

Úroveň sebepojetí žen s laktační psychózou v roli matky

Radka Krejčová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radka KREJČOVÁ**

Osobní číslo: **H08481**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Úroveň sebepojetí žen s laktační psychózou v roli matky**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychologického pojetí žen onemocněné laktační psychózou.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru a sémantického diferenciálu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

NAKONEČNÝ, M. Úvod do psychologie. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.

SMOLÍK, P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 90-85912-18X.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jarmila Šťastná
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

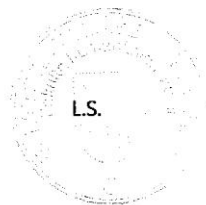
20. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 20. ledna 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 25. 7. 2010

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odprávně-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Úroveň sebepojetí žen s laktační psychózou v roli matky je složena z části praktické a teoretické.

Teoretická část přináší vysvětlení souvisejících pojmů týkajících se oblastí sebepojetí a laktační psychózy. V neposlední řadě se také zabývá sociální psychiatrií jako jednou z oblastí, kde mohou uplatnit závěry mé práce. Praktická část se zaměřuje na zachycení stupně sebepojetí žen s laktační psychózou a žen bez psychiatrického onemocnění na základě společných znaků. Výzkum je realizován kvalitativně orientovanou metodou – rozhovorem. Jako doplňující metoda je použita numerická škála. Cíl práce je zjistit, zdali sebepojetí žen s laktační psychózou je nižší než u žen bez psychiatrického onemocnění.

Klíčová slova: osobnost, sebepojetí, laktační psychóza, poporodní psychóza, sociální psychiatrie

ABSTRACT

The theme of Bachelor thesis is A Grade of selfconception of women influenced by Postpartum psychosis in the role of mother, and it consists of practical part and theoretical part. Theoretical part includes definitions of related conceptions, which are concerned with self-conception and lactational psychosis. Last but not least, it includes social psychiatry as one of specialized fields in which I can apply conclusion of my Bachelor thesis. Practical part of Bachelor thesis focuses on realization of standard of self-conception of women with lactational psychosis and women without psychiatric condition, all on the basis of common features. Research is realized by qualitative-oriented method – interview. Completing method is numerical scale of self-conception. The purpose of Bachelor thesis is to find out whether the self-conception of women with lactational psychosis is less or higher than the self-conception of women without psychiatric conditions.

Keywords: personality, self-conception, lactational psychosis, postpartum psychosis, social psychiatry

Poděkování

Děkuji Mgr. Jarmile Šťastné za odborné vedení, podporu a vstřícnost, kterou mi poskytla při přípravě této práce.

Dále děkuji MUDr. Jiřímu Boháčovi za odborný přínos a vhled do problematiky.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem „Úroveň sebepojetí žen s laktační psychózou v roli matky“ vypracovala samostatně s použitím literatury, která je uvedena v seznamu. Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 SEBEPOJETÍ JAKO SOUČÁST OSOBNOSTI.....	13
1.1 VYMEZENÍ POJMU OSOBNOST	13
1.2 JÁ JAKO INTEGROUJÍCÍ SLOŽKA OSOBNOSTI	14
1.2.1 Vývoj Jáství.....	15
1.3 DEFINICE POJMU SEBEPOJETÍ	16
1.3.1 Historie vývoje sebezpojetí.....	18
1.3.2 Současný pohled na sebezpojetí.....	19
1.3.3 Vývoj sebezpojetí.....	20
1.3.4 Základní složky sebezpojetí	22
1.3.5 Charakteristické znaky sebezpojetí a jejich význam	24
1.3.5.1 Úroveň sebezpojetí	24
1.3.5.2 Kontinuita sebezpojetí	24
1.3.5.3 Stabilita sebezpojetí.....	25
1.3.5.4 Konzistentnost sebezpojetí	25
1.3.5.5 Komplexnost sebezpojetí.....	25
1.3.6 Metody výzkumu sebezpojetí	25
2 LAKTAČNÍ PSYCHÓZA	27
2.1 ROZDĚLNÍ POPORODNÍ STAVŮ	27
2.1.1 Poporodní blues.....	27
2.1.2 Poporodní deprese	28
2.1.3 Laktační psychóza	29
2.2 LAKTAČNÍ PSYCHÓZA.....	29
2.2.1 Průběh onemocnění	30
2.2.2 Typické příznaky.....	30
2.2.3 Rizikové faktory.....	31
2.2.4 Léčba	31
2.2.4.1 Interpersonální psychoterapie	31
2.2.4.2 Kognitivně behaviorální terapie.....	32
2.2.4.3 Farmakoterapie	32
2.2.5 Mezinárodní klasifikace nemocí	33
3 SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE	34
3.1 STACIONÁRNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE	34
3.2 AMBULANTNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE	35
3.3 KOMPLEMENTÁRNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE.....	35
3.3.1 Denní a noční sanatoria	35
3.3.2 Částečná hospitalizace	35
3.3.3 Chráněné dílny, pracovní tréninková centra, chráněná místa.....	35
3.3.4 Chráněné bydlení, bytové komunity	36
3.3.5 Socioterapeutické kluby	36

