0 | 64,7 |
| | 2 Silná | 23 | 19,0 | 19,3 | 84,0 |
| | 3 Velmi silná | 19 | 15,7 | 16,0 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | 9 Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Pocit úzkosti po porodu

| Pocit úzkosti po porodu | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--------------------------------|--------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 0 Žádná | 53 | 43,8 | 44,5 | 44,5 |
| | 1 Slabá | 43 | 35,5 | 36,1 | 80,7 |
| | 2 Silná | 14 | 11,6 | 11,8 | 92,4 |
| | 3 Velmi silná | 9 | 7,4 | 7,6 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | 9 Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Příloha č. 8

Pocit strachu u respondentek v jednotlivých obdobích

Pocit strachu 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| Pocit strachu 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---|-------------------------|------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|
| <i>Valid</i> | 0 Žádný | 41 | 33,9 | 34,5 | 34,5 |
| | 1 Slabý | 38 | 31,4 | 31,9 | 66,4 |
| | 2 Silný | 25 | 20,7 | 21,0 | 87,4 |
| | 3 Velmi silný | 15 | 12,4 | 12,6 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | <i>Neví, neodpovídá</i> | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Pocit strachu 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| Pocit strachu 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|-------------------------|------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|
| <i>Valid</i> | 0 Žádný | 53 | 43,8 | 44,5 | 44,5 |
| | 1 Slabý | 47 | 38,8 | 39,5 | 84,0 |
| | 2 Silný | 15 | 12,4 | 12,6 | 96,6 |
| | 3 Velmi silný | 4 | 3,3 | 3,4 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | <i>Neví, neodpovídá</i> | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Pocit strachu 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství

| Pocit strachu 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 Žádný | 25 | 20,7 | 21,0 | 21,0 |
| | 1 Slabý | 60 | 49,6 | 50,4 | 71,4 |
| | 2 Silný | 32 | 26,4 | 26,9 | 98,3 |
| | 3 Velmi silný | 2 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Pocit strachu při porodu

| Pocit strachu během porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 Žádný | 25 | 20,7 | 21,0 | 21,0 |
| | 1 Slabý | 42 | 34,7 | 35,3 | 56,3 |
| | 2 Silný | 39 | 32,2 | 32,8 | 89,1 |
| | 3 Velmi silný | 13 | 10,7 | 10,9 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Pocit strachu po porodu

| Pocit strachu po porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 Žádný | 41 | 33,9 | 34,5 | 34,5 |
| | 1 Slabý | 47 | 38,8 | 39,5 | 73,9 |
| | 2 Silný | 19 | 15,7 | 16,0 | 89,9 |
| | 3 Velmi silný | 12 | 9,9 | 10,1 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Příloha č. 9

Pocit jistoty a bezpečí u respondentek v jednotlivých obdobích

Pocit jistoty a bezpečí 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| Pocit jistoty a bezpečí 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | | | | | |
|--|-------------------------|------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|
| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
| <i>Valid</i> | <i>0 Žádný</i> | 5 | 4,1 | 4,2 | 4,2 |
| | <i>1 Nedostačující</i> | 16 | 13,2 | 13,4 | 17,6 |
| | <i>2 Dostačující</i> | 43 | 35,5 | 36,1 | 53,8 |
| | <i>3 Úplný</i> | 55 | 45,5 | 46,2 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | <i>Neví, neodpovídá</i> | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Pocit jistoty a bezpečí 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| Pocit jistoty a bezpečí 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | | | | | |
|---|-------------------------|------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|
| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
| <i>Valid</i> | <i>0 Žádný</i> | 2 | 1,7 | 1,7 | 1,7 |
| | <i>1 Nedostačující</i> | 8 | 6,6 | 6,7 | 8,4 |
| | <i>2 Dostačující</i> | 45 | 37,2 | 37,8 | 46,2 |
| | <i>3 Úplný</i> | 64 | 52,9 | 53,8 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | <i>Neví, neodpovídá</i> | 2 | 1,7 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Pocit jistoty a bezpečí 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství

| Pocit jistoty a bezpečí 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Nedostačující | 14 | 11,6 | 11,8 | 11,8 |
| | 2 Dostačující | 43 | 35,5 | 36,1 | 47,9 |
| | 3 Úplný | 62 | 51,2 | 52,1 | 100,0 |
| | Total | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Pocit jistoty a bezpečí během porodu

| Pocit jistoty a bezpečí během porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------------------------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 Žádný | 5 | 4,1 | 4,2 | 4,2 |
| | 1 Nedostačující | 17 | 14,0 | 14,3 | 18,5 |
| | 2 Dostačující | 55 | 45,5 | 46,2 | 64,7 |
| | 3 Úplný | 42 | 34,7 | 35,3 | 100,0 |
| Total | | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Pocit jistoty a bezpečí po porodu

| Pocit jistoty a bezpečí po porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 Žádný | 1 | ,8 | ,8 | ,8 |
| | 1 Nedostačující | 10 | 8,3 | 8,4 | 9,2 |
| | 2 Dostačující | 45 | 37,2 | 37,8 | 47,1 |
| | 3 Úplný | 63 | 52,1 | 52,9 | 100,0 |
| Total | | 119 | 98,3 | 100,0 | |
| Missing | Neví, neodpovídá | 2 | 1,7 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Příloha č. 10

Spokojenost s péčí lékařů u respondentek v jednotlivých obdobích

Spokojenost s péčí lékařů 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| Spokojenost s péčí lékařů 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela ano | 89 | 73,6 | 73,6 | 73,6 |
| | 2 Spíše ano | 27 | 22,3 | 22,3 | 95,9 |
| | 3 Spíše ne | 4 | 3,3 | 3,3 | 99,2 |
| | 4 Rozhodně ne | 1 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Spokojenost s péčí lékařů 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| Spokojenost s péčí lékařů 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela ano | 90 | 74,4 | 74,4 | 74,4 |
| | 2 Spíše ano | 27 | 22,3 | 22,3 | 96,7 |
| | 3 Spíše ne | 4 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Spokojenost s péčí lékařů 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství

| Spokojenost s péčí lékařů 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela ano | 86 | 71,1 | 71,1 | 71,1 |
| | 2 Spíše ano | 29 | 24,0 | 24,0 | 95,0 |
| | 3 Spíše ne | 6 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Spokojenost s péčí lékařů během porodu

| Spokojenost s péčí lékařů během porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela ano | 100 | 82,6 | 82,6 | 82,6 |
| | 2 Spíše ano | 15 | 12,4 | 12,4 | 95,0 |
| | 3 Spíše ne | 2 | 1,7 | 1,7 | 96,7 |
| | 4 Rozhodně ne | 4 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Spokojenost s péčí lékařů po porodu

| Spokojenost s péčí lékařů po porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------------------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela ano | 95 | 78,5 | 78,5 | 78,5 |
| | 2 Spíše ano | 24 | 19,8 | 19,8 | 98,3 |
| | 3 Spíše ne | 2 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Příloha č. 11

Spokojenost s péčí sester u respondentek v jednotlivých obdobích

Spokojenost s péčí sester 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| Spokojenost s péčí sester 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|----------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 <i>Zcela ano</i> | 99 | 81,8 | 81,8 | 81,8 |
| | 2 <i>Spíše ano</i> | 16 | 13,2 | 13,2 | 95,0 |
| | 3 <i>Spíše ne</i> | 3 | 2,5 | 2,5 | 97,5 |
| | 4 <i>Rozhodně ne</i> | 3 | 2,5 | 2,5 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Spokojenost s péčí sester 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| Spokojenost s péčí sester 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---|--------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 <i>Zcela ano</i> | 98 | 81,0 | 81,0 | 81,0 |
| | 2 <i>Spíše ano</i> | 20 | 16,5 | 16,5 | 97,5 |
| | 3 <i>Spíše ne</i> | 3 | 2,5 | 2,5 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Spokojenost s péčí sester 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství

| Spokojenost s péčí sester 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---|--------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 <i>Zcela ano</i> | 98 | 81,0 | 81,0 | 81,0 |
| | 2 <i>Spíše ano</i> | 20 | 16,5 | 16,5 | 97,5 |
| | 3 <i>Spíše ne</i> | 3 | 2,5 | 2,5 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Spokojenost s péčí sester během porodu

| Spokojenost s péčí sester během porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela ano | 102 | 84,3 | 84,3 | 84,3 |
| | 2 Spíše ano | 14 | 11,6 | 11,6 | 95,9 |
| | 3 Spíše ne | 3 | 2,5 | 2,5 | 98,3 |
| | 4 Rozhodně ne | 2 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Spokojenost s péčí sester po porodu

| Spokojenost s péčí sester po porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------------------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela ano | 88 | 72,7 | 72,7 | 72,7 |
| | 2 Spíše ano | 24 | 19,8 | 19,8 | 92,6 |
| | 3 Spíše ne | 5 | 4,1 | 4,1 | 96,7 |
| | 4 Rozhodně ne | 4 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Příloha č. 12

Pocit komplikací u respondentek v jednotlivých obdobích

Komplikace 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| Komplikace 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>1 Zcela bez komplikací</i> | 62 | 51,2 | 51,2 | 51,2 |
| <i>2 Menší komplikace</i> | 44 | 36,4 | 36,4 | 87,6 |
| <i>Valid 3 Větší komplikace</i> | 10 | 8,3 | 8,3 | 95,9 |
| <i>4 Velmi komplikované</i> | 5 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Komplikace 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| Komplikace 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>1 Zcela bez komplikací</i> | 78 | 64,5 | 64,5 | 64,5 |
| <i>Valid 2 Menší komplikace</i> | 36 | 29,8 | 29,8 | 94,2 |
| <i>3 Větší komplikace</i> | 7 | 5,8 | 5,8 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Komplikace 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství

| Komplikace 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>1 Zcela bez komplikací</i> | 66 | 54,5 | 54,5 | 54,5 |
| <i>2 Menší komplikace</i> | 35 | 28,9 | 28,9 | 83,5 |
| <i>Valid 3 Větší komplikace</i> | 18 | 14,9 | 14,9 | 98,3 |
| <i>4 Velmi komplikované</i> | 2 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Komplikace při porodu

| Komplikace při porodu | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---------------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>1 Zcela bez komplikací</i> | 53 | 43,8 | 43,8 | 43,8 |
| <i>2 Menší komplikace</i> | 36 | 29,8 | 29,8 | 73,6 |
| <i>Valid 3 Větší komplikace</i> | 23 | 19,0 | 19,0 | 92,6 |
| <i>4 Velmi komplikované</i> | 9 | 7,4 | 7,4 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Komplikace po porodu

| Komplikace po porodu | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---------------------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>1 Zcela bez komplikací</i> | 65 | 53,7 | 53,7 | 53,7 |
| <i>2 Menší komplikace</i> | 44 | 36,4 | 36,4 | 90,1 |
| <i>Valid 3 Větší komplikace</i> | 9 | 7,4 | 7,4 | 97,5 |
| <i>4 Velmi komplikované</i> | 3 | 2,5 | 2,5 | 100,0 |
| <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Příloha č. 13

Materiální zázemí u respondentek v jednotlivých obdobích

Materiální zázemí 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| Materiální zázemí 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|----------------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | 1 Zcela vyhovující | 79 | 65,3 | 65,3 | 65,3 |
| | 2 Spíše vyhovující | 38 | 31,4 | 31,4 | 96,7 |
| | 3 Spíše nevyhovující | 2 | 1,7 | 1,7 | 98,3 |
| | 4 Zcela nevyhovující | 2 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Materiální zázemí 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| Materiální zázemí 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|----------------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | 1 Zcela vyhovující | 74 | 61,2 | 61,2 | 61,2 |
| | 2 Spíše vyhovující | 42 | 34,7 | 34,7 | 95,9 |
| | 3 Spíše nevyhovující | 4 | 3,3 | 3,3 | 99,2 |
| | 4 Zcela nevyhovující | 1 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Materiální zázemí 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství

| Materiální zázemí 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela vyhovující | 71 | 58,7 | 58,7 | 58,7 |
| | 2 Spíše vyhovující | 43 | 35,5 | 35,5 | 94,2 |
| | 3 Spíše nevhovující | 6 | 5,0 | 5,0 | 99,2 |
| | 4 Zcela nevhovující | 1 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Materiální zázemí během porodu

| Materiální zázemí během porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------------------|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela vyhovující | 72 | 59,5 | 59,5 | 59,5 |
| | 2 Spíše vyhovující | 43 | 35,5 | 35,5 | 95,0 |
| | 3 Spíše nevhovující | 5 | 4,1 | 4,1 | 99,2 |
| | 4 Zcela nevhovující | 1 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Materiální zázemí po porodu

| Materiální zázemí po porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Zcela vyhovující | 67 | 55,4 | 55,4 | 55,4 |
| | 2 Spíše vyhovující | 39 | 32,2 | 32,2 | 87,6 |
| | 3 Spíše nevhovující | 12 | 9,9 | 9,9 | 97,5 |
| | 4 Zcela nevhovující | 3 | 2,5 | 2,5 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Příloha č. 14

Vztah s partnerem u respondentek v jednotlivých obdobích

Vztah s partnerem 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| Vztah s partnerem 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|--|-----------------------|------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|
| <i>Valid</i> | <i>1 Velmi dobrý</i> | 97 | 80,2 | 80,8 | 80,8 |
| | <i>2 Spíše dobrý</i> | 15 | 12,4 | 12,5 | 93,3 |
| | <i>3 Spíše špatný</i> | 7 | 5,8 | 5,8 | 99,2 |
| | <i>4 Zcela špatný</i> | 1 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 120 | 99,2 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | 9 | 1 | ,8 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Vztah s partnerem 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| Vztah s partnerem 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---|-----------------------|------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|
| <i>Valid</i> | <i>1 Velmi dobrý</i> | 99 | 81,8 | 82,5 | 82,5 |
| | <i>2 Spíše dobrý</i> | 10 | 8,3 | 8,3 | 90,8 |
| | <i>3 Spíše špatný</i> | 7 | 5,8 | 5,8 | 96,7 |
| | <i>4 Zcela špatný</i> | 4 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 120 | 99,2 | 100,0 | |
| <i>Missing</i> | 9 | 1 | ,8 | | |
| <i>Total</i> | | 121 | 100,0 | | |

Vztah s partnerem 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství

| Vztah s partnerem 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Velmi dobrý | 102 | 84,3 | 85,0 | 85,0 |
| | 2 Spíše dobrý | 10 | 8,3 | 8,3 | 93,3 |
| | 3 Spíše špatný | 1 | ,8 | ,8 | 94,2 |
| | 4 Zcela špatný | 7 | 5,8 | 5,8 | 100,0 |
| | Total | 120 | 99,2 | 100,0 | |
| Missing | 9 | 1 | ,8 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Vztah s partnerem během porodu

| Vztah s partnerem během porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------------------|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Velmi dobrý | 110 | 90,9 | 91,7 | 91,7 |
| | 2 Spíše dobrý | 3 | 2,5 | 2,5 | 94,2 |
| | 3 Spíše špatný | 2 | 1,7 | 1,7 | 95,8 |
| | 4 Zcela špatný | 5 | 4,1 | 4,2 | 100,0 |
| | Total | 120 | 99,2 | 100,0 | |
| Missing | 9 | 1 | ,8 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Vztah s partnerem po porodu

| Vztah s partnerem po porodu | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Velmi dobrý | 109 | 90,1 | 90,8 | 90,8 |
| | 2 Spíše dobrý | 4 | 3,3 | 3,3 | 94,2 |
| | 3 Spíše špatný | 1 | ,8 | ,8 | 95,0 |
| | 4 Zcela špatný | 6 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Total | 120 | 99,2 | 100,0 | |
| Missing | 9 | 1 | ,8 | | |
| Total | | 121 | 100,0 | | |

Příloha č. 15

Sociální zázemí u respondentek v jednotlivých obdobích

Sociální zázemí 0-3. kalendářní měsíc těhotenství

| Sociální zázemí 0-3. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Velmi dobrý | 102 | 84,3 | 84,3 | 84,3 |
| | 2 Spíše dobrý | 16 | 13,2 | 13,2 | 97,5 |
| | 3 Spíše špatný | 2 | 1,7 | 1,7 | 99,2 |
| | 4 Zcela špatný | 1 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Sociální zázemí 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství

| Sociální zázemí 4.-6. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Velmi dobrý | 100 | 82,6 | 82,6 | 82,6 |
| | 2 Spíše dobrý | 17 | 14,0 | 14,0 | 96,7 |
| | 3 Spíše špatný | 4 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Sociální zázemí 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství

| Sociální zázemí 7.-9. kalendářní měsíc těhotenství | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1 Velmi dobrý | 108 | 89,3 | 89,3 | 89,3 |
| | 2 Spíše dobrý | 11 | 9,1 | 9,1 | 98,3 |
| | 3 Spíše špatný | 2 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Sociální zázemí během porodu

| Sociální zázemí během porodu | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|------------------------------|-----------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 <i>Velmi dobrý</i> | 110 | 90,9 | 90,9 | 90,9 |
| | 2 <i>Spíše dobrý</i> | 10 | 8,3 | 8,3 | 99,2 |
| | 3 <i>Spíše špatný</i> | 1 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |

Sociální zázemí po porodu

| Sociální zázemí po porodu | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> | <i>Valid Percent</i> | <i>Cumulative Percent</i> |
|---------------------------|-----------------------|------------------|----------------|----------------------|---------------------------|
| <i>Valid</i> | 1 <i>Velmi dobrý</i> | 111 | 91,7 | 91,7 | 91,7 |
| | 2 <i>Spíše dobrý</i> | 9 | 7,4 | 7,4 | 99,2 |
| | 3 <i>Spíše špatný</i> | 1 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | <i>Total</i> | 121 | 100,0 | 100,0 | |