

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA



**Faktory ovlivňující rodičovství ve vnímání biologické či psychosociální
podmíněnosti**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D. Autor : Bc. Hana Vodičková

2009

Abstract

Žijeme v době, kdy počet obyvatel naší planety neustále narůstá, přesto dochází k paradoxní situaci. V ekonomicky vyspělých zemích sledujeme z dlouhodobé perspektivy pokles porodnosti a narůstající fenomén nedobrovolné bezdětnosti. Každý pátý pár ve fertilním věku má problém počít potomka, řada z nich skončí ve specializovaných centrech pro léčbu metodami asistované reprodukce.

Porodní asistentka se setkává čím dál častěji s páry, které touží mít dítě, ale z nějakého důvodu se jim nedaří otěhotnět nebo dítě donosit. Proto by měla být schopná dát jim naději, poskytnout aktuální informace a ukázat jim i jiný způsob, jak mít dítě a jak být na to připravena. Během vykonávání své dlouholeté profese se často setkávám s neplodnými partnerskými páry a ženami s opakovaným potrácením, které touží po kompletní rodině. Stále častěji jim k dítěti pomůže asistovaná reprodukce a stále častěji je to asistovaná reprodukce s využitím dárcovských gamet. Logicky se tedy objevuje naléhavá otázka po podstatě vztahu k dítěti, když dítě není biologicky vlastní.

Ale i ženy, které své biologicky vlastní dítě úspěšně donosily a porodily, mají své problémy. Chvilé, kdy žena po porodu spatří své dítě a pochová je, mají patřit k nejkrásnějším v životě. Není to ale pravidlem, řada žen to tak necítí. Žádná vlna mateřské lásky nepřichází. Často kvůli tomu mají novopečení rodiče výčitky a pochybují o sobě jako dobrých rodičích.

Předložená bakalářská práce se zaměřila na vznik vztahu k dítěti. Mapovala výpovědi žen a porodních asistentek, týkajících se doby vzniku vztahu k dítěti. Výzkum u matek ukázal, že významná skupina rodičů získává láskyplný vztah až později. Porodní asistentky, jak prokázal výzkum, tuto situaci pozorují a vnímají. Navázání vztahu k dítěti je velmi individuální záležitost a nikdo by se proto neměl trápit, že své dítě po porodu málo miluje.

Porodní asistentka by měla mít kvalitní a aktuální znalosti z této oblasti, měla by být v této chvíli novopečeným rodičům nablízku, poradit či vysvětlit jim jejich zdánlivé selhání či výčitky a povzbudit, dodat naději a sebevědomí.

Téma je aktuální jak pro zdravotníky, tak pro laickou veřejnost.

Abstract

Factors affecting parenthood in perception of biological or psychosocial conditionality

We live in times when the population of our planet has been constantly growing, but yet we are witnessing a paradoxical situation. In economically developed countries there is the long term decline in birth rate and a growing phenomenon of involuntary childlessness. Every fifth couple of childbearing age has problems in conception of an offspring, some of them ending up in specialized centers for the assisted reproduction treatment.

More frequently, midwives meet couples that wish to have a child, but for some reason fail to become pregnant or bear the full term. Therefore the midwife should be able to give them hope, provide them with current information and show them another way to have a baby and explain how to be ready for that. During my long pursuit of the profession I often meet barren couples and women with recurrent miscarriages who long for a complete family. More and more often the solution lies in the assisted reproduction treatment, and more and more often it is the assisted reproduction using donor gametes. Logically, therefore, in parents an urgent issue concerning the relationship to the child which is not biologically their own arises.

But quite often, even the women who have successfully given birth to full term babies have problems. The moment when a woman after delivery sees her child and nurses it for the first time should belong to the most beautiful ones in life. But it is not regular, there are women who do not have that feeling. No wave of maternity comes up immediately. That could be the reason why fresh parents feel remorse and doubt themselves as good parents.

The thesis is focused on the emergence of the relationship to a child. The time of establishment of the relationship to a child is surveyed on the basis how mothers and midwives reply to questions concerning the time of establishment of the relationship to the child. The research in mothers has shown that a significant group of parents gain a loving relationship only after some time. Midwives, as the research has demonstrated, observe and perceive that situation. The relationship establishment to a child is an entirely individual thing and nobody should be worried that parents lack loving feelings to their child soon after the childbirth.

Midwives should have quality and up-to-date knowledge in this field, they should be at the disposal to parents, give them advice or explain them their apparent failure or remorse, encourage them and raise hopes and their self confidence.

This is an up-to-date topic both for medical professionals and the general public.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „**Faktory ovlivňující rodičovství ve vnímání biologické či psychosociální podmíněnosti**“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 15.8. 2009

Poděkování

Děkuji vedoucí své bakalářské práce, paní docentce Konečné, za cenné rady, připomínky a možnost mé spolupráce s ní a s jejím oborem, který mě velmi obohatil. Děkuji také své rodině za podporu a pevné nervy.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1. Rodičovství – podstata	4
1.1.1. Proč mít dítě.....	6
1.1.2. Mateřský gen.....	7
1.1.3. Moje matka ve mně.....	7
1.1.4. Mateřství jako biologicky podmíněná záležitost.....	7
1.1.5. Osobnost – vývoj.....	9
1.2. Rodina z pohledu historie a demografie	10
1.2.1. Vývoj reprodukčního chování v posledních desetiletích.....	10
1.2.2. Rodina jako instituce	12
1.2.3. Rodičovství – motivace.....	12
1.2.4. Rodičovství jako role.....	13
1.2.5. Pozdní rodičovství.....	13
1.2.6. Osamělé mateřství.....	14
1.2.7. Porodnost.....	15
1.3. Nedobrovolná bezdětnost a její řešení.....	16
1.3.1 Léčba poruch plodnosti.....	17
1.3.2 Dárcovství gamet v asistované reprodukci.....	20
1.3.3 Náhradní mateřství.....	21
1.3.4 Adopce /osvojení/dítěte.....	22
1.4 Porodní asistence.....	23
1.4.1 Úloha porodní asistentky	23
1.4.2 Porodnická psychoprolaxe.....	24
1.4.3 Definice porodu a porodních dob.....	25
1.4.4 Období šestinedělí- specifická	25
2. Cíle práce	26
3. Metodika.....	27
3.1 Výzkumná strategie.....	28
3.2 Zkoumaný soubor.....	28

3.2.1	Zkoumaný soubor 1.....	
3.3.2	Zkoumaný soubor 2.....	
4.	Výsledky.....	33
4.1.	Tvorba vztahu k dítěti z pohledu matek	33
4.2.	Tvorba vztahu k dítěti z pohledu porodních asistentek	36
4.2.1.	Kdy vzniká vztah k dítěti.....	36
4.2.2.	Podstata vztahu matky s dítětem po porodu	37
4.2.3.	Matky a IVF.....	40
4.2.4.	Matky a adopce.....	41
4.2.5.	Komunikace porodních asistentek s matkami.....	42
4.2.6.	Náhradní mateřství.....	43
5.	Diskuse.....	44
6.	Závěr	
7.	Seznam použité literatury	
8.	Klíčová slova	
9.	Přílohy	

Úvod

Citát: „Když se narodí dítě, bývá to oslavováno jako velká událost. Na jinou, která příchod nového života na svět doprovází, se často zapomíná, a to i přesto, že je neméně jedinečná a důležitá. Mám na mysli zrození matky.“

Jako porodní asistentka se setkávám čím dál častěji s páry, které touží mít dítě, ale z nějakého důvodu se jim nedaří otěhotnět nebo dítě donosit. Proto měla bych být schopná dát jim naději, poskytnout aktuální informace a ukázat jim i jiný způsob, jak mít dítě a jak být na to připravena. Během vykonávání své dlouholeté profese ošetřuji neplodné partnerské páry a ženy s opakovaným potrácením, které touží po kompletní rodině.

Lékaři, porodní asistentky i ošetřující personál se do pocitů žen, které po porodu rozhodně nejsou šťastné, ale spíše malátné, sklíčené a podrážděné, často neumí vcítit. U personálu hraje rozhodující roli rozhodnost, inteligence a absence emocí. Tento druh péče může vést k pocitům odcizení a k psychickým poruchám. (7)

Pro obě strany – bezdětný pár (mající dítě díky darovaným gametám nebo rozhodnutý dítě adoptovat) i matku dávající dítě k adopci je velmi významná otázka podstaty vzniku vztahu k dítěti. Může mít člověk rád dítě, které není biologicky vlastní? Kdy a jak se naváže vztah? Může vůbec žena, dávající dítě k adopci tuto situaci zvládnout? Může vztah k porozenému dítěti ne-existovat?

To jsou otázky, které vedly k rozhodnutí zpracovat tuto problematiku a zvolení tématiky a vypracování této bakalářské práce. Porodní asistentka bývá často při řešení těchto intimních záležitostí. Bezdětnému páru asistuje jak v počátku řešení, kdy pár zjišťuje, že cesta za dítětem nebude tak snadná jak si myslel, tak i v průběhu, kdy volí a absolvuje léčbu, tak i na šťastném konci – porodu dítěte a prvních dnech s ním. Ženám, které se rozhodly pro svěření dítěte do adopce, často asistuje při jejich těžkém rozhodování a po porodu pak zajišťuje jak péči o dítě, tak o rodičku. Porodní asistentce se ženy svěřují se svými názory a postoji k rodičovství a mateřství.

1. Současný stav

Žijeme v době, kdy počet obyvatel naší planety neustále narůstá, přesto dochází k paradoxní situaci. V ekonomicky vyspělých zemích sledujeme pokles porodnosti a narůstající fenomén nedobrovolné bezdětnosti. Každý pátý pár ve fertilním věku má problém počít potomka, řada z nich skončí ve specializovaných centrech pro léčbu metodami asistované reprodukce. Snižující se porodnost negativně ovlivňuje demografické složení společnosti.

V současné době je podle statistik nenaplněné rodičovství či obtížná cesta k dítěti stále častějším problémem. Důležitým faktorem je přitom zvyšující se věk lidí pokoušející se o rodičovství. Program darování gamet je jednou z možností, stále více využívanou, jak nedobrovolně bezdětným lidem pomoci naplnit jejich touhu po dítěti.(16)

Další možností řešení je přijetí dítěte tzv. sociálně osiřelého, tedy osvojení (adopce). Aby pár mohl dítě adoptovat, musí se ho napřed někdo vzdát. Jednou z možností pro ženu, která těhotenství neplánovala a dítě tedy nechce, je vzdát se dítěte po porodu a nechat ho v porodnici, odkud pak je předáno napřed do kojeneckého ústavu, a po vyřízení potřebných kroků bezdětnému páru.(15)

1.1 Rodičovství – podstata

Každý jedinec pociťuje v určitém věku přirozenou touhu po zplození vlastního potomka, čímž si instinktivně zajišťuje pokračování vlastního rodu, a současně tím získává pocit vlastního uspokojení a zadostiučinění. Lidská bytost je na jedné straně plodná a většina žen je schopna početí a úspěšného donošení dítěte, ovšem proces reprodukce je nesmírně složitý. V případě selhání tohoto základního poslání a nemožnosti mít vlastní dítě, mluvíme o neplodnosti, čili sterilitě. Neplodnost je nemoc, která je často řešitelná. Obvyklá netrpělivost neplodného páru není na místě. Některá příčina jejich problému je řešitelná snazším zásahem, jiná zase vyžaduje souhru úkonů jednotlivých specializovaných týmů.

Prof. Zdeněk Matějček, psycholog a přední odborník na náhradní rodinnou péči, rozděluje rodičovství na biologické a psychologické. Poukazuje na přílišné oslavování biologického rodičovství, přeceňování tzv. hlasu krve a na tradiční literární popis nevlastních matek a otců jako zlo macech a otčímů. Adoptivní rodičovství je jistě náročnější než biologické, vlastní. Cesta za dítětem ale prohlubuje vztah dvou lidí a dává možnost vnitřně dozrát. To jsou dobré předpoklady pro dobré rodičovství a důvody, proč si věřit.(16)

Žádné bohatství, žádná převratná úspěšnost či pomíjivá krása nenahradí jednoznačný smysl života – dítě. Většina žen léčených dlouhodobě pro neplodnost často psychicky fyzicky strádá, jiné pacientky jsou naopak živější, ve společnosti se chovají velmi nápadně, rády na sebe upozorňují, a tak částečně kompenzují svoji potřebu odlišit se. Tento typ žen však patří mezi velké bojovnice, které svoji neplodnost často překonají tím, že do poslední chvíle opakovaně podstupují ty nejsložitější úkony nebo vedle společného života s adoptovaným dítětem pokračují v léčbě až do konce svých biologických možností.

Neplodný muž bývá v okamžiku pravdy rozvážnější a většinou je pro, aby jeho plodná partnerka byla oplozena zmrazenými spermii od zdravého dárce, a to takového, který má ve spermabance uvedené téměř stejné údaje s ním (stejnou krevní skupinu a Rh faktor, barvu vlasů, barvu očí, výšku apod.).

Sterilita je tedy ve své podstatě nemoc, která není zhoubná, ale od okamžiku rozhodnutí „mít dítě“ se stává chorobou povětšinou vleklou. Nestabilní pár je navzájem neurotizován, dochází ke zhoršení mezilidských vztahů. Pocity viny a výčitky u takového páru bývají často důvodem k rozchodu. Ženy si většinou nalézají partnery s dětmi ve vlastní péči, muži se ženění nebo utužují svazky s ženami, které nejdříve přivedou do jiného stavu.(4)

Je fascinující, jak závrtným způsobem došlo ve 20. století k objasnění každého kroku reprodukčního systému a k identifikaci problémů, které mohou způsobovat neplodnost. Léčba neplodnosti zaznamenala obrovský rozvoj a pomohla tak obrovskému množství sterilních párů překonat nelehkou životní situaci

Díky dosažitelné a spolehlivé antikoncepci už dnes dítě nemusí být nežádoucím následkem sexu. Není ani existenční nutností, o osamělého starého či nemocného člověka je ve vyspělých zemích postaráno. A přesto, že demografové a ekonomové těchto zemí stále důrazněji upozorňují, že na zabezpečení starých a nemocných nebudou do budoucna zdroje, bezdětný člověk již není vnímán jako neplnohodnotný a asociální. Být rodičem už tedy většinou neznamená podlehnout společenskému tlaku, impulsem vedoucím k pokusům otěhotnět nebývají neustávající dotazy rodičů či sousedky „kdy už?“ (15)

1.1.1 Proč mít dítě

Literatura zmiňuje tyto důvody, proč člověk chce mít dítě: motivace biologická – rodičovský instinkt, a motivace psychologická a sociální. O existenci rodičovského instinktu jsou však v poslední době velké pochybnosti. Pokud bychom hledali speciální instinkt pro plození dětí, nenašli bychom jej, neboť sám o sobě neexistuje. A ani nemusí. Není totiž přítomen ani v živočišné říši. Tam stačí, aby zvířata byla vybavena silným instinktem pro sexuální aktivitu, což spolu s mechanismem ochraňovat naprosto postačuje k tomu, aby plození probíhalo zcela přirozeně. U člověka poznání, že slast ze sexu nemusí být nutně provázena (často nežádoucím) početím, vytvořilo podmínky pro to, že děti mohou být z životního cyklu individua úplně vyloučeny. Je ale pravda, že bezdětnost není ani v moderní hedonistické společnosti masovým jevem, což značí, že existence dětí musí mít v sobě něco, co nás fascinuje a co nás vede k tomu, že plodíme.

Fakticky se žena stává matkou v okamžiku porodu svého prvního dítěte. Její mateřství se ale utváří již dávno předtím. Vyrůstá z mnoha faktorů, z nichž nejdůležitější jsou osobní (genetické) dispozice; vliv vlastní matky a rodiny, z níž žena pochází; těhotenství a porod; vliv společnosti, ve které žena žije. (9)

Mateřství je rozhodující událost v životě ženy, seismická transformace, nekonečná a věčná cesta nikam. I tak lze mateřství formulovat. Hodně literatury týkající se mateřství matku nějak opomíjí. Matky jsou trénovány, co mají dělat a ne proč to dělat. Mít dítě je i o autonomii, nezávislosti a seberealizaci stejně jako o spojitosti, závislosti a sebeobětování. Mateřství znamená žít s představami, jež jsou často krutě nereálné. Mateřství je nekonečný příběh. (22)

1.1.2 Mateřský gen

Dlouho se o něm jen spekuluje. Existuje něco podobného i u lidí? Vědecké výzkumy to zatím jednoznačně nepotvrdily. Všichni známe ženy, které mateřství buď neoslovuje, a tak dítě ani nemají, nebo ho mají, ale standardní mateřské chování nerozvinou. Konkrétní statistiky ani zřejmé důvody, proč je tomu tak, nejsou k dispozici. Tento problém zůstává předmětem zkoumání stejně jako otázka, jak vlastně dochází k tomu, že určitý gen (a hypoteticky tedy i ten mateřský) se u jedince rozvine a projeví, nebo nikoliv? (8)

Nové výzkumy naznačují, že sílu genů u mládeže může eliminovat nebo přeměrovat chování matky v raném období života. Stále větší význam je přitom přisuzován prostředí, do

kterého se dítě narodí. Pokud je toto prostředí bezpečné a inspirativní, dochází při vývoji osobnosti dítěte k menšímu výskytu patologií. Je samozřejmě otázkou, zda neochotu ženy počít, porodit a vychovat dítě lze označit za patologické chování. Z hlediska zachování lidského druhu ano, zároveň ale platí, že ne všichni jsou povoláni k rodičovství, a hlavně: doba rovných příležitostí mužů a žen činí z dobrovolné bezdětnosti žen standardní sociologický jev.(9)

1.1.3 Moje matka ve mně

Vztah matky a dcery patří k určujícím. Právě od matky se dívka učí pohledu na svět i sebe samu. Podle vzoru matky také zpravidla přijímá vzorec pečujícího chování, jež je považováno za hlavní charakteristiku mateřství. Schopnost pečovat o druhé ovšem souvisí se schopností pečovat o sebe samotnou. Pro ženu, které její vlastní matka dala jen málo lásky a péče, bývá obtížné, aby sama byla milující a pečující matkou. Pokud zranění a bolest zůstanou nepřiznané a neřešené, bývá zraňující chování dlouhodobě předáváno z generace na generaci. Pomoc přichází, pokud si žena vyjasní svou situaci a pokud začne hledat způsob, jak zatížení z minulosti odstranit. (11)

1.1.4 Mateřství jako biologicky podmíněná záležitost

Jedinečnou příležitostí pro mobilizaci mateřských vlastností je těhotenství a porod. Proměňuje těhotenství a porod psychiku ženy? Je mateřské chování biologicky naprogramované? Co se děje v mozku ženy při porodu a při interakci s novorozencem? Mají okolnosti perinatálního období vliv na vznik mateřské kompetence? V poslední době se roztrhl pytel s výzkumy, které se snaží podobné otázky zodpovědět, a zároveň dosvědčit, jak obrovským přirozeným potenciálem k mateřství disponuje ženské tělo.

"Dnešní ženy zažívají v souvislosti s mateřstvím pocity, které jim nahánějí strach. To, co v nich potlačila výchova a celý současný životní styl, na ně dopadá s obrovskou silou. Je nutné umožnit jim, aby se v nich v době, kdy čekají a rodí děti, probudila dávná přirozenost, aby mohl ožít instinkt, který jim otevře bránu nejen k mateřství, nýbrž často i k samotné podstatě života," říká německo-francouzská lektorka předporodní přípravy Elisabeth Geisel a autorka knihy *Slzy po porodu*. V této knize podrobně popisuje důležitost působení přirozených hormonů, vyplavovaných během těhotenství, porodu a kojení, které na biologické bázi podporují mateřské chování a usnadňují navázání pevné láskyplné vazby mezi matkou a novorozencem. Ve společnosti, kde naprostá většina porodů probíhá pod medicínským

dohledem a s velkým množstvím umělých intervencí, zní informace o síle biologické podmíněnosti mateřské lásky znepokojivě.(7)

Naštěstí ale v lidském světě neplatí pravidla nižší živočišné říše, kde samice po porodu svá mláďata opouštějí, resp. nestarají se o ně. Lidská láska podléhá jiným pravidlům, povýšeným nad biologickou podstatu. Vyrůstá z propojení rozumu, odpovědnosti a citu. Vztah matky a dítěte má svůj vývoj a upevňuje se s časem, který oba tráví pohromadě. Obvykle trvá dva až tři měsíce než si na sebe zvyknou, najdou společný rytmus kojení a spánku a zabydlí se v nové každodenní rutině. Na základě systematického pozorování bylo rozpoznáno několik faktorů, které mají zásadní význam pro harmonii mezi matkou a dítětem. Za nejdůležitější je považován častý a dlouhý tělesný kontakt, schopnost matky dítě zklidnit, pozornost vůči signálům ze strany dítěte a rychlá a odpovídající reakce na jeho pláč. Některé matky jednájí intuitivně, jiné se mateřskému chování musí učit, v zásadě ale platí, že nejdůležitější je ochota ženy přijmout dítě s jeho potřebami i zvláštnostmi a také její dočasná plná koncentrace na péči o ně. Jde především o to zajistit dítěti pocit bezpečí a nevystavovat ho typu stresu, jež psychologové nazývají naučenou bezmocností. Takovou trpí miminka, pokud o ně matky nejeví zájem a pokud např. nereagují na jejich pláč. Tento stres působí na úrovni neurochemie mozku a postupně může vést k četným psychickým i somatickým problémům.

Pro vývoj mateřství hraje nesmírně důležitou roli též prostředí, ve kterém žena žije. Současná společnost mateřství nijak neulehčuje, protože k jeho - na veřejnosti často zkreslovaným a idealizovaným - atributům nakládá ženám nepřiměřené nároky související s úspěchem v profesi a také v osobním (partnerském) životě. Mnohé ženy podléhají tlaku perfekcionismu. Chtějí zvládat všechny své role maximálně dobře a efektivně, což není možné. Pokud nemají muže, který by s nimi férově sdílel péči o rodinu a domácnost, pokud jim nevyjde vstříc zaměstnavatel např. snížením úvazku a pokud nenajdou potřebný prostor pro sebezpečí, nezřídka upadnou do stavu přepracování, který může vést až k totálnímu vyčerpání či dokonce ke zhroucení./1/

1.1.5 Osobnost

Slovníková definice vysvětluje osobnost jako „souhrn duševních, emočních, sociálních a fyzických znaků jedince. Osobnost určuje jeho adaptaci na prostředí a jeho charakteristické způsoby chování a prožívání“.

Psychologové obvykle určují osobnost na vrozený temperament s biologickým základem, a na charakter, dotvářený v interakci se světem. Temperament ovlivňuje dynamiku jedince především v citové oblasti, vyjadřuje, jakým způsobem jedinec činnost provádí a jak ji prožívá. Samozřejmě nejsme od narození uvězněni ve své osobnosti, kterou bychom nemohli nijak pozměnit. Právě naopak. Jedním z úžasných rysů temperamentu je, že v něm samém je obsažena pružnost, která nám umožňuje přizpůsobit se různorodým životním překážkám a výzvám. Charakter se v průběhu života vyvíjí – od amorálního u kojence, přes prospěšný v raném dětství, konformní v pozdějším dětství, uvědomovaný v adolescenci až k altruistickému u zralých dospělých. Každý z nás má schopnost osobnostně růst a měnit se v každé etapě svého života. Lidé se učí zkušeností, od rodičů, kamarádů, okolí. (8)

Lidské dítě se rodí do života poměrně chudě vybaveno vrozenými vzorci chování, o to více je vrozeně schopno adaptovat se na podmínky, v nichž od narození žije a učit se všemu, co pro svůj život potřebuje. Lidská schopnost adaptace a učení je proti jiným živočišným druhům nesmírná. Přirozeným rámcem pro toto učení je rodina a to, čemu se dítě naučí je v podstatě určováno působením rodiny.(20)

Rodina uspokojuje biologické potřeby dítěte, poskytuje však také uspokojení jeho základních psychických potřeb, především potřebu bezpečí a trvalého citového vztahu. Rodina rovněž poskytuje základní výkladové vzorce pro poznávání světa a působí na vytváření představ dítěte o sobě samém –na jeho sebepojetí a sebehodnocení. Tím se rodina stává podstatným činitelem i při utváření osobnosti dítěte – ovšem tím i vzniku případných odchylek a deformací. Procesem v němž toto základní působení rodiny probíhá, je socializace dítěte. Socializací označujeme přetváření a vývoj člověka, respektive rozvoj jeho osobnosti působením sociálních vlivů i vlastních činností dítěte, kterými na tyto vlivy reaguje, vyrovnává se s nimi, mění je a zvládá. Dítě je na své rodiče ve všem odkázáno. Proto je kvalita i kvantita rodinné péče o dítě rozhodujícím činitelem v jeho vývoji i při utváření jeho osobnosti. Vidíme ovšem, že se jedná o proces dvojstranný, rodina zajišťuje jeho rámec a poskytuje dítěti potřebné podněty, dítě však není pouhým pasivním objektem tohoto působení, aktivně se podnětu zmocňuje, někdy dokonce provokuje jejich poskytování, zpracovává je a tím se na utváření své osobnosti samo podílí.

Kromě kvality a míry poskytovaných podnětů je totiž důležité i to, jak je dítě chápe a jak se s nimi vyrovnává. V průběhu socializace se dítě učí podílet se na společných činnostech, čímž rozvíjí své schopnosti a potvrzuje si svoji kompetenci. Dítě přijímá vlivy kultury, do které patří, přijímá hodnoty a morální normy, učí se, co je správné a špatné, vhodné či nevhodné. Vliv rodiny je mimořádný i na utváření sebepojetí, sebehodnocení obrazu vlastního já u dítěte. V rodině se dítě poprvé pokouší uplatnit své rozvíjející se schopnosti. Z reakcí rodičů, z odměn a trestů za svoje chování se dozvídá nejen to, co je správné a špatné, ale i to jak je ve svých činnostech úspěšné. Tím se vlastně dozvídá, jaké je.

Sebepojetí dítěte je tedy zásadně formováno sociálně zprostředkovanými reakcemi z jeho okolí. Obraz, který si dítě vytváří o svých schopnostech, předpokladech a možnostech, je takřka beze zbytku vytvářen těmito reakcemi - jiný zdroj informací dítě vlastně nemá. Dítě proto tento obraz přijímá a jeho další aktivity, prožívání a aspirace jsou podstatně ovlivněny tímto primárním vlivem. Proto dospělý či dospívající jedinec, který už je více schopen posoudit sebe sama, je rámcově ovlivněn prvním obrazem, kterého se mu dostalo v dětství.

(19)

1.2 Rodina z pohledu historie a demografie

V reprodukčním chování obyvatelstva evropských zemí lze v posledních desetiletích sledovat značné změny a výkyvy. Jsou zapříčiněny jednak odhalitelnými společenskými událostmi a krizemi, jednak záměrným působením politických a samosprávných orgánů. Mnoho o nich ale nevíme. (9)

1.2.1 Vývoj reprodukčního chování v posledních desetiletích

40. a 50. léta 20. století

Velký nárůst sňatečnosti a "baby boom" konce čtyřicátých a padesátých let je častěji interpretován jako reakce Evropanů na přestálá válečná utrpení. E. Sullerotová (1998) však ukazuje, že ve skutečnosti začala tato změna již začátkem let čtyřicátých v neutrálním Švédsku, kde nemohlo jít o reakci na válečné události. Dle jejího názoru šlo spíše o nový pohled na manželství. Větší roli podle ní sehrála společensky postupně všude v Evropě akceptovaná "atraktivnost nezávislého života ve dvou". Byla to spíše vzpoura proti tradici odpovědného přednostního finančního a společenského zabezpečení rodiny, což byly vůdčí ideje let předcházejících. Zmíněná autorka charakterizuje tuto etapu metaforou "mladí, chudí, ale spolu".

70. léta 20. století

Zásadní odklon od tohoto chování, označovaný jako druhá demografická transice, přinesla sedmdesátá léta. Tato změna je provázena nástupem individualismu a výraznou orientací na spotřebu. Jsou to léta, kdy, mimo jiné, dorůstají generace dětí vychované v liberálním duchu padesátých let. Tehdy pod vlivem zpopularizované psychoanalýzy ustupuje autorita rodičů, prioritou ve výchově se stává odstranění pocitů viny a ideálem je svobodný rozvoj jednotlivce. Je dobře představitelné, že tato společenská atmosféra sehrává významnou úlohu v reprodukčním chování lidí, tentokrát úlohu vedoucí k odkládání sňatků a prudkému poklesu počtu porodů. Nezanedbatelný vliv představuje samozřejmě i nově se objevivší moderní antikoncepce.

Trvalý pokles porodnosti od počátku šedesátých let (s výjimkou navozeného baby-boomu 1973-1978) byl v české populaci způsobován více přesunem od dosud dominantního modelu rodiny se dvěma dětmi k rodině jednodětné nežli poklesem počtu velkých rodin anebo vzestupem bezdětnosti. Charakteristické to bylo zejména pro vysokoškolsky vzdělané ženy: rozhodovaly se často mít jedno "statusové" dítě- jako kompromisní strategii, jež nejspíše umožňovala zachovat profesionální aspirace, aniž jim byl obětován status matky.

Dále se uvádí, že rodinné a sňatkové chování vykazovalo až do konce 80. let poměrně stabilní a téměř univerzálně platný model. Charakterizoval jej nízký věk v době prvního sňatku a porodu prvního dítěte, porodnost zajišťující prostou reprodukci, růst předmanželských koncepcí, vysoká míra potratovosti a rozvodovosti, malý podíl mimomanželsky narozených dětí a převažující dvoudětný model rodiny realizovaný v krátkých intervalech po sňatku.

80. a 90. léta 20. století

Konec osmdesátých a začátek devadesátých let je charakterizován institucionalizací snah ovlivnit společenskou atmosféru v prorodinném a propopulačním smyslu. Začíná se ozývat opakované konstatování sociologů, že ekonomické prostředí a dovršující se zrovnoprávnění žen je velmi špatně slučitelné s rodičovskou rolí mladých lidí. Hovoří se obecně o směřování k bezdětné společnosti. V této době narůstá význam a rozsah výzkumu rodiny, ve Francii funguje Státní sekretariát pro otázky rodiny, v Německu a Rakousku vznikají ministerstva pro rodinu, v r. 1989 vzniká Evropská observatoř pro sledování rodinných politik, jejími členy jsou nyní země EU. Ve Švédsku a postupně v dalších evropských zemích narůstají objemy dávek a služeb pro rodiny. S výjimkou jižních evropských států se stabilizuje a mírně narůstá křivka porodnosti.

Demografická situace po roce 1990

Od roku 1993 nastaly takové změny demografického chování, že pro svou dynamiku vyvolaly zvýšený zájem demografů, sociologů, politiků i veřejnosti. Demografická statistika má na jedné straně důkazy o změnách vzorců sňatkového a reprodukčního chování, na straně druhé se však ve výkladu příčin prokazatelných změn a perspektiv dalšího vývoje střetávají výrazně odlišné názory. Vývoj ukazatelů demografického chování na počátku 90. let, směřující k jeho větší diferenciaci, umožňuje sice hledat analogie s vývojem ve vyspělých evropských zemích (výrazné snížení sňatečnosti a porodnosti), ale současně vykazuje prvky specificky probíhajícího překonávání vzorců chování, které do nedávné doby řadily ČR spíše k východoevropskému modelu (nízké, pomalu se zvyšující věky životních startů).

Pokračující, v polovině 90. let velmi strmé, snižování ukazatelů sňatečnosti a porodnosti otevírá tedy otázku, zda jde spíše o přibližování západnímu modelu než o známky krizového vývoje současné rodiny. Další otázkou je, zda lze v empiricky potvrzených demografických změnách po roce 1992 spatřovat průvodní jevy transformačního procesu nebo nalézat zcela nové trendy pro bližší či vzdálenější budoucnost. Demografové a sociologové k takovému rozhodnutí požadují, přirozeně, další analýzy dlouhodobějšího vývoje. (9,4)

1.2.2 Rodina jako instituce

Existuje spousta definic rodiny. Z různých hledisek na ni pohlíží každý obor jinak. Sociologické hledisko vidí rodinu jako sociální instituci nebo malou sociální skupinu. Sociální psychologie ji vnímá jako primární skupinu. Pedagogika zdůrazňuje výchovně socializační funkci a ekonomové považují rodinu za výrobní nebo spotřební jednotku.

Rodinu lze definovat jako instituci zajišťující lidskou reprodukci, tedy zachování lidského druhu. Podoba rodiny vychází z legitimacy, kterou považuje společnost za běžnou a správnou. Nabízí se tu proto zcela logicky otázka, zda je manželství rodičů pro vývoj jejich dítěte tou jedinou a neoptimálnější možností. Pravděpodobně ano, ale v posledních letech shledáváme zejména u mladé generace projevy rezignovanosti na institut manželství. Proč se tak děje? Jsou snad zklamáni z vývoje manželství svých rodičů? Zdá se jim instituce manželství směšná a rigidní? Na tomto místě je nutné si uvědomit, že k naplnění funkcí rodiny nestačí jen fyzická reprodukce. Stejně tak je potřeba zajistit reprodukci sociální způsobilosti. V tom se pravděpodobně skrývá původní činitel strachu a nechuti k manželství, se kterým se setkáváme v posledních dekadách.(11)

1.2.3 Rodičovství - motivace

Motivace k rodičovství je velký komplex a množství jednotlivých vědomých a více či méně důležitých motivů. Nejsou pozorovány žádné genderové rozdíly. Nedokážeme ale odpovědět na otázku, zda je motivace k rodičovství založena spíše biologicky, nebo psychosociálně. Množství výpovědí navádí k závěru, že touha po dítěti je založena biologicky. Ovšem pokud jde o ekonomicky vyspělé země, výrazně klesající počty dětí v rodinách, zvyšující se procento celoživotně dobrovolně bezdětných lidí a výrazně se zvyšující věk ženy při snahách počít dítě mluví proti biologizující teorii současnosti – sociobiologii.

Otázkou je, zda má rozebírání motivace k rodičovství nějaký smysl.

Člověk zřejmě tuto motivaci prožívá jako celek, je to pojem komplexní, holistický.

Tato kategorizace má určitě svou cenu pro lidi, kterým je přístup k rodičovství nějak ztížen. U nedobrovolně bezdětných lidí je strukturování motivace důležité pro možný velký psychoterapeutický účinek. Mnoho zjištěných kategorií se dá naplnit i jinak než dítětem.

Realistická očekávání by člověk neměl mít jen ve vztahu k partnerovi, či jeho podílu na péči

o dítě, ale i ve vztahu k dítěti. Od psychologů, sociálních pracovníků a dalších profesí se obvykle očekávají jasné a stoprocentně fungující rady. Ty nelze nabídnout. Rodičovství lze popsat jako velmi náročnou roli, plnou nejistot a rizik. Snad jde pouze některé nejistoty a rizika zmírnit. (17)

1.2.4 Rodičovství - role

Rodičovství je považováno za jednu z nejdůležitějších rolí, kterou člověk ve svém životě zastává, a přesto je běžným jevem, že právě na tuto roli je jedinec jen minimálně připravován. Mnoho lidí se domnívá, že rodičovství je lidem dané, že je pudové a každý člověk již předem ví, jak se v roli rodiče chovat. (3)

V naší společnosti přetrvává pod vlivem populární literatury a médií silný kult vztahu matky a dítěte. Matka představuje základní jistotu dítěte, je zárukou jeho psychického zdraví a sociálního přizpůsobení. Tím, že se péče o dítě stává výlučně ženskou záležitostí, je nutné, aby byly matky na svou roli dobře připravené. Studie na zvířatech potvrzují, že mateřské chování není jen výsledkem těhotenství nebo hormonální rovnováhy, ale je také následkem blízkosti mláďat. Spontánní mateřská péče není u všech druhů ale pouze samičí aktivitou. U některých druhů ji zabezpečuje sameček a u některých oba rodiče společně. Tak by tomu mohlo či mělo být i v lidské společnosti.(2)

1.2.5 Pozdní rodičovství

Pozdní rodičovství a mateřství je fenoménem současnosti a bývá spojováno s životním stylem moderní společnosti. Je stále opředeno mnoha mýty či nepřesnými interpretacemi. Jedni vidí v pozdních matkách ženy, které upřednostňují práci a kariéru, druhí v nich naopak spatřují odraz moderní společnosti založené na nezávislosti, samostatnosti, flexibilitě, ženy emancipované a nesvázané tradicemi. Výsledky výzkumu naznačují, že pozdní mateřství není záležitostí vysloveně záměrnou. To, že ženy mají dítě ve vyšším věku, je dáno spíše souhrou různých okolností než přímo rozhodnutím. Informace z tohoto výzkumu je možné použít v informačních odborných službách. Program pro ženy, které měly své děti později, by se měl zaměřit na posílení identity, sebevědomí, rozvoj osobnosti. Ženy by měly dostat informace týkající se pracovně právní problematiky. Dále by jim měl být poskytnut realistický pohled na těhotenství i mateřství, měly by být informovány o metodách asistované reprodukce, i o zdravém životním stylu. Ženy by se měly také učit efektivně využívat svůj čas, aby získaly zpět alespoň část svobody, kterou jim vzalo dítě. (3)

1.2.6 Osamělé mateřství

Osamělé rodičovství, a vzhledem k podstatně vyššímu výskytu zejména osamělé mateřství, jsou stále aktuálním předmětem výzkumu vzhledem k jejich trvale vysokému výskytu a k odvíjejícím se z nich sociálním a dalším konsekvencím pro život osamělého rodiče a jeho dětí. V neúplných rodinách se ve zvláštní konstelaci utvářejí jak mezigenerační vztahy a podmínky pro rodičovství, tak vztahy partnerské (vezmeme-li v úvahu i vznik, trvání a zánik neúplné rodiny). Je to současně rodinné uspořádání, jehož životní podmínky, především materiální, ale také sociální, se často významně odlišují od úplných rodin. To záleží i na způsobu vzniku neúplné rodiny, jenž podmiňuje rozdíly mezi rodinami rozvedených, ovdovělých a svobodných z hlediska širšího rodinného zázemí, sociálních kontaktů, možností podpory, perspektiv rodinného cyklu i budoucího života dětí.

Neúplné rodiny jsou heterogenní sociální kategorií, avšak velkou část z nich charakterizuje nízký socioekonomický status provázený nižší životní úrovní i psychosociálními problémy. Relativně nejnižší sociální status rodin svobodných matek (méně otců) a jejich vyšší ohrožení sníženou životní úrovní souvisí nejen s jejich aktuálními možnostmi zabezpečovat potřeby své rodiny, ale i s prostředím, z kterého se valná část z nich rekrutuje. Charakteristický pro ně je i nižší sociální a kulturní kapitál. Životní úroveň rodin rozvedených a ovdovělých žen naopak předznamenává spíše jejich předchozí životní dráha, než orientační rodina. Velmi důležitým sociálním vztahem, který ovlivňuje životní podmínky všech neúplných rodin a schopnost rodičů z těchto rodin je zabezpečit, je existence a podpora partnera, byť nežije ve stejné domácnosti. (9)

1.2.4 Porodnost

Charakteristickým rysem v současné době je odkládání rodičovství do vyššího věku, kdy je člověk osobnostně zralý, žije ve stabilním partnerském vztahu a je ekonomicky zabezpečený. V posledních desetiletích se výrazně zvýšil věk českých žen při porodu dítěte.

Pomalejší růst plodnosti souvisí se širší věkovou základnou žen v reprodukčním období, kterou tvoří silné ročníky ze 70.let. Vývoj intenzity plodnosti v období 1993-2005 se neprojevil pouze na celkových ukazatelích, ale i ve strukturách. Hlavní těžiště plodnosti se přesunulo z věkové skupiny do 24 let do skupiny věku nad 26 let. Jedním z průvodních jevů změn intenzity plodnosti byl zásadní pokles plodnosti žen zejména ve věkové skupině 20-24 let. Změny zaznamenaly i struktury dle rodinného stavu, kdy s klesající sňatečností poklesla i intenzita plodnosti vdaných žen.

Pro období roku 2001-2005 byl charakteristický přesun maximální plodnosti do věku 25-30 let. Pro zajímavost - vliv věkové skupiny do 19 let klesl v tomto období na pouhé 4%, ve srovnáním s rokem 1993, kdy to bylo 13 %. Ve věkové skupině nad 30 let dosahuje určité významnosti plodnost ve věku 35-39 let. Celkově její podíl vzrostl ze 3% v roce 1993 na 9% v roce 2005.

Průměrný věk matky při narození dítěte v letech 1993-2005 dle ČSÚ

Rok	Průměrný věk matky při narození dítěte
1993	25,0
1996	26,1
1999	26,9
2000	27,2
2001	27,5
2002	27,8
2003	28,1
2004	28,3
2005	28,6

Změny v načasování plodnosti zachycuje jeden z ukazatelů průměrného věku matky při porodu. Průměrný věk žen při narození dítěte v celém sledovaném období plynule stoupal. Mezi roky 1993-2005 vzrostl o 3,6 roku, tj. na 28,6 let /viz tabulka/. (12,13)

1.3 Nedobrovolná bezdětnost a její řešení

Bezdětnost je svobodná volba, ne prohřešek. Přesto bezdětné ženy často musí čelit tlaku okolí. Mnohdy jsou tyto ženy odsuzovány více než matky, které se o své děti nestarají vůbec nebo velmi špatně. Po mnohá desetiletí existoval klasický model pro ženu. Vdát se a porodit dvě děti. Dnes přibývá žen, které děti nechtějí a rozhodly se zůstat dobrovolně bezdětné. Model rodiny pro ženu se mění. V roce 1965 bylo bezdětných 6 % žen, a to mezi bezdětnými převládaly ženy, které děti mít nemohly. V roce 2006 si ve vyspělém Německu dobrovolně nepořídilo dítě 20 % žen. Lidé na ně pohlížejí jako na sobce, na kariéristky či na mužatky, kterým se porouchaly biologické hodiny. Existuje několik důvodů, proč se žena rozhodne žít bez dítěte. Jedním z nich je snaha udržet si výhodnou pozici na trhu práce. Schopná pracující žena je postavena před důležité rozhodnutí. Opustit výhodné zaměstnání či věnovat se dál slibně rozjeté kariéře. Důležitou roli hrají i ekonomické podmínky, v nichž se žena nachází. Žen kariéristek je minimum. Rozhodují se však velmi zodpovědně. Pokud by jim jejich časově náročná práce nedovolila dobře se starat o dítě, raději si je nepořídí.

Jiným důvodem je změna žebříčku hodnot u mladých lidí. Cestování, vzdělávání se i vlastní pohodlí se dostává do popředí zájmu. Partneři se dohodnou na manželství bez dětí, mají přátele, koníčky, život si užívají a bezdětností se neužívají. Další skupina žen nenašla vhodného otce pro své dítě nebo ho potkala až ve věku, kdy už na dítě bylo pozdě.(9)

Bezdětnost má bezesporu i své výhody. Žena rozhoduje jen sama za sebe, vede poměrně bezstarostný život, není na nikom závislá a neriskuje zklamání z vlastních, nedobře vycovaných dětí. Existují však i nevýhody pro bezdětnou ženu. Neustále bojuje proti tlaku rodiny i okolí, stále je obtěžována únavnými dotazy na neexistující dítě. Velkou nevýhodou může být osamělost ve stáří. Bezdětné ženy na sebe berou riziko, že později po dítěti zatouží a budou litovat. Psychologové se shodují v názoru, že v současné generaci se dobrovolně rozhodne pro bezdětnost až pětina žen. (16)

Na počátku 21. století stojí lidstvo před závažným problémem, který představuje snížená plodnost. Podle statistik má v České republice potíže s početím dítěte každý šestý pár. Řešení potíží s otěhotněním jsou v podstatě tři: léčba, adopce a rozhodnutí zůstat bez dítěte.

(17)

1.3.1 Léčba poruch plodnosti

V posledních letech došlo k nebyvalému rozvoji reprodukční medicíny ve všech vyspělých státech, ČR nevyjímaje. Obzvláště metody asistované reprodukce zaznamenaly ohromný rozvoj, v současné době se díky asistované reprodukci rodí v Evropě 4-5% dětí. Metody asistované reprodukce jsou českou veřejností vnímány velice kladně. V průběhu doby dochází k nárůstu podpory nejen IVF, ale i dárcovství oocytů, embryí, výzkumu kmenových buněk či náhradního mateřství. (4)

Nelze však předpokládat, že je průměrný člověk detailně seznámen se všemi postupy a manipulacemi, které jsou v rámci asistované reprodukce možné, a také s etickými úskalími, kterým se při instrumentální povaze těchto výkonů nelze vyhnout.

Pokrok s sebou přinesl řadu morálních, etických, kulturních a právních dilemat a nabízí se otázka, zda skutečně smíme provádět všechno, co provádět dovedeme.

Každé lidské konání v sobě nese určité riziko. Přínosem reprodukčních technologií jsou dnes již statisíce dětí narozených „ze zkumavky“. Člověk sice ovládl reprodukci, avšak tím pouze získal nástroj, který je jen a jen nástrojem, tudíž může být využit i zneužit, může se dostat do správných i špatných rukou. V situaci, kdy právní regulace není ve většině zemí dostačující, nebo kdy není schopna pružně reagovat na rychlý pokrok ve vědě, se jeví jako nezbytné udržovat na téma možného zneužití moderních technologií stálou diskusi. Provádění asistované reprodukce je v ČR upraveno zákonem č. 227/06 Sb.

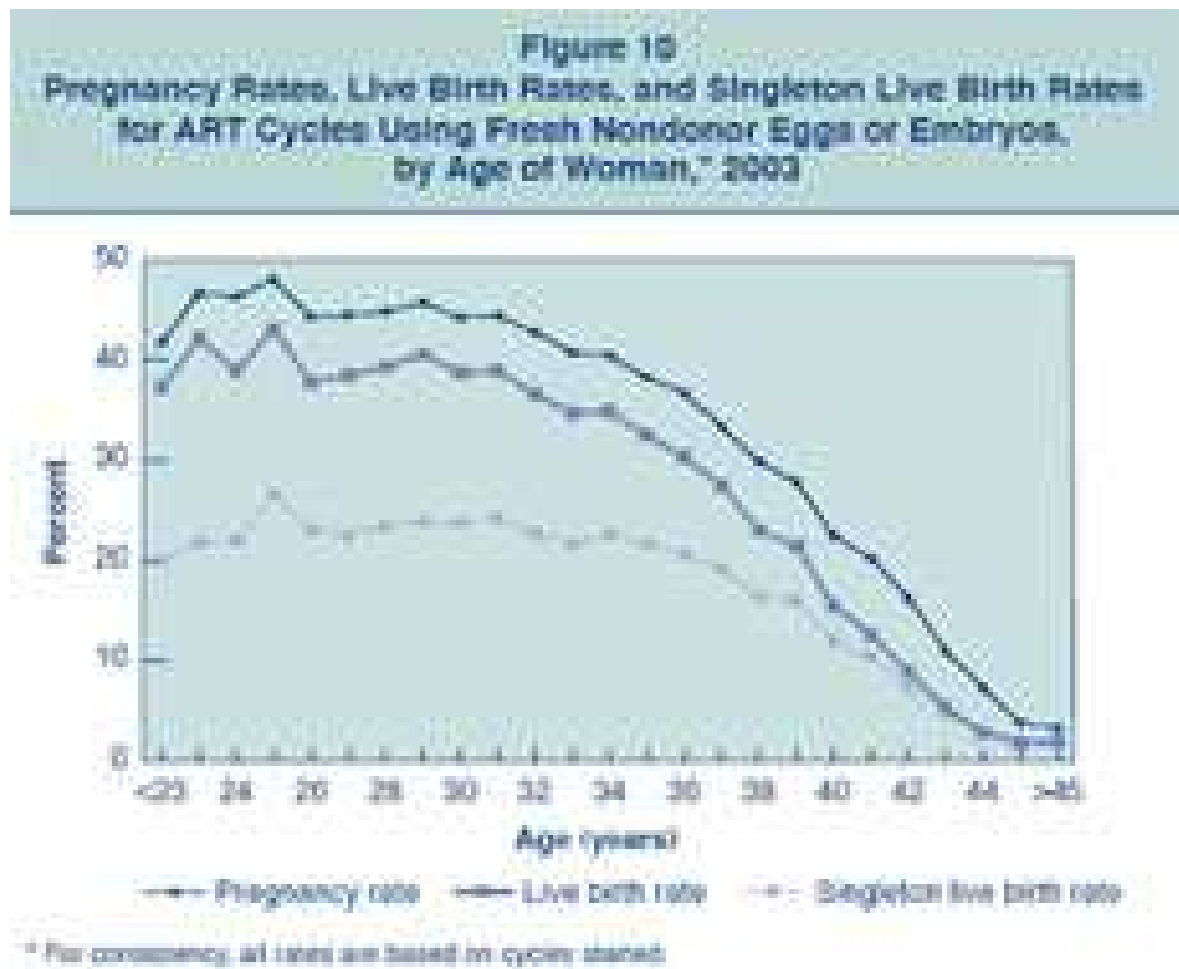
Je zajímavé, proč si lidé myslí, že příčinou poruch plodnosti jsou psychické faktory. Psychické příčiny poruch plodnosti by se daly rozdělit do dvou skupin. V jedné se za příčinu považuje nějaký vnitřní konflikt. Ve druhé skupině se za příčinu považuje nějaká danou osobou nezvládnutá zátěž, stres. Společensky přijatelnější příčinou je stres. (15)

Výzkumy jasně dokazují, že největší problémy s neplodností mají ženy ve věku 35-44 let. Plodnost začíná klesat po 35. roce života a prudce se snižuje po čtyřicítce a dále. Ve skutečnosti se jen 2% všech dětí rodí ženám starším 40 let. (4)

Jedním z důvodů, proč jsou lidé nuceni vyhledat pomoc reprodukční medicíny, především tedy asistované reprodukce, je již zmíněné odkládání rodičovství do vyššího věku. I úspěch asistované reprodukce je ale závislý na biologickém věku, a to nejen ženy.

Pro zajímavost nabízím tabulku úspěšnosti asistované reprodukce z amerických statistik (americké statistiky mají nejdelší tradici, evropské tabulky jsou neúplné, protože se v rámci Evropy teprve v posledních letech daří získat data od jednotlivých center asistované reprodukce; i v ČR je registr teprve znovuzaložen, před několika lety byl totiž zrušen):

Obrázek 1 Úspěšnost asistované reprodukce v závislosti na věku ženy



Další tabulka ukazuje věkové rozložení žen absolvujících v USA léčbu asistovanou reprodukci (CDC, USA).

Obrázek 2 Věkové rozložení žen absolvujících léčbu asistovanou reprodukci /USA/



Podle českých výzkumů absolvují ženy nad 40 let více než 10% všech cyklů asistované reprodukce .(10)

1.3.2 DárceVský program v asistované reprodukci

Šance na otěhotnění zvyšuje použití dárcovských gamet. V asistované reprodukci je možné využít dárcovských spermií (což je nejstarší metoda), dárcovských vajíček, dárcovských embryí a donošení dítěte náhradní matkou. Na následujícím grafu je znázorněna úspěšnost asistované reprodukce v závislosti na věku ženy s použitím vlastních a darovaných oocytů (asistovanou reprodukci s darovanými oocyty absolvují právě nejčastěji žen v premenopauzálním věku).

Obrázek 3 Úspěšnost asistované reprodukce v závislosti na věku ženy s použitím vlastních a darovaných oocytů



V ČR je asistovaná reprodukce s použitím dárcovských gamet (vajíček, spermií i embryí) podle zmíněného zákona 227/06 Sb. legální, dárcovství je anonymní a bezplatné. Darování gamet může být jediným řešením snahy páru mít dítě při nedostatku vlastních. Umožňuje naplnění rodičovské role i za cenu ztráty rodové genetické linie. Darováním gamet se lze vyhnout přenosu závažných geneticky vázaných onemocnění na potomky.

Darování spermií je dostupnější než darování oocytů./etické a právní aspekty.../

Za největší problém asistované reprodukce je současné době považován vznik vícečetného těhotenství, který lze ovlivnit snížením počtu přenášených vajíček. Důvodem vysoké incidence dvou a vícečetných těhotenství je na jedné straně snaha o dosažení těhotenství pomocí přenosu více než jednoho embrya, na druhé straně vícečetná těhotenství jsou na prvních místech v příčinách neonatální morbidity a mortality.(10)

1.3.3 Náhradní mateřství

Nejvíce etických otázek se bezesporu pojí k náhradnímu mateřství. Náhradní mateřství je jedinou šancí pro ženy po hysterektomii nebo pro ženy, u kterých opakovaně selhalo umělé oplodnění. Rozlišují se dva typy surogátního, čili náhradního, mateřství – tradiční a gestační. V praxi je častější gestační surogátní mateřství, kdy je kombinováno mimotělní oplodnění a transfer embrya. U tohoto typu se do dělohy náhradní matky přenesení zárodek, který vznikne spojením pohlavních buněk obou budoucích rodičů, v případě neplodnosti lze využít oocyty a spermie dárců. Surogátní mateřství bývá preferováno před adopcí právě z důvodu, že umožňuje úplnou nebo částečnou genetickou vazbu k dítěti. Po porodu náhradní matka dítě odevzdá rodičům, kteří zažádají o adopci. Využití náhradní matky není v ČR zakázané, ale je to mimořádně obtížný proces jak legislativně tak psychosociálně, protože podle zákona je matkou dítěte žena, která ho porodila; je tedy nutné jít přes adopci.

Může se však stát, že žena, která se k náhradnímu mateřství propůjčí, odmítne kvůli citové vazbě dítě po porodu budoucím rodičům odevzdat. Riziko bývá v případech, kdy matka má k dítěti genetickou vazbu. V těchto případech hovoří zákon jasně ve prospěch náhradní matky, neboť matkou dítěte je žena, která dítě porodila. V Evropě je placení náhradní matky trestné.

Jaké další problémy bývají zmiňovány v souvislosti s náhradním mateřstvím? Např. dítě, které se narodilo s nějakou abnormalitou, může být odmítnuto oběma stranami. Několik výzkumů se zaměřilo na zkoumání charakteristik a motivací tohoto náhradního mateřství. Na základě rozhovorů s těmito ženami vyšlo najevo, že jejich pohnutky byly nezištné, některé ženy byly motivovány finanční kompenzací. (10)

1.3.4 Adopce /osvojení/ dítěte

Dalším řešením, ve kterém je pár nucen uvažovat o nebiologickém vztahu k dítěti, je přijetí dítěte tzv. sociálně osiřelého. Porodní asistentka se v této situaci setkává s opačným problémem: setkává se se ženou, která je rozhodnuta se dítěte vzdát. Zde se tedy řeší podobná situace – vytváření vztahu k dítěti, ale z jiných důvodů: zda lze pouto s dítětem nenavázat. V ČR se uskuteční ročně kolem 500 adopcí.

Adopce se v mnohých ohledech velmi liší od narození vlastního dítěte, a přitom s sebou též nese stejnou radost, trápení a problémy. Novorozenci odloučení od matky hned po porodu prožívají ztrátu matky jako naprosté opuštění, a je při tom jedno, je li odloučení dočasné nebo trvalé. Dítě totiž v tuto chvíli přichází o všechno, co dosud znalo v děloze : zharmonizování s matčíným srdečním rytmem, dechem a teplotou, zvuk jejího hlasu, tělesné pohyby, rytmus dne a noci. To vše je pryč a dítě prožívá svou opuštěnost. V té době ještě nemá žádné ochranné faktory vůči traumatu, a proto tato prvotní traumatická zkušenost může hluboce poznamenat jeho budoucí vnímání celého světa. Vazba mezi matkou a dítětem je pro dítě prvním a nejdůležitějším vztahem v životě! Když se tuto primární vazbu nepodaří vybudovat, může to pro dítě znamenat, že po celý život bude mít potíže s navazováním blízkých vztahů. Ke stejnému vnímání může dítě dovést i nechtěné nebo utajované těhotenství. (1)

1.4 Porodní asistentka

Porodní asistentka 21. století je vysokoškolsky / ale ne vždy/ vzdělaný zdravotnický pracovník. Je specialistka na péči o ženu s fyziologickým těhotenstvím. Poskytuje vysoce kvalifikovanou péči ženám před, během a po porodu, jejich zdravým novorozencům a kojencům do věku šesti týdnů. Spolu s plánovaným vstupem ČR do Evropské unie postupně došlo k harmonizaci vzdělávání regulovaných povolání, mezi které je v EU porodní asistentka řazena, a k úpravě vzdělávacích standardů dle Evropských směrnic. Tyto směrnice stanovují základní cíle oboru, minimální obsah vzdělávacího programu, jeho délku, předchozí vzdělání uchazečů i kompetence absolventů. V současné době je tedy stěžejním zákon 96 ze dne 4. února 2004 O nelékařských zdravotnických povoláních a jeho prováděcí vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

1.4.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentky

Cílem práce porodní asistentky nejen na porodním sále je poskytování kvalitní péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu a efektivní spolupráce s rodičkou a jejími nejbližšími.

Ošetrovatelský proces je základní metodou poskytování ošetrovatelské péče, vychází z koncepce českého ošetrovatelství. Prostřednictvím tohoto procesu je zajištěna péče, která je odvozena od potřeb jedince, tj. v našem případě těhotná žena, rodička a šestinedělka.

Získávání informací o problémech a potížích rodičky tvoří základ pro každou další aktivitu porodní asistentky. Nedostatek informací vede k nedostatečné péči. Aby mohla porodní asistentka svou přiměřenou péči plánovat, potřebuje se od rodičky dozvědět informace o tom, co je pro ni životní normou. Ošetrovatelská péče by měla být realizována formou ošetrovatelského procesu, jež představuje několik na sebe navazujících kroků- shromažďuje informace o ženě, analyzuje vybrané informace, plánuje péči, realizuje možné intervence a nakonec hodnotí svůj plán činností.

Činnost porodní asistentky je do jisté míry nezávislá, její ošetrovatelské diagnózy o ženu nejsou totožné s diagnózami lékařů.(14)

Rozvojem porodní asistence a přijetím nové legislativy se zvyšuje reálná příležitost na přebudování systému poskytování péče a informací v celé škále práce porodní asistentky. Od profesionální porodní asistentky se požaduje zodpovědnost, odborná způsobilost, rozvinuté kritické myšlení, flexibilita a především vysoké komunikační schopnosti. V neposlední řadě

těž schopnost pracovat v multidisciplinárním týmu. Velký důraz je kladen i na následky jejich přijatých rozhodnutí.(27)

Ačkoliv je na prahu 21. století termín porodní asistence všeobecně známý, ne každá žena či matka, ví, co se za ním skrývá a jak může být porodní asistentka prospěšná. Porodní asistentka by měla nabídnout každé ženě způsob, jak zvládnout celé těhotenství a vše, co je s ním spojené. Poskytuje podporu v nelehkých, leckdy komplikovaných situacích, vysvětluje ženě změny probíhající v jejím těle i změny týkající se duše nastávající maminky. V začátcích je hlavním úkolem porodní asistentky pomoci ženě adaptovat se na těhotenství a zvládnout jeho projevy, především fyzické změny jako je únava, nevolnosti apod. Neméně důležité jsou také psychické změny. Porodní asistentka usnadňuje ženám přijmout fakt, že kromě práce mají další smysl života, pomáhá jim získat nadhled nad situací. Protože první trimestr je obdobím určité nejistoty a žena oznamuje své těhotenství pouze několika nejbližším, je asistentka také „vrbou“, která vyslechne její názory a pocity vyvolané novým stavem..

V České republice nejsou vytvořeny podmínky pro to, aby celé těhotenství žena absolvovala pouze pod dohledem asistentky. Určitá péče gynekologa je tedy nezbytná. V případě pozitivního těhotenského testu lékař především ověřuje, zda se nejedná o mimoděložní těhotenství. Pokud je vše v pořádku, vystaví ženě těhotenský průkaz a přichází čas, kdy je vhodné kontaktovat porodní asistentku – jestliže to budoucí maminka neudělala už dříve.(5)

1.4.2 Porodnická psychoprolaxe

Porod patří bezesporu k vrcholným zážitkům života ženy. Představuje mimořádnou událost v rovině fyziologické, psychologické i sociální. Je spojen s pocity nevýslovného štěstí a radosti, stejně tak ale může znamenat, a to zcela individuálně, pro rodičku psychickou i fyzickou zátěž. Moderní porodnictví dnes už nevidí úspěšné zakončení těhotenství v předání zdravého porozeného novorozence matce, ale klade si za cíl vytvořit z mimořádné události v životě rodiny období, které by mělo zůstat krásnou vzpomínkou nejenom pro ženu, ale i její blízké. Porodní sály dnes přestávají být uzavřenými aseptickými provozy a otevírají se pro blízké rodičky, aby své obavy, úzkosti, bolesti a nakonec radost z dítěte měly s kým sdílet.

Stálým mementem zůstává psychoprolaktický přístup k ženám ze strany personálu, zajišťující nejenom bezpečný porod, ale i prožitek tohoto ojedinělého okamžiku, který by byl základem pro vztah matka-dítě, vztah dominující v každém lidském životě.(24)

1.4.3 Definice porodu :

Porodem /partus/ nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší porodní hmotností alespoň 24 hod. U mrtvě narozeného plodu je podmínkou porodu minimální hmotnost 1000 g.

I.doba porodní je charakterizovaná nástupem pravidelných děložních kontrakcí, které vedou k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla, branky a končí zánikem branky.

II.doba porodní začíná zánikem děložní branky a končí porodem plodu.

III. doba porodní začíná a končí porodem placenty a plodových obalů.

IV. doba porodní začíná po porodu placenty a plodových obalů, trvá dvě hodiny, je charakterizovaná dobou poporodního klidu. Spontánní porod a všechny doby porodní vede porodník spolu s porodní asistentkou. Její úloha je nezastupitelná v zajištění ošetrovatelské péče a veškerou nutnou dokumentaci, se zabezpečením co nejmenší traumatizace rodičky, s její adekvátní informovaností. (25)

1.4.4 Šestinedělí – psychický stav

Poporodní psychický stav šestinedělky je možné klasifikovat do III.stupňů, které mohou v sebe přecházet.

I.stupněm je poporodní blues, II.stupněm je poporodní deprese a III.stupněm je puerperální psychoza.

Co je poporodní blues:

Jedná se o běžný psychický projev šestinedělí. Je charakterizován přechodným stavem plačtivosti, úzkosti, podrážděnosti, psychickou labilitou, poruchami komunikace s okolím, poruchami spánku, sebedůvěrou a nepokojem. Stav se upravuje kolem 10. dne po porodu.(25)

Přechod do mateřství je významným obdobím v životě ženy, o který velká část žen usiluje. Postupný přerod ženy v ženu-matku mění vztahy ženy, její tělo, její identitu, její chování a perspektivy. Jde o hluboce osobní prožitky. Tento přerod v matku však neproběhne u významného počtu žen hladce. Odhaduje se, že až jedna třetina matek prožije během prvních dnů, týdnů a měsíců po narození dítěte emoční poruchu, úzkost či depresi. (23)

2. Cíl práce

Cílem předložené bakalářské práce bylo podílet se na možnosti zmapovat názory budoucích a současných matek na to, čím je dán jejich vztah k dítěti, a dále hlavně zmapovat zkušenosti a pozorování druhé strany - porodních asistentek - se stejnou situací.

V obou etapách byly položeny výzkumné otázky:

1. Co říkají ženy o vzniku vztahu ke svému dítěti?

Otázky byly součástí výzkumu GAČR č. 406/07/0274, jehož hlavní řešitelkou byla vedoucí mé práce, doc. Konečná. Název výzkumu: Psychosociální aspekty biologického, nebiologického a ‚náhradního‘ rodičovství a dobrovolné a nedobrovolné bezdětnosti.

2. Co říkají porodní asistentky o vzniku vztahu k dítěti na základě svých pozorování a zkušeností?

Otázky byly rozděleny do několika podtémat, týkajících se doby vzniku vztahu k dítěti a jeho podstatě – viz přílohy

3. Metodika

3.1. Výzkumná strategie

Protože můj výzkum byl součástí velké výzkumné práce, otázky týkající se vzniku vztahu k dítěti byly jen jednou z více nabídnutých témat v nabídnutých dotazech pro rodiče i pro porodní asistentky.

V obou výzkumech bylo tzv. volné téma, kdy mohli respondenti dodat sami, co si myslí, že je k tématu důležité. Technikou získávání dat byl záznamový arch s výzkumnými otázkami, jiný pro matky a jiný pro porodní asistentky. Odpovědi byly písemné.

Data byla následně zpracována kombinovanou metodou - kvalitativní analýzou psaných výpovědí a kvantitativní metodou sběru v oblasti demografických údajů o porodních asistentkách.

Archy pro odpovědi na výzkumné otázky pro matky byly rozdávány jednak na gynekologicko-porodnickém oddělení nemocnice České Budějovice a.s., kde pracuji, dále byla data sbírána u spoluřešitelů výzkumného GAČR projektu, v brněnském Centru pro rodinu a sociální péči a v pražském Středisku náhradní rodinné péče.

Výzkumné otázky určené porodním asistentkám jsem si zaznamenávala. Protože pracuji na porodnickém oddělení a všechny porodní asistentky osobně znám, doplnila jsem výzkum také o jejich demografické údaje. Ty byly zaznamenávány jimi osobně. Jejich hlavní obsah je zpracován v grafech. Diskuse k demografické části je stručnější, protože data v ní obsažená již zadané cíle tématicky nerozšiřuje. Je nabídnuta jako popisný průřez napříč spektrem porodních asistentek, výběr byl náhodný.

Tento výzkum byl postupně na sebe navazován a kombinován. V každém výzkumu jsem byla účastna a zpracování údajů probíhalo ve 2 fázích. Nejdříve byly zkoumány matky, a tato analýza byla již veřejnosti předložena. Zároveň probíhal výzkum mezi porodními asistentkami, aby tematika byla zpracována opravdu do hloubky.

3.2 Zkoumaný soubor

3.2.1. Zkoumaný soubor 1

Zkoumaný soubor 1 se vztahuje k 1. výzkumné otázce. Tvoří jej matky, které odpověděly na dotazy. Jedná se o ženy, které mají alespoň jedno vlastní dítě. Pro tuto kvalitativní studii bylo analyzováno 89 výpovědí žen, věk 23 – 58 let, těhotných nebo s jedním až 10 dětmi (pěstounka). Data byla sbírána v době od září 2007 do září 2008

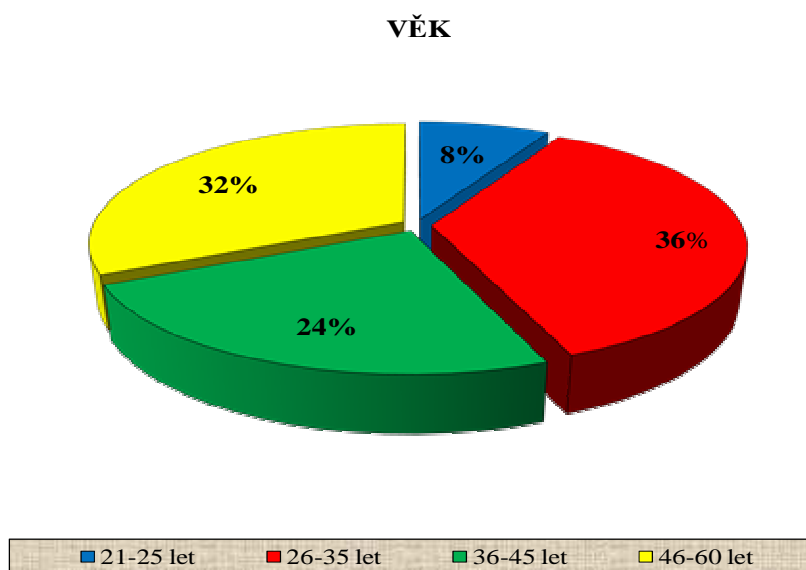
3.2.2. Zkoumaný soubor 2

Zkoumaný soubor 2 se vztahuje ke 2. výzkumné otázce a tvoří jej 25 porodních asistentek. Všechny pracují na gynekologicko- porodnických odděleních : Nemocnice České Budějovice a.s., Strakonice, Jindřichův Hradec a Prachatice.

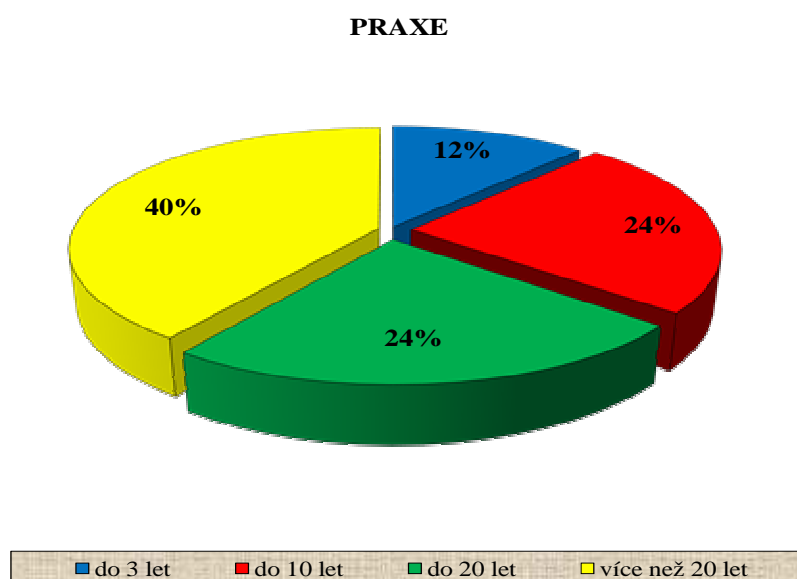
Data byla sbírána v době od února do června 2009.

Navázání vztahu k dítěti jsem zkoumala ze dvou pohledů: jednak mne zajímala doba, kdy matka podle porodní asistentky k dítěti naváže vztah a jednak mne zajímalo, co si porodní asistentky myslí, že je podstatou tohoto vztahu, tedy zda existuje instinktivní mateřský cit.

Graf 1 Věk porodních asistentek

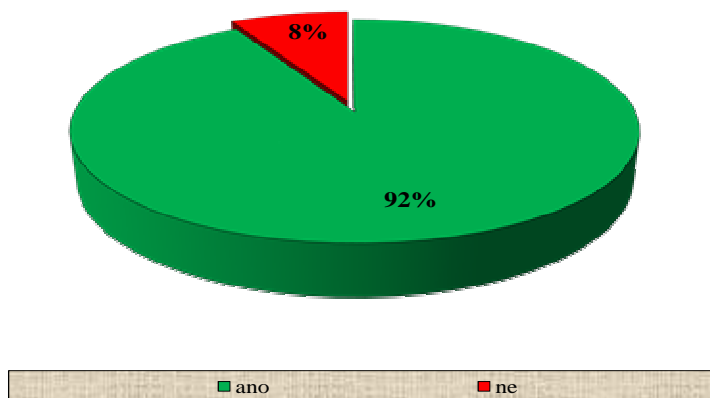


Graf 2 Délka praxe



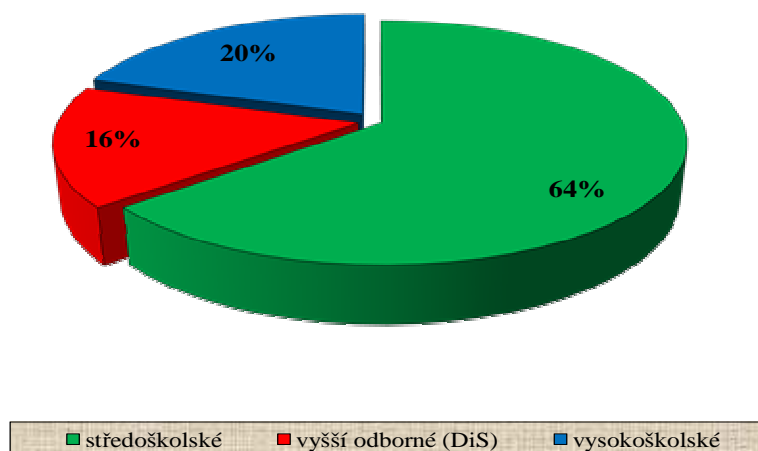
Graf 3 Registrace porodní asistentky

JSTE REGISTROVANÁ PORODNÍ ASISTENTKA ?

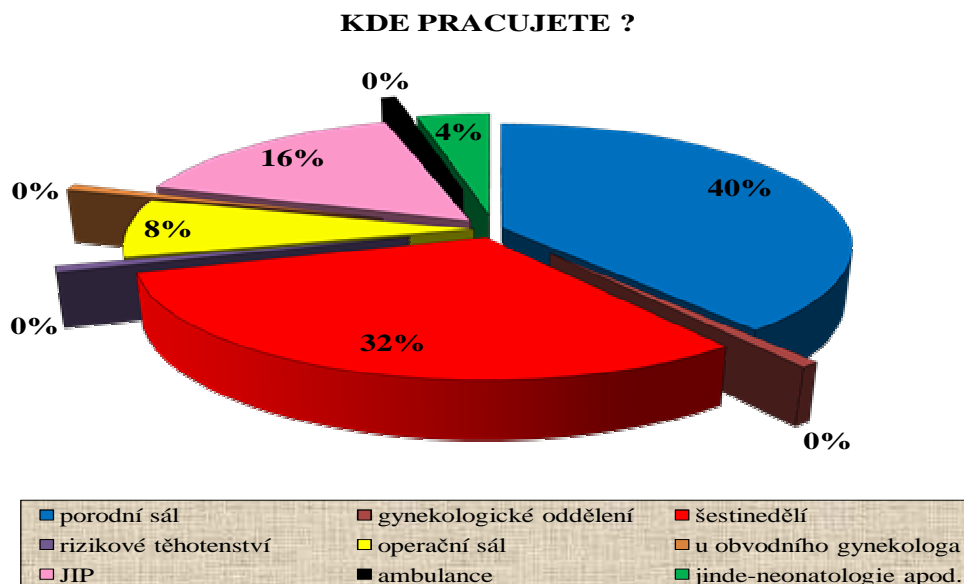


Graf 4 Dosažené vzdělání porodní asistentky

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ

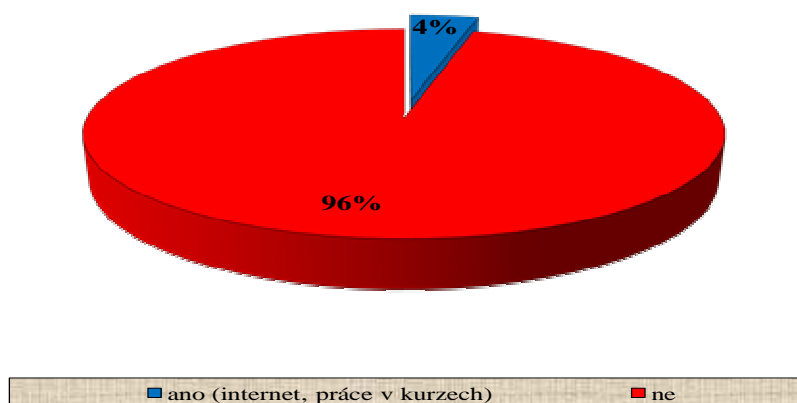


Graf 5 Pracoviště porodní asistentky



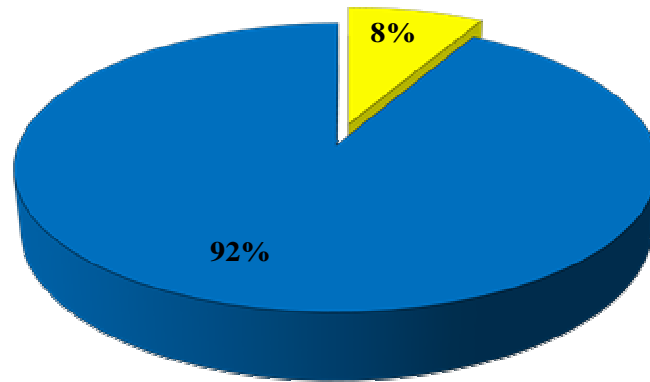
Graf 6 Zájem porodních asistentek o téma

ZAJÍMÁTE SE NĚJAKÝM ZPŮSOBEM O TOTO TÉMA?



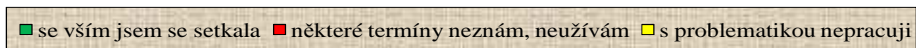
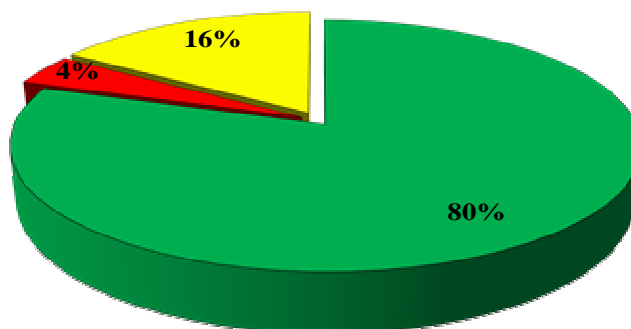
Graf 7

SETKÁNÍ S NEZNÁMÝM TERMÍNEM ČI TÉMATEM



Graf 8

JAK HODNOTÍTE ZNALOSTI PORODNÍCH ASISTENTEK O TĚTO PROBLEMATICE ?



4. Výsledky

4.1. Tvorba vztahu k dítěti z pohledu matek

Část tohoto výzkumu byla prezentována na posteru na konferenci Sekce asistované reprodukce ČGPS ČLS v Brně na podzim 2008: Konečná, H., Vodičková, H., Bubleová, V., Janků, V. (2008). Vznik vztahu k dítěti – biologická vs. psychosociální determinace. *Prakt Gyn* 2008; 12 (S4). ISSN: 1211-6645. Brno: Medica Healthworld. Poster je uveden v příloze

Vyjádření našich respondentek k tématu „vztah k novorozenci bezprostředně po porodu a dál“ zahrnuje celou škálu možných výpovědí mezi oběma polaritami. Jednotlivé kategorie označuji pro odlišení v textu tučně a velkým počátečním písmenem.

Některé respondentky říkají, že je zalila **Silná vlna rodičovské lásky** (*Zalila mě vele-vlna mateřské lásky a považovala jsem svého syna za nejkrásnějšího na světě • Vlna otcovské lásky ihned po porodu byla intenzivní – slzy • Byla to hned naše Julinka a chtěli jsme ji mít pořád u sebe • Je jedno, jestli to dítě je první, druhé nebo třetí, ale když ho poprvé spatříte, zalije vás ta „vlna mateřská“ • ...ano, v životě je to tak skvěle zařízené, že přestože si budoucí rodič sám sebe neumí jako rodiče představit, v okamžiku narození dítěte vše přijde. U nás to byla vlna obrovské lásky k tak bezbrannému tvorečku a hned poté pocit zodpovědnosti za každou chvíli jeho života*), jiný má **Hezké, ale ne tak silné pocity**, jak čekal (*Mám samozřejmě moc hezké vzpomínky na to, když jsem své dvě děti viděla poprvé. Ale myslím, že se moje láska k nim vyvíjela postupně*). Další velmi velká část respondentů bezprostředně po porodu **Žádný vztah k dítěti** necítí (*Musím se přiznat, že jsem po prvním porodu žádnou „vlnu mateřské lásky“ necítila • Nic mě nezalilo. Ačkoli jsem se moc těšila, můj první pocit byl asi údiv • Při prvním dítěti jsem očekávala v literatuře zmiňovanou záplavu lásky, ale byla to spíš záplava pocitů nejistoty a uvědomování si obrovské zodpovědnosti, kterou jsem v té době cítila spíš jako tíhu. • Když se narodila první dcera, žádné mateřské pocity se ještě nedostavily • Já jsem děti chtěla, ale těhotenstvím ani porodem se ve mně nic neprobudilo, všechno přišlo až později, pomalu, průběžně*). Zde se tedy prolínají úplně všechny pocity, které lze po porodu u rodiček a jejich doprovodu spatřit. Od pocitů naprosto apatických po největší životní zážitek, který se přece jen velmi těžko popisuje. Spousta žen se v prvních hodinách a dnech opravdu

necítí ještě jako pravé matky, svůj vztah a své pocity si dle mých zkušeností teprve srovnávají a ujasňují.

Často jsou zklamáni nenaplněným očekáváním a mají **Obavy o své rodičovské kompetence** (*Chvilí jsem přemýšlela, zda jsem vůbec normální. Týden po porodu, kdy má první dcera proplakala den i noc a já z toho byla úplně příšerně unavená, jsem si kladla otázku, zda toto „uřvané miminko“ mohu mít vůbec ráda • ...pak vím, že jsem ležela a v hlavě se mi honilo, že to byl omyl a že jsme si to dítě neměli pořizovat, když jsem po něm nijak vášnivě netoužila – že teď se to ukázalo – že nemám mateřské city atd. • Hned po porodu jsem opravdu žádnou přemíru citu ke svému dítěti necítla. Tenkrát jsem si myslela, že jsem fakt nějaká divná), ale není to pravidlem (...po porodu mě žádný velký pocit nezalil, ale už to prostě bylo moje dítě a že bych ho snad neměla ráda mě ani nenapadlo). Zajímavé je, že má vlastní zkušenost zahrnuje též obavy, jestli to vůbec dokážu zvládnout. A žádná z respondentek nezmínila mnou očekávané zjištění, totiž že má-li žena již doma své první dítě, obává se, zda opravdu dokáže to ještě nenarozené, další, také tolik milovat. Ale v porodnici myslí na obě své děti velmi podobně, často dokonce na to dítě doma více, má o něj starost. Dnes a denně vídám spolu s kolegyněmi v návštěvní chodbě stejný obrázek – k šestinedělce běží dítě a otec se sklání k novorozenci. Každý v té chvíli zažívá něco jiného. Otec údiv, štěstí, matka lítost nad dočasně opuštěným prvorozeným. A všichni spolu rozhodně údiv a lásku.*

Zásadní část respondentů (i těch, kteří vlnu rodičovské lásky po porodu zažili) vypovídá o **Postupném vytváření vztahu** (...věděla jsem, že je to naše vytoužené dítě, ale musela jsem si ho „opoznávat“ • *Náš vzájemný vztah se však rozhodně vyvíjel, společnými zážitky, novými zkušenostmi, strachem během nemoci apod. se mateřské i otcovské pouto upevňuje a zesiluje.*

- *U mě se vztah jednoznačně vyvíjel a řekla bych, že kulminuje nyní, když jsou dceři dva roky.*
- *Láska k dítěti se vyvíjela postupně, ruku v ruce s tím, co jsme spolu zažili. Třeba s každou nemocí, překonanou překážkou, jsem ho měla radši • ...vztah se teprve vyvíjel. Naskočilo to se zodpovědností • Určitě mne zalila vlna mateřské lásky, nadšení, spokojenost, radost, že mám své vlastní dítě konečně před sebou, hrdost nad svým „výkonem“. Ale ta opravdová, podložená a zasloužená láska teprve přichází s časem stráveným s dítětem, s denními starostmi a).*

Mnozí respondenti nepovažují pro vznik vztahu za důležitý porod, ale fakt těhotenství (*Mateřskou lásku už jsem cítila od pozitivního těhotenského testu • Vlna mateřské lásky mne zalévala už v těhotenství • Můj vztah k dětem se vyvíjel již během těhotenství, narozením dítěte jen přirozeně pokračoval*). Významnou roli v tom, zda se „vlna rodičovské lásky“ bezprostředně po porodu dostaví, může mít i průběh porodu (*Porod dcery byl strašný.*

Byla jsem rozervaná, malou hned odnesli. Ani jsem neměla zájem ji vidět • ...těžko popsat, co přesně jsem cítila, když ten porod byl konečně u konce, ale asi hlavně šílenou úlevu a únavu • ...když miminko vytáhli, tak vím, že mě vlastně už ani nezajímalo, co to vlastně je, a když mi ho pak položili do náruče, přívál citu se nekonal).

Výzkum se nepřiklání k biologické podmíněnosti rodičovství – rodičovskému pudu. Toto téma je totiž důležité hlavně pro lidi mající cestu k dítěti nějak ztíženou. Biologizující teorie dávají do popředí vazby biologické, tedy především genetické. Tvrdí, že jedinec se chová tak, aby maximalizoval svůj evoluční úspěch, tedy míru, se kterou postupuje své geny dalším generacím. Sociálně konstruktivistické teorie současně tvrdí, že sociální realita není jedinci objektivně dána jako fakt, ale je neustále znovu konstruována v procesu sociální interakce a komunikace. Staví tedy na psychosociálních vazbách.

Chvilé, kdy žena po porodu spatří své dítě a pochová je, mají patřit k nejkrásnějším v životě. Není to ale pravidlem, řada žen to tak necítí. Žádná vlna mateřské lásky nepřichází. Přesto kvůli tomu mají některé matky výčitky a je jich víc, než se zdá. Výzkum ukázal, že větší skupina rodičů získává láskyplný vztah až později. Je to velmi individuální záležitost a nikdo by se proto neměl trápit, že své dítě po porodu málo miluje.

Podporuje to i diskuse kolem mediálně známé záměny dětí v porodnici v Třebíči, kdy si rodiče museli své dcery po roce vyměnit. „Hlas“ vlastní krve u matek, které o dítě pečovaly, zdaleka nehrál takovou roli, jako společné zážitky s miminkem. Ukázalo se, že hlavním ukazatelem vzniklého silného citu je doba, kterou strávila rodina společně.(21)

Vztah k dítěti zahrnuje celou škálu možných výpovědí a nelze je ani všechny vyjmenovat. Pouze namátkově jmenují symbolická vyjádření, kterými se dá vyjádřit reakce na první setkání s dítětem - zalití silnou vlnou rodičovské lásky, obavy o rodičovské role, postupné vyjádření vztahu, ...a naopak hezké, ale ne tak silné pocity jak jsme čekali, žádné pocity apod.

4.2. Tvorba vztahu k dítěti z pohledu porodních asistentek

4.2.1 Doba vzniku vztahu k dítěti- výpovědi

1. Prvotní nadšení a vztah přichází v těhotenství, po porodu se upevní tím, že matka dítě má v náručí a vztah se utužuje po celý život.
2. V těhotenství
3. V šestinedělí- spíše na konci
4. Záleží na tom, je li dítě chtěné, nebo jde li třeba o prvorodičku. U mne samotné vznikl vztah až po porodu péčí o dítě – zvykali jsme si na sebe
5. V těhotenství
6. V těhotenství, možná že ještě i před otěhotněním – chtěné dítě, představa jak se o něj budu starat
7. Asi až v prvních dnech po porodu, a až když si na sebe zvyknou doma a ta žena tu roli přijme
8. Díky ultrazvuku může asi vznikat dnes vztah k dítěti-plodu již během gravidity. Ale pak, když těhotenství špatně dopadne, velký potrat, předčasný porod, poškozené dítě, o to je vše horší a matka může strašně psychicky trpět
9. V těhotenství a poté se vyvíjí
10. Vývojovým obdobím ženy + porodem
11. Asi tím, jak dotyčná prožila své dětství
12. V těhotenství a tím, jak o miminko pečuje
13. Buď v těhotenství nebo po porodu, u každého je to jinak
14. V těhotenství – povídat si s ním, hladit, zpívat, to je přece nádherný začátek vztahu
15. Podle mého názoru hned v těhotenství, pokud je chtěné
16. Asi v těhotenství
17. když je žena těhotná
18. vztah k dítěti vzniká již v těhotenství
19. vztah vzniká v těhotenství a v prvních hodinách po porodu, event.v šestinedělí
20. u některých žen ještě před otěhotněním, pak v těhotenství, při porodu i po porodu
21. v těhotenství – povídat si s ním, seznamovat ho se světem
22. asi v těhotenství
23. individuálně – u někoho už v těhotenství, u jiného až po porodu, vyčerpaná rodička vnímá probouzející se vztah k dítěti třeba až po týdnech, jiná po odeznění poporodního blues

24. v těhotenství
25. vztah k dítěti vzniká už u těhotné ženy

4.2.2 Podstata vztahu k dítěti - výpovědi

1. Je dán od přírody
2. vzniká automaticky již v době prenatalního vývoje dítěte a po prvním kontaktu zesiluje a roste
3. Automaticky spuštěno na základě porodu i péče o dítě
4. Porodem vlastního dítěte – péče
5. Automaticky spuštěno – hormon oxytocin, prolaktin, kojení
6. Péče o nějaké dítě – ani nemusí být moje, stačí že se o něj starám/ u mne třeba neteř/
7. Spouští se samo – automaticky, nelze naplánovat
8. Záleží, jak prožila city s matkou – jestli lásku zažila či ne
9. Porodem – zamiluje se do něj na první pohled
10. Vývojem ženy
11. Samozřejmě chtěné těhotenství, dobrý vztah partnerů - vše automaticky urychlí
12. Mateřský cit se vyvine i u nevlastního dítěte, stačí že ho mám hodně ráda, jsem na něj zvyklá a starám se o něj
13. Začíná v dětství, v rodině, např. pečím o zvířátko nebo mladšího sourozence
14. Výchovou v dětství
15. Spouští se sám, automaticky
16. Neovlivňován- funguje sám od sebe
17. Je to velmi individuální, věřím tomu, že některá žena má silný mateřský cit již daný, některá se to musí teprve naučit. Většinou vzniká až porodem vlastního dítěte
18. je to vrozené
19. spouští se automaticky
20. vzniká porodem vlastního dítěte
21. vrozený, vytváří se v průběhu života
22. láskou k dítěti
23. vzniká automaticky již těšením se na dítě

24. porodem vlastního dítěte
25. u žen, které se na těhotenství těší je automaticky spuštěno, některé ženy mají jiné priority, musí se u nich dotvořit vývojem

Chování po porodu a v šestinedělí

Předchozí interpretace o době vzniku a podstatě vztahu matky k dítěti odvozují porodní asistentky od svého pozorování žen v porodnici. Jaká ta pozorování jsou?

Emoce po porodu - výpovědi

1. Nadšení, elán po porodu
2. radost, pocity štěstí
3. Úleva že to má ze sebou a radost z dítěte,
4. Štěstí a velká úleva. U velmi mladých matek spíše údiv a zmátek
5. Úleva od bolesti, pláč, strach, štěstí, ale i nezájem
6. Různé – radost, dojetí, rozpaky, štěstí
7. Jsou šťastné, někdy i hrdé, že to mají za sebou, bolest, úleva, obrovská euforie
8. Radost, štěstí, konec bolesti
9. Štěstí a radost
10. Hlavně radost
11. Od nadšení po apatii
12. Nadšení, radost, údiv, štěstí, láska
13. Obrovská radost, nadšení, láska
14. Slzy štěstí a radosti a lásky
15. Štěstí a radost
16. Úleva, štěstí
17. Radost bezmezná, šťastné
18. když je vše v pořádku , tak radost, štěstí a úleva. Pokud se něco děje, tak je maminka spolu s partnerem zaskočena, bojí se a chce co nejvíce informací o zdravotním stavu
19. radost a euforie
20. dojetí, úleva, štěstí, láska
21. štěstí a radost
22. údiv – jé, ten je krásnej X jé, ten je ošklivej
23. úleva, že to má za sebou

24. šťastná, brečí radostí
25. radost spolu se zmateností, strach, láska, zodpovědnost

Chování žen v šestinedělí - výpovědi

1. Změny nálad
2. Plačtivost, úzkostnost
3. Strach, obava o zvládnutí péče doma
4. Strach, plačtivost, změny nálad
5. V šestinedělí jsou většinou přecitlivělé, nutno rozlišit od laktační psychozy
6. Strach a radost
7. Strach o dítě a zároveň radost, štěstí, láska, euforie
8. Smích a zároveň pláč, nejistota, neznalost problematiky, neklid, nespavost
9. Panika, strach, zmatenost, jsou psychicky mimo, únava a nevyspání
10. Neschopné postarat se o dítě, někdy i o sebe, obavy o dítě
11. Zmatenost, ztráta soudnosti a zábrán, zájem jen o dítě
12. Pozorují spíše starost a strach o dítě. U vícerodíček pozorují stesk a větší strach o dítě doma- chvátají na propuštění, na novorozeně si teprve zvykají
13. láska k dítěti
14. ochranný pud, úzkostlivost, strach o dítě, láska, radost, pýcha rodin
15. také ambivalentní pocity - štěstí, ale zároveň strach z toho, zda situaci a novou životní roli- matky zvládnou
16. strach, láska, údiv
17. radost z dítěte nadšení i obavy ze zvládnutí péče o dítě
18. strach, plačtivost, beznaděj
19. zmatenost, bolest, strach z kojení
20. úplně jiná dimenze uvažování, nelze popsat
21. radost a zároveň strach, jak zvládnou péči o dítě
22. láska, strach, podcenění sebesama
23. nedostatek sebedůvěry, strach že nezvládnou kojení
24. když je vše v pořádku, tak spokojenost
25. těší se domů a zároveň se bojí, aby to zvládly

4.2.3. Vliv na chování žen a na komunikaci s porodní asistentkou- výpovědi

1. Přirozené těhotenství, ženu naplňuje pocitem vlastních schopností a naopak těh. po IVF často ženu frustruje a trvá jí déle, než se s těhotenstvím sžije, může to ovlivňovat i zařazení mezi rizikové těhotenství o počátku grav.
2. IVF neovlivňuje mou komunikaci se ženou - u porodu.
3. V závislosti zda je dítě chtěné a plánované. U IVF je 100% chtěné. Rodičky po IVF jsou úzkostnější v ohledu na sebe i na dítě zvláště pokud je to x tý pokus.
4. matka je ovlivněna těhotenstvím jako takovým, IVF je možná trochu těhotenství vymodlenější, v komunikaci není rozdíl
5. většinou mají rodičky větší strach o těhotenství i o dítě. Ale vztah matky a dítěte to neovlivňuje, většinou o tom rodička nemluví
6. není rozdíl mezi přirozeným otěhotněním a IVF, většinou IVF zdůrazňují
7. od IVF přirozené těh. nijak neliší, vztah matky s dítětem je stejný, je zdůrazněn
8. vůbec nijak to mou komunikaci neovlivňuje
9. většinou se o důvodech IVF nezmiňují, možná že část se ani nedozvíme, můžeme tak jen usuzovat z její anamnézy, že tomu tak bylo. Ale vlastně to vůbec není podstatné
10. ne pokud jde o dítě vlastní, záleží na vyzrálosti osobnosti
11. ne, neovlivňuje to nic
12. vůbec nic se nemění
13. s rodičkou po IVF komunikuji normálně, nevidím rozdíl
14. IVF mou komunikaci neovlivňuje, ovlivní to na dlouhou dobu vzplanutí mateř. citu
15. Je-li těhotenství plánované a chtěné, je jedno jestli je těhotenství spont nebo po IVF
16. Přirozené těh. i těh. po IVF určitě žena prožívá zcela identicky, stejně, tj. těší se na miminko, má starost aby bylo vše v pořádku... moji komunikaci to nijak neovlivňuje. Myslím si, že žena po IVF se o své těhotenství logicky více bojí a je více starostlivá
17. Matka o IVF nechce příliš mluvit, na dítě se těší
18. nemám pocit, že mne či ji to nějak ovlivňuje
19. nezamlčují mi okolnosti IVF, komunikace je vždy otevřená nemyslím, že by byl nějaký rozdíl ve vztahu matka – dítě, ať už otěhotněla spontánně nebo pomocí IVF
20. matky po IVF mají větší strach o své dítě
21. nezáleží na přirozeném těhotenství nebo na IVF, záleží pouze na povaze rodičky.
22. pro ni se nic nemění, bude to její dítě

23. ženy po IVF prahnou po informacích které hledají v nevhodných mediálních prostředcích.
24. ženy po IVF jsou jednoznačně úzkostlivější, bojí se hodně o těhotenství
25. tyto ženy mají větší strach o dítě, průběh porodu, jejich radost je nelíčená

4.2.4 Adopce- výpovědi

1. Záleží z jakých důvodů žena zvolí možnost adopce, často jsou sociálně i osobnostně nezralé
2. jsou nešťastné a prožívají velmi nepříjemné a frustrující emoční vypětí
3. Nejsou imunní, leckdy změní své rozhodnutí ještě během šestinedělí
4. jsou nešťastné
5. to je velmi individuální – roli hraje patrně více faktorů v jejím životě
6. záleží na každé klientce- ovlivnění – rodina, nechtěné těhotenství atd.
7. nízká inteligence, neutěšená sociální situace
8. je to jen jejich rozhodnutí, určitě tam nějaký důvod je, nikdy je nepřemlouvám a po jejich důvodech nepátrám
9. nevím, nesoudím tyto ženy
10. nesoudím , pro ženu je to jistě těžké rozhodnutí, ať už ji k tomu vedou jakékoliv důvody
11. těžká životní situace, opuštěná bez zázemí, bydlení rodičů... myslím si , že jsou vždy nešťastné, ale chci věřit tomu, že některé mají i cit
12. jsou zamlklé a většinou nechtějí o důvodech mluvit, často mladé ženy, neví si rady v životě
13. jsou nezralé, nešťastné, duševně „okoralé“
14. jsou imunní citům, nezralost, možná vážná situace v jejím životě
15. k adopci dávají dítě většinou velmi mladé dívky – nezralé. Ještě jsou většinou samy závislé na rodičích, těhotenství je překvapilo a je nechtěné. Starší ženy jsou spíše ženy vyhořelé, alkoholičky
16. určitě jsou velmi nešťastné
17. nedospělé, nezralé, nešťastné
18. nejsou imunní vůči mateřským citům jen mají různé důvody – nezletilost, sociální situace, mateřský cit...
19. někdy asi prostě dojde k situaci, kdy se žena z určitého důvodu nemůže o dítě

postarat
20. nešťastné a nezralé, určitě nejsou imunní vůči mateřskému citu
21. záleží na důvodu, proč se žena rozhodla dát dítě k adopci, takže mohou být nezralé, ale mohou mít i méně citů nebo se projeví až později
22. někdo je rozhodnutý již od začátku těhotenství, že dítě nechce
23. nezájem, chovají se pasivně, ale jak které. Mladé dívky jsou ještě nezralé vůči mateřským citům, v pozdějším věku se můžou cítit nešťastně, mohou být sociálně slabé, z nechtěného styku
24. nefungující rodinné zázemí, bojí se zodpovědnosti, špatná ekonomická situace
25. záleží na důvodu, proč se vzdává dítě, vyzralé ženy nejsou imunní vůči citům, jsou spíše nešťastné

4.2.5 Komunikace - výpovědi

1. bariéra komunikační- neschopnost PA vést rozhovor bez předsudků a přežitků, konstruktivně, rodičky neumí nebo nechtějí vyjádřit na rovinu, co by si přály nebo jaké mají představy
2. nedůvěra v personál, nedostatek času - časový stresor, který z nás klientky vycítí
3. Nedostatek času na vytvoření přátelské atmosféry ke sdělení intimních záležitostí a s tím plynoucí neochota rodičky se o ně podělit
4. Stud
5. Sdělování intimních záležitostí
6. Neochota a stud sdělovat intimní záležitosti
7. Neochota sdělit intimní záležitosti
8. Strach, nervozita
9. Čas- nedostatek na dostatečné popovídání a sdělení všeho důležitého
10. Dostatek času
11. Nesečkala jsem se se ženou, která by se mi nechtěla svěřit se svými intimními záležitostmi, po krátkém rozhovoru jsme vždy navázaly. Hlavně mít na ženu dostatek času
12. Jsou nervozní, vyděšené, zaskočené, některé přijdou s porodním plánem a myslí, že

vše půjde přesně podle něj
13. Mnohdy jsou ženy zaskočeny porodními bolestmi a nemají náladu sdělovat při nich intimní informace
14. Panika, neochota, povýšenost, stud
15. Neochota, málo času, někdy i nedůvěra k některému z personálu
16. Stydí se
17. Je jim trapné o sobě sdělovat intimní věci
18. nezájem, záměrné zatajování informací /přerušování těhotenství, drogy aj../
19. strach z prostředí a z neznáma
20. většinou jsou vstřícné a komunikují bez zábran
21. stud, nechtějí sdělovat osobní věci
22. stydí se říkat na sebe choulostivé údaje
23. jazyková bariéra u cizinek, neznalost některých údajů ze své osovni a rodinné anamnézy
24. stud, rozrušení a porodní bolesti
25. jazykové neznalosti – hlavně občanky z Vietnamu

4.2.6 Náhradní matka

Jako jedna k krajních možností asistované reprodukce je ta, kdy za ženu donosí dítě jiná žena. Říká se tomu surogátní mateřství nebo v češtině obvykleji využití náhradní matka. I když v ČR není tento postup zakázaný, oficiálně se využívá naprosto výjimečně, jak vyplynulo ze symposia, organizovaného Sekcí asistované reprodukce ČGFS, věnovaného speciálně této problematice letos v červnu.

Zato v laickém povědomí koluje spousta historek o zaplacených náhradních matkách, které počnou dítě s manželem ženy, která dítě nemůže donosit. Muž je zapsán v matrice jako biologický otec, rodička se dítěte vzdá a adoptuje ho manželka muže. Další částí výzkumu tedy bylo zjistit, jak často se s touto situací setkávají porodní asistentky.

Ačkoliv se jedná o výzkum kvalitativní, tuto 1 část jsem pojala kvantitativně. Uvedu jen četnosti jednotlivých odpovědí (dohromady mám 25 odpovědí):

Počet asistentek, které se s touto situací osobně setkaly: 4

Počet asistentek, které se s touto situací osobně nesetkaly: 21

5. Diskuse

V diskusi jsou rozpracovány jednotlivé odpovědi na otázky z výzkumu :

1. Kdy vzniká vztah k dítěti

Porodní asistentky vidí přelom vzniku vztahu k dítěti v **různých dobách**. Pro některé je to přání mít dítě (*Záleží na tom, je li dítě chtěné..... možná že ještě i před otěhotněním – chtěné dítě..... ještě před otěhotněním*), pro jiné fakt těhotenství, (*Prvotní nadšení a vztah přichází v těhotenství..... V těhotenství.... již během gravidit.*), pro jiné porod (*porodem*).

Další mluví o dnech (*U mne samotné vznikl vztah až po porodu péčí o dítě – zvykali jsme si na sebe..... až v prvních dnech po porodu*) nebo týdnech (*V šestinedělí - spíše na konci..... třeba až po týdnech, jiná po odeznění poporodního blues.....*) po porodu. Často ale říkají, že neexistuje jasný a výrazný přelom, kdy vznikne vztah k dítěti; upozorňují na to, že **Vztah vzniká postupně** a postupně také sílí (*Prvotní nadšení a vztah přichází v těhotenství, po porodu se upevní tím, že matka dítě má v náručí a vztah se utužuje po celý život. až když si na sebe zvyknou doma a ta žena tu roli přijme..... zvykali jsme si na sebe..... poté se vyvíjí*).

Některé zdůrazňují, že vznik vztahu k dítěti je velice **Individuální záležitost** a u každého je to jinak (*individuálně..... u každého je to jinak*), záleží to i na osobnosti a vývoji ženy *jak dotyčná prožila své dětství*) a měnit se to může i u jednotlivé osoby podle její situace (*je li dítě chtěné, nebo jde li třeba o prvoroďičku..... Vývojovým obdobím ženy*).

Setkávám se často i s těhotnými, které si se svými dosud nenarozenými dětmi povídají, zpívají jim, oslovují ho jménem. U těchto žen je možná zárodek vztahu silnější než u žen, které naopak nechťejí „nic“ zakřiknout. Teprve při spatření a péči o dítě si začínají postupně uvědomovat své mateřství.

Vztah k dítěti může vzniknout u někoho i díky moderní zobrazovací technice, například ultrazvukovému obrazu plodu. Nemá to vždy ale jen pozitivní následky (*Díky ultrazvuku může asi vznikat dnes vztah k dítěti-plodu již během gravidity. Ale pak, když těhotenství špatně dopadne, velký potrat, předčasný porod, poškozené dítě, o to je vše horší a matka může strašně psychicky trpět*).

Tato skupina odpovědí hodně navazuje na paralelní výzkum žen, protože se zde prvně zmiňuje i nějaké jiné dítě, sice příbuzné či známé, ale ne přímo vlastní. S výpovědí o péči o

nevlastní dítě se dovedu velmi silně ztotožnit. Domnívám se totiž, že opravdu je možné se zamilovat i do dítěte cizího. Stačí ho možná vidět, možná se o něj náhodně starat, nebo o něm vědět, že trpí a touží po lásce. Není i toto nějaký spouštěč, soucit kombinovaný s lítostí a potřebou bytostně se o někoho starat? Nejsem psycholog, ale dovolím si takovéto zamyšlení nad výpověďmi porodních asistentek.

Objevují se i výpovědi upozorňující na to, že jde o **Individuální záležitost** (*Je to velmi individuální, věřím tomu, že některá žena má silný mateřský cit již daný, některá se to musí teprve naučit.Některé ženy mají jiné priority, musí se u nich dotvořit vývojem*). Tyto výpovědi by tedy patřily spíše do skupiny zdůrazňující psychosociální aspekty, protože nepovažují instinkt za něco všem osudově daného, ale ovlivněného mnoha okolnostmi. Ale opět zde zaznívá, že jde o něco velmi těžko pojmenovatelného a přesto existujícího.

2. Čím je dán vztah k dítěti, jak vzniká onen tajemný mateřský cit:

Tady se odpovědi rozdělují do dvou skupin. Jedna skupina porodních asistentek mluví o mateřském citu jako **Instinktu**, který je buď dán „do vínku“ (*Je dán od přírody.... Spouští se samo – automaticky, nelze naplánovat..... Spouští se sám, automaticky.... Neovlivňování funguje sám od sebe*) nebo automaticky spuštěn hormonálními změnami v těle ženy (*Automaticky spuštěno – hormon oxytocin, prolaktin, kojení....*), při těhotenství (*vzniká automaticky již v době prenatálního vývoje dítěte*) nebo porodu (*Automaticky spuštěno na základě porodu.... Porodem vlastního dítěte.... Porodem – zamiluje se do něj na první pohled.*) Druhá skupina zdůrazňuje **Psychosociální aspekty** vzniku vztahu k dítěti. Těmi může být touha po dítěti (*chtěné těhotenství*), zážitek péče o konkrétní dítě (*Péče o nějaké dítě – ani nemusí být moje, stačí že se o něj starám/ u mne třeba neteř/.... Mateřský cit se vyvine i u nevlastního dítěte, stačí že ho mám hodně ráda, jsem na něj zvyklá a starám se o něj*), vztah partnerů (*dobrý vztah partnerů*) či okolnosti vývoje ženy (*Záleží, jak prožila city s matkou – jestli lásku zažila či ne.... Vývojem ženy.... Začíná v dětství, v rodině, např.péčí o zvířátko nebo mladšího sourozence....Výchovou v dětství.*).

Objevují se i výpovědi upozorňující na to, že jde o **Individuální záležitost** (*Je to velmi individuální, věřím tomu, že některá žena má silný mateřský cit již daný, některá se to musí teprve naučit.Některé ženy mají jiné priority, musí se u nich dotvořit vývojem*). Tyto výpovědi by tedy patřily spíše do skupiny zdůrazňující psychosociální aspekty, protože nepovažují instinkt za něco všem osudově daného, ale ovlivněného mnoha okolnostmi.

Po porodu – reakce, emoce

Porodní asistentky vidí u matek po porodu projevy celé škály různých emocí (*Od nadšení po apatii.....Úleva od bolesti, pláč, strach, štěstí, ale i nezájemRůzné – radost, dojetí, rozpaky, štěstí..... radost spolu se zmateností, strach, láska, zodpovědnost*), často zároveň se vyskytující. Nejvýraznějšími a nejčastějšími jsou asi **Štěstí a láska** (*pocity štěstí.... štěstí, láska*) a **Radost** (*radost.... radost z dítěte... Jsou šťastné... brečí radostí*), které mohou být velmi silné (*Nadšení.... Obrovská radost, nadšení.... Radost bezmezná..... obrovská euforie*). Další velmi zmiňovanou pozitivní emocií je **Úleva**, související jednak se zvládnutím porodu a ukončením bolestí (*Úleva že to má ze sebou.. velká úleva.... Úleva od bolesti... hrdé, že to mají za sebou, bolest, úleva.... konec bolesti*), jednak se zjištěním, že vše dobře dopadlo (*když je vše v pořádku , tak radost, štěstí a úleva*). Objevuje se i **Údiv**, spojený například s prvním setkáním s dítětem (*údiv – já, ten je krásnej X já, ten je ošklivej*). Důležitými, ne vzhledem k situaci úplně negativními a velmi pochopitelnými emocemi jsou **Strach a zodpovědnost** (*strach... bojí se.... strach, zodpovědnost*). Tyto emoce souvisejí s vědomím náročné a nejisté budoucnosti a nejsou u porodu ještě příliš časté, jak se dá z výpovědí porodních asistentek usoudit. Literatura i vlastní zkušenosti mi potvrzují, že porod je prostě nezapomenutelný příběh s různými stupni vybavování si zážitků. V tomto případě bych byla ziskala od kolegyně doslova nepřehledné množství a též dosud nezpracované, co všechno již s rodičkami po porodu zažili. Vlastně se to ani jedním slovem či jednou větou shrnout nedá. Tento výzkum měl naznačit, že porodní asistentky nejsou jen profesionální personál, starající se o ženu, ale také citově a empaticky založené ženy. Ano, jistě. Viděly stovky porodů a každá senzace jednou zevšední... Přesto se většina z nich chtěla podělit o nějaký zážitek, jejichž obsah by však vydal na knihu.

Jak už bylo zmíněno, s porodem přicházejí nejen pozitivní emoce, ale i negativní. Některé ženy neprožívají po porodu radost ani štěstí ani pochopitelný strach o budoucnost dítěte, ale **Nezájem** až apatii či **Zmatek**. Porodní asistentky dávají tyto emoce do souvislosti s osobností a životní situací ženy a jejího partnera (*Pokud se něco děje, tak je maminka spolu s partnerem zaskočena, bojí se a chce co nejvíce informací o zdravotním stavu..... U velmi mladých matek spíše údiv a zmatek*).

Šestinedělí:

Už i při zběžném porovnání chování žen po porodu a v šestinedělí (dle pozorování porodních asistentek) je patrný posun k negativnějším emocím. Stále ještě se objevuje **Radost** (*když je vše v pořádku, tak spokojenost.... láska k dítěti*), ale už je skoro vždy ve spojení **Radost a Strach** (*Strach a radost.... Strach o dítě a zároveň radost, štěstí, láska, euforie..... Smích a zároveň pláč.... Pozorují spíše starost a strach o dítě.... úzkostlivost, strach o dítě, láska,*

radost, pýcha rodin.... také ambivalentní pocity - štěstí, ale zároveň strach z toho, zda situaci a novou životní roli- matky zvládnou..... radost z dítěte nadšení i obavy ze zvládnutí péče o dítě.... radost a zároveň strach, jak zvládnou péči o dítě..... těší se domů a zároveň se bojí, aby to zvládly).

Objevují se **Změny nálad** (*Změny nálad....Plačtivost, úzkostnost.... plačtivost, změny nálad..... V šestinedělí jsou většinou přecitlivělé.... Smích a zároveň pláč.....*) a **Únava** (*nespavost..... únava a nevyspání*), což vše může souviset jednak s psychickým a fyzickým vyčerpáním z porodu, jednak s hormonálními změnami a také s jasným uvědoměním si své odpovědnosti. To může přinášet pocity **Nejistoty** (*nejistota, neznalost problematiky, neklid..... Neschopné postarat se o dítě, někdy i o sebe*) až **Zmatenosti** (*Panika, strach, zmatenost, jsou psychicky mimo.... Zmatenost, ztráta soudnosti a zábrán..... zmatenost, bolest, strach z kojení.... úplně jiná dimenze uvažování, nelze popsat*) a **Ztrátu sebevědomí** (*podcenění sebesama.....nedostatek sebedůvěry*).

I zde se projevuje vliv ženiny osobnosti a situace (*U vícerodiček pozoruji stesk a větší strach o dítě doma- chvátají na propuštění, na novorozence si teprve zvykají.*).Tuto kapitolu by nejlépe doplnila kniha Poporodní deprese, která by velmi fundovaně vysvětlila, proč se ženy takto chovají a matky po porodu se tak cítí.

Z vlastní zkušenosti jako rodičky už dnes vím, že takhle to prostě funguje a z opravdu nepřeborného pozorování šestinedělek je patrné, že psychický stav je po porodu na krátkou dobu změněn. U každé maminky jde o individuální dobu, ale pokud by výzkum zahrnoval i soubor matek těsně po porodu, všechny výše zmíněné emoce tam určitě budou zahrnuty. Zkusme přijmout toto výjimečně shodné tvrzení literatury, psychologů, porodníků, matek a porodních asistentek.

Hlavními atributy psychického stavu v šestinedělí budou: emoční zmatek, plačtivost, nejistota a strach. Ale s nimi i obrovská dávka pocitu pýchy, štěstí a radosti z nově vytvářeného vztahu. Vztahu k dítěti.

IVF

Léčba poruch plodnosti se považuje za velmi zátěžovou situaci a někdy se lidem, kteří mají dítě po velkém úsilí, těžko hledá jiný vztah k dítěti. Dalším důvodem, proč jsem se ptala porodních asistentek, zda vidí rozdíl mezi matkou bez léčby a matkou po léčbě ,je možnost, že dítě po léčbě asistovanou reprodukcí nemusí být biologicky vlastní rodičům. Je zde tedy opět klíčová otázka po tvorbě vztahu k dítěti.

Na čem se porodní asistentky téměř shodnou je, že ženy po léčbě poruch plodnosti mají větší **Strach o dítě**, ať už v průběhu těhotenství nebo při péči o něj (*Rodičky po IVF jsou úzkostnější v ohledu na sebe i na dítě zvláště pokud je to x tý pokus..... většinou mají rodičky větší strach o těhotenství i o dítě..... Myslím si, že žena po IVF se o své těhotenství logicky více bojí a je více starostlivá... Matky po IVF mají větší strach o dítě.... ženy po IVF prahnou po informacích , které hledají mnohdy v nevhodných mediálních prostředcích. Stává se, že mají zkreslené představy o ošetrovatelské péči....ženy po IVF jsou jednoznačně úzkostlivější, bojí se hodně o těhotenství....tyto ženy mají větší strach o dítě*). Samo prožívání těhotenství a porod ale ovlivněno většinou není (*matka je ovlivněna těhotenstvím jako takovým, IVF je možná trochu těhotenství vymodlenější,..... není rozdílu mezi přirozeným otěhotněním a IVF..... od IVF přirozené těh. nijak neliší*). Potíže pozorovala jen jedna porodní asistentka (*těh. po IVF často ženu frustruje a trvá jí déle, než se s těhotenstvím sžije, může to ovlivňovat i zařazení mezi rizikové těhotenství o počátku grav.*). **Vztah k dítěti** je dle téměř všech porodních asistentek **stejný** jako u žen, které otěhotněly bez potíží (*Ale vztah matky a dítěte to neovlivňuje..... nemyslím, že by byl nějaký rozdíl ve vztahu matka –dítě, ať už otěhotněla spontánně nebo pomocí IVF... pro ni se nic nemění, bude to její dítě... , jejich radost je nelíčená.... , vztah matky s dítětem je stejný, je zdůrazněn.... Je-li těhotenství plánované a chtěné, je jedno jestli je těhotenství spont nebo po IVF..... Ale vlastně to vůbec není podstatné.... Přirozené těh. i těh.po IVF určitě žena prožívá zcela identicky, stejně , tj.těší se na miminko, má starost aby bylo vše v pořádku.), jen jedna výpověď naznačuje **potíže** (*Ovlivní to i na dlouhou dobu vzplanutí mateřského citu*).*

Sama **komunikace mezi porodní asistentkou a matkou se také neliší** (*IVF neovlivňuje mou komunikaci se ženou - u porodu.... v komunikaci není rozdíl..... vůbec nijak to mou komunikaci neovlivňuje.... moji komunikaci to nijak neovlivňuje*). Rozdíl je jen v tom, že některé ženy jsou sdílné (*většinou IVF zdůrazňují.... nezamlčují mi okolnosti IVF, komunikace je vždy otevřená*) a jiné o okolnostech svého otěhotnění nemluví (*většinou o tom rodička nemluví..... Matka o IVF nechce příliš mluvit*). Zřejmě zde opět hraje hlavní roli Osobnost ženy (*nezáleží na přirozeném těhotenství nebo na IVF, záleží pouze na povaze rodičky*). Ráda bych na tomto místě dodala, že nelze počítat s tím, že o všech těhotenstvích z IVF porodní asistentka musí vědět. Jsou ženy, které o tomto faktu mlčí, tají ho a nepřejí si ho zveřejňovat. Sama znám několik kamarádek, které IVF podstoupily raději v jiném městě, aby se vyhnuly možným dotazům či zkoumáním. A porodní asistentka není povinna toto téma ženě nadhazovat a jakkoliv z ní informace nutit. Protože jde psychologicky a eticky o velmi intimní záležitost, je určitě právem ženy o této skutečnosti mlčet.

Adopce

V teoretické části jsem zmínila, že řešením nedobrovolné bezdětnosti bývá i adopce. Adopce znamená, že někdo dítě přijímá, ale někdo se ho musí vzdát.

Důležitou otázkou je tedy, zda je možné k porozenému dítěti vztah nenavázat a jaké jsou ženy, které ten vztah navázat nechtějí.

Když porodní asistentky uvažují o důvodech proč se žena vzdává dítěte, objevují se dva faktory: ženina **Životní situace** (*záleží na každé klientce- ovlivnění – rodina, nechtěné těhotenství atd.... neutěšená sociální situace.... těžká životní situace, opuštěná bez zázemí, bydlení rodičů... vážná situace v jejím životě.... někdy asi prostě dojde k situaci, kdy se žena z určitého důvodu nemůže o dítě postarat.... nefungující rodinné zázemí, bojí se zodpovědnosti, špatná ekonomická situace.*) a **Osobnost ženy** (*často jsou sociálně i osobnostně nezralé.... nízká inteligence.... často mladé ženy, neví si rady v životě.... jsou nezralé, duševně „okoralé“ dítě většinou velmi mladé dívky – nezralé. Ještě jsou většinou samy závislé na rodičích, těhotenství je překvapilo a je nechtěné. Starší ženy jsou spíše ženy vyhořelé, alkoholičky.... nedospělé, nezralé.... vyžralé ženy nejsou imunní vůči citům*). Rozhodnutí vzdát se dítěte je podle porodních asistentek pro ženu **Náročná zátěžová situace** (*jsou nešťastné a prožívají velmi nepříjemné a frustrující emoční vypětí.... jsou nešťastné.... pro ženu je to jistě těžké rozhodnutí, ať už ji k tomu vedou jakékoliv důvody... určitě jsou velmi nešťastné.... jsou spíše nešťastné*), ve které **Mateřský cit** - tedy navázaný vztah k dítěti – někdy nechybí (*Nejsou imunní, leckdy změni své rozhodnutí ještě během šestinedělí.... nejsou imunní vůči mateřským citům, jen mají různé důvody.... mohou mít i méně citů nebo se projeví až později*), jindy chybí (*jsou imunní citům.... nezájem, chovají se pasivně*). A opět je důležitá otázka komunikace porodní asistentky s rodičkou. Zdá se, že ani tady se problémy nevyskytují (*je to jen jejich rozhodnutí, určitě tam nějaký důvod je, nikdy je nepřemlouvám a po jejich důvodech nepátrám....nevím, nesoudím tyto ženy.... jsou zamklé a většinou nechtějí o důvodech mluvit...*). Porodní asistentky si uvědomují, že situace je pro ženu velmi zátěžová a nesnaží se dělat na ni nátlak, aby rozhodnutí změnila. Bývá smutným pravidlem, že tyto porody jsou většinou tichou záležitostí. Porodním sálem nezní jako jindy euforické dotazy po pohlaví dítěte či jásání doprovodu. Ani já nedokážu k této situaci zaujmout vždy stejný postoj,

předpokládám a uvědomuji si samozřejmě citlivost tématu, mohu ženu litovat anebo ji mohu plně pochopit.

Nikdy ji ale neodsuzuji, protože pravé důvody málokterá žena sdělí. Útěchou všem je- snad fakt, že tam někde venku už čeká nějaký bezdětný pár, kterému bude udělána obrovská radost.

Důležitou vodící nití je komunikace porodní asistentky s nastávajícími či novopečenými rodiči, především tedy s matkou.

Komunikaci – konkrétně komunikačním bariérám - byla věnována jedna samostatná otázka v dotazníku pro porodní asistentky.

Komunikace má (minimálně) dva účastníky: porodní asistentku a rodičku. Porodní asistentky tedy hovoří o komunikačních bariérách na obou stranách. Nejvíce zmiňovaným komunikačním problémem je **Nedostatek času** (*nedostatek času - časový stresor, který z nás klientky vycítí.... Nedostatek času na vytvoření přátelské atmosféry ke sdělení intimních záležitostí.... Čas - nedostatek na dostatečné popovídání a sdělení všeho důležitéhoDostatek času*). Dále mohou být bariérou komunikace **vlastní předsudky** (*neschopnost PA vést rozhovor bez předsudků a přežitků*).

Ze strany pacientek je hlavním problémem asi **Stud** (*Stud....Sdělování intimních záležitostí....Neochota a stud sdělovat intimní záležitosti....Neochota sdělit intimní záležitosti....neochota rodičky se o ně podělit.... Stydí se.....Je jim trapné o sobě sdělovat intimní věci.... stydí se říkat na sebe choulostivé údaje*), který pravděpodobně vyplývá i z **Nedůvěry v PA** (*nedůvěra v personál.... , záměrné zatajování informací*). Roli hrají jistě i **Neznámá a jinak se vyvíjející situace** (*některé přijdou s porodním plánem a myslí, že vše půjde přesně podle něj...Mnohdy jsou ženy zaskočeny porodními bolestmi.... Panika*) a ze všeho předešlého vyplývající **Strach** (*Strach, nervozita.... Jsou nervozní, vyděšené, zaskočené... strach z prostředí a z neznáma*). Komunikaci pochopitelně ovlivňují i **Porodní bolesti** (*rozrušení a porodní bolesti*). Významnou úlohu v komunikaci hrají i **Znalosti**, ať už vlastních dat (*neznalost některých údajů ze své osobní a rodinné anamnézy*) nebo znalost jazyka země, kde rodím (*jazyková bariéra u cizinek.... jazykové neznalosti – hlavně občanky z Vietnamu.*)

Porodní asistentky se vyjadřovaly ke komunikačním bariérám, neznáme ale jejich četnost. Nemohu tedy na základě tohoto výzkumu mluvit o tom, jak jsou komunikační problémy časté. Možná, že kdybych se ptala na **četnost výskytu komunikačních bariér**, dostala bych tyto odpovědi: *Většinou jsou vstřícné a komunikují bez zábran.... Nesetkala jsem se se ženou, která*

by se mi nechtěla svěřit se svými intimními záležitostmi, po krátkém rozhovoru jsme vždy navázaly kontakt).

Otázkám dostatečné a erudované komunikace dává prostor skoro každá učebnice porodnictví, dostane li se ke slovu porodní asistentka. Škoda jen, že učebnic porodnictví pro porodní asistentky je tak málo. V dobách mého studia toto téma zmiňováno nebylo vůbec, a považuji to za velkou škodu.

Až teprve zkušené porodní báby nás učily, že chce- li porodní asistentka něco pořádně umět, musí s rodičkou či ženou mluvit. A jsme opět u literatury oblasti psychologie – komunikace znamená nejen mluvit, ale také umění naslouchat, pokládat vhodné otázky a v pravou chvíli i mlčet. Teprve potom bude žena, žena s jakýmkoliv gynekologickým problémem, porodní asistence plně důvěřovat.

Není problém zahrnout každou pacientku mnoha radami a příkazy. Důležité je sladit se s ní na její vlnu, umět být empatická a zároveň zdravě asertivní.

Otázka náhradního mateřství - dlouho jsem váhala, mám li ji zařadit do svého výzkumu. Já osobně jsem se s touto situací setkala dvakrát, shodou okolností u jedné a těžce ženy, která přišla porodit dítě s udáním otce , a vždy si přála ho ihned svěřit do jeho péče. Protože její sociální podmínky byly velmi slabé, dovolila jsem si pochybovat o tom, že tato žena za otce svých dětí uvedla poprvé osobu s právnickým vzděláním a podruhé také akademicky vzdělaného člověka. Ale jde pochopitelně pouze o domněnku. Jak bylo výše uvedeno, placení náhradního mateřství je v ČR trestné. Kolegyně porodní asistentky se s touto situací setkávají víceméně vzácně, jejich odpovědi byly velmi shodné a zatím se nedokázaly šířeji k tématu rozhořit.

Oba výzkumné soubory, žen i porodních asistentek, se ne zcela shodně vyjádřily k danému tématu. Co jsou tedy hlavní faktory, které ovlivňují rodičovství? Porodní asistentky ve svých výpovědích používaly více odborných výrazů, více upřednostňovaly individualitu ženy a zejména ve velké míře zdůrazňovaly vnějškovou emotivitu, kterou ve své práci zažívají. Domnívám se, že o něco více výpovědí porodních asistentek se klonilo spíše k biologické podmíněnosti, zejména fakt těhotenství a porodu považovaly za zásadní ve vzniku vztahu k dítěti. Část zmínila i období šestinedělí, kdy vztah může teprve narůstat.

Naopak ženy z druhé skupiny sledovaného souboru, ženy s dítětem či dosud bez, se často zmiňovaly i záležitost nemít dítě zcela biologicky vlastní. Dokázaly ve svých výpovědích mluvit i o jiných možnostech, nebude- li zbytí. Jejich touha po mateřství a dítěti byla nade vše silnější. Zejména téma adopce bylo viděno jednoznačně rozdílně. Porodní asistentky všechny bez rozdílu řešily spíše pocity těchto , pro ně vždy nešťastných žen, kdežto

ženy se vyjadřovaly k adopci jako potencionální možnosti naplnění jejich tužeb. Jako hlavní faktor vidí ženy možnost mít vůbec dítě a předpokládají následnou mateřskou lásku a cit.

6. Závěr

Tato bakalářská práce možná mé čtenáře překvapí a bude se jim zdát příliš psychologická. Domnívám se totiž, že k porodnictví, a tím i k porodní asistentce, patří tak velká dávka psychologie, jakou jen tento obor unese. Kdo jiný než porodní asistentka se s ženou vidí po celou dobu trvání její léčby a řešení problémů?

Složitost problematiky spočívá především v široké oblasti vztahů biopsychosociálních, které ženu - matku v nové roli zasahují či překvapují. Smyslem bakalářské práce bylo upozornit na význam přístupu porodních asistentek ke zmiňovaným problémům. Měla by být zohledněna především individualita jednotlivých případů.

Práce byla pojata i jako zamyšlení, co by mohlo porodním asistentkám pomoci k lepšímu uvědomění si potřeb žen. Zkvalitněním ošetrovatelské péče v oblasti informací mohou být porodní asistentky zase o „kousek“ blíže pochopení vztahu matky a dítěte. Nebudou se podívat nad zdánlivou neláskou či nezájmem rodiček o dítě, naopak jim dokážou radou a vysvětlením pomoci.

Výzkumem jsem zjistila, že porodní asistentky o aspektech vzniku vztahu k dítěti nemají úplně vyhraněné názory, považují tuto oblast za prožitek individuální a kloní se spíše k faktorům výše zmíněné biologizující teorie. Výrazně více se zmiňují o emocích.

Velmi dobře se orientují v problematice adopce, asistované reprodukce či komunikačních problémech, ale v oblasti vzniku doby vztahu k dítěti i ony, stejně jako vědci, nemají jednoznačný názor. Nicméně většina z nich se domnívá, že vznik a podstata vztahu mezi matkou a dítětem nemá přesné určení, konkrétní čas vzniku a hranici. Faktorů, které mohou ženu ovlivnit, je mnoho, a těhotenství a porod budou pravděpodobně jedny z nejvýznamnějších. Výsledky výzkumu naznačují, že adekvátní informovanost porodních asistentek o této problematice není zcela úplná a dostačující.

Využití tohoto výzkumu v praxi si představuji jako seminář pro porodní asistentky a dětské sestry, pracující na porodnických odděleních, k dosažení jejich lepšího pochopení

některých reakcí a chování žen. Také by bylo vhodné zařazení takovéto přednášky do předporodní psychoprofylaktické přípravy žen na porod v primární péči.

Výzkum byl použit kombinovaný - za účelem co možná nejkompexnějšího zmapování sloužil kvalitativní výzkum, k upřesnění údajů byl použit i výzkum kvantitativní.

Dosaženo bylo předem stanovených dílčích cílů, výzkumné otázky byly zodpovězeny a zpracovány. Jak dílčí cíle, tak jednotlivé výzkumné otázky nebylo nutné v průběhu výzkumu upřesňovat. Přínos práce může směřovat ke zvýšené informovanosti porodních asistentek o psychosomatické žen a jejich přístupu k dítěti.

Toto téma bezesporu zasahuje nejen pouze ošetrovatelskou, ale i oblast zdravotně sociální. Pozornost tomuto problému by měla být věnována jak při péči porodních asistentek v nemocnicích, tak i v zabezpečení návaznosti v péči ambulantní. Tato složka v primární sféře je zatím zcela opomíjena, a to porodními asistentkami i zdravotními pojišťovnami. Problémem je nedostatek až absence porodních asistentek věnujících se domácí péči v oblasti porodnictví, konkrétně pro období šestinedělí.

Touha po dítěti je pro mne jako ženu, matku a zároveň porodní asistentku zcela pochopitelná. Setkávám se s mnoha různými názory na bezdětnost, využití dárcovského programu IVF, možností adopce či etickými zamyšleními nad předčasnými porody nezralých novorozenců. Ale každé ženě, která touží po dítěti, ho ze srdce přeji a díky své profesi snad mohu předanými informacemi a znalostmi také k jejímu snu přispět.

7. Použitá literatura

1. Archová,C. P. *Dítě v náhradní rodině* Přel.Vlčková,,1.vydání.Praha:Portál,2001.119s. ISBN 80-7178-578-4
2. Badinter,E...: *Materská láska od 17. storočia po súčasnosť*. Přel. Vychovalá,E. 1.vydání. Bratislava: Zájmové združenie žien Aspekt,1998. 277 s. ISBN 80-85549-04-2
3. Bímová,I. *Psychologická studie motivů pozdního rodičovství*. <http://e-psycholog.eu/clanek/6/cz>. 2007,roč.1,č.1 dostupné 4.8.2009
4. Doherty, C.M.- Clark, M.M.. *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce neplodným párům*. Přel: Šimětka,O 1. vydání. Brno: Computer Press, 2006. 121 s. ISBN 80-251 0771-X
5. Doležal, A. *Od babictví k porodnictví*. 1.vyd. Praha Univerzita Karlova,2001 139 s. ISBN 80-246-0277-6
6. Dostál,J. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*.1.vydání. Olomouc Univerzita Palackého, 2007.170 s.ISBN 978-80-244-1700-4
7. Geisel, E. *Slzy po porodu*. Přel. Hilská, V. 1.vydání, Praha: One Woman Press, 2004.253s. ISBN 80-86356-32-9
8. Hamer,D.,Copeland.P.,*Gen,osobnost*.Přel.Blecha.V.,Prcín.O.,Vaňková.K 1.vydání.Praha: Portál, 2003. 250 s. ISBN80-7178-779-5
9. Hašková, H., Pomahačová , J.*Rodičovství a bezdětnost – studie ve vybraných časopisech pro ženy a pro muže*.1.vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR,2006. 107 s. ISBN 80-7330-111-3
10. Hessová, J., Kroupová,L. *Asistovaná reprodukce – etická úskalí a názory veřejnosti. Sestra*. Mladá fronta a.s. Praha: 2008,roč.18,č.10,s.46-47. ISSN 1210-0404
11. http://sociologie.unas.cz/2003_2004/Rodina.doc dostupné 11.8.2009
12. [http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/360034D6BF/\\$File/400806a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/360034D6BF/$File/400806a2.pdf) dostupné 4.8.2009
13. [http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/360036C3C2/\\$File/40080616.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/360036C3C2/$File/40080616.pdf) dostupné 4.8.2009
14. Kameníková, M., Kyasová, M. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003.89 s. ISBN 80-247-0285-1
15. Konečná, H. *Anonymita a neanonymita dárcovství - výzva k diskusi. Praktická gynekologie*, 2006, č. 6, s. 229. ISSN1211-6645

16. Konečná, H. *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. 1. vydání. Praha: Academia, 2003. 318 s. ISBN 80-200-1055-6
17. Konečná, H., Vodičková, H., Bubleová, V., Janků, V. (2008). *Vznik vztahu k dítěti – biologická vs. psychosociální determinace*. Prakt. Gyn 2008; 12 (S4). ISSN: 1211-6645. Brno: Medica Healthworld
18. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 1999. 147 s. ISBN 80-7178-318-8
19. Langmeier, J., Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha:Grada, 2007. 368 s. ISBN 80-247-1284-9
20. Matějček, Z. et.al. *Náhradní rodinná péče: Průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 184 s. ISBN 80-7178-304-8
21. Mladá fronta Dnes , 12.června 2009 „*K dítěti nic necítím*“
22. Murphy, A.P., *Sedm etap mateřství*, Přel. Kolašíňová, A., 1.vyd, Ostrava: DOMINO,2005.295 s. ISBN 80-7303-269-4
23. Nicolson, P. *Poporodní deprese*. přel.Kubátová, J.1.vyd.Praha: Grada, 2001.146 s. ISBN 80-7169-938-1
24. Roztočil, A.a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2
25. Sák, P., Otásková J., Vodičková H., *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*.1.vydání Nemocnice České Budějovice a.s.,2008. 238 s. ISBN 978-80-254-3774-2
26. Ulčová-Gallová,Z., *Neplodnost Útok imunity*.1.vyd. Praha: Grada,2006. 144 s. ISBN 80-247-1439-0
27. Záčeková, M. a kol. *Štandardy v porodnej asistencii*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006.119 s. ISBN 80-8063-221-9

8. Klíčová slova

Rodičovství

Mateřství

Vztah k dítěti

Adopce

Neplodnost

Asistovaná reprodukce

Porodní asistentka

Komunikace