3.4	SPECIFICKÉ PROBLÉMY PSYCHIATRICKÉ PRVNÍ POMOCI	36
3.4.1	Readaptace	36
3.4.2	Sociální problémy	36
3.4.3	Zdravotní výchova veřejnosti.....	37
3.5	HORIZONT ZLÍN.....	37
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
4	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	40
4.1	CÍL VÝZKUMU	40
4.1.1	Dílčí cíle	40
4.2	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	40
4.3	DRUH VÝZKUMU A METODA SBĚRU DAT.....	40
4.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR	42
4.5	PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	43
4.6	ETIKA VE VÝZKUMU	43
5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	46
5.1	ZPRACOVÁNÍ DAT ROZHovorŮ	46
5.1.1	Vyhodnocení 1. skupiny.....	48
5.1.2	Vyhodnocení 2. skupiny.....	55
5.1.3	Vyhodnocení 3. Skupiny	61
5.2	ZPRACOVÁNÍ NUMERICKÉ ŠKÁLY SEBEPOSOUZENÍ.....	67
5.2.1	Romana	69
5.2.2	Lenka.....	71
5.2.3	Jana.....	73
5.2.4	Marie	75
5.2.5	Blanka	77
5.2.6	Anna	79
5.3	SHRNUTÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	81
5.3.1	Shrnutí výsledků rozhovorů	81
5.3.2	Shrnutí výsledků doplňkové metody výzkumu	83
5.4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	84
	ZÁVĚR	85
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	86
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	91
	SEZNAM OBRÁZKŮ	92
	SEZNAM TABULEK.....	93
	SEZNAM PŘÍLOH.....	95

ÚVOD

Mateřství je v životě ženy velmi významným obdobím. Nese s sebou velkou zodpovědnost tolik nedoceňovanou společností. Žena jako matka není jenom výchovným činitelem v životě svého dítěte, ale je to také bytost, která má svoje potřeby a touhy. Pro mnoho žen je role matky spjatá s posláním. Nová pozice, nové úkoly, nová role, to vše s sebou nese úzkostné představy: „*Budu dobrou matkou? Zvládnou starost o domácnost? Mám na to všechno dostatek sil? Jsem už vyžralá na to, být matkou? Budu mít oporu v partnerovi?*“ Tyto představy se u mnoha matek po narození dítěte ztratí. Existují však ženy, na které mohou zapůsobit další činitelé, které představy vystupňují do extrému, kdy žena začne mít nezájem jak o dění kolem sebe, tak o svoje dítě. Tato nemoc se nazývá laktační psychóza.

Mezi širokou veřejností se laktační psychóza vryla do paměti podle mediálních kauz žen se sebevražděnými úmysly nebo s úmysly zavraždit své dítě. Laktační psychóza je duševní onemocnění, kdy žena ztrácí kontakt s realitou, vznikají jí halucinace a bludy a hrozí zde sebevražedné myšlenky či myšlenky hominida – tato možnost je však nejméně pravděpodobná. Jsou známy případy, kdy matka usmrtila svého novorozence, avšak procento výskytu je nízké.

Téma bakalářské práce je mi velmi blízké. Mému rodinnému příslušníkovi byla diagnostikována laktační psychóza před několika lety. Svým vyprávěním o tom, co prožil a jaké následky to na něm zanechalo, mi vnukl nápad na výzkum právě se ženami, které zažily tu samou zkušenost s tímto typem onemocnění.

Realizace výzkumu sebepojetí na tomto typu onemocnění nebyla dosud mezi odborníky uskutečněna nebo publikována. V zahraničí – především v rozvojových zemích je téma laktační psychózy známá a více rozšířená. Do České republiky zatím stále proniká po krůčkách. Ve své práci se proto potýkám s velkým nedostatkem literatury, kdy jsem musela z části čerpat také ze zahraničních zdrojů. Svoje poznatky jsem konzultovala s MUDr. Jiřím Boháčem, který je psychiatrem ve Zlíně a také ze zkušeností rodinného příslušníka.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a praktické. Záměrem teoretické je komplexní náhled na problematiku, která je realizována v části praktické. Teoretická část se skládá ze tří kapitol, v nichž charakterizují pojem sebepojetí, laktační psychózu a sociální psychiatrii jako obor uplatnění poznatků z výsledků práce. Praktická část se zaměřuje

na rozdílnost sebepojetí žen s laktační psychózou a žen bez psychiatrického onemocnění. Oslovila jsem celkem šest respondentek, které byly zvoleny formou záměrného výběru. Za použití kvalitativního výzkumu bylo sestaveno šest rozhovorů, které jsem dále analyzovala pomocí trsů. Jako doplňková metoda byla použita numerická škála sebeuposouzení. Cílem není zevšeobecnění výsledků práce, ale poukázání na možnou rozdílnost typu sebepojetí u nemocných a zdravých žen.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SEBEPOJETÍ JAKO SOUČÁST OSOBNOSTI

Okamžik dovršení zrání vývoje osobnosti se projeví jako rozvinuté Jáství, které tvoří základ pro sebepojetí. V teoretické části první kapitoly se v první řadě zabývám vymezením pojmu osobnost a Já. Hlavní část tvoří kapitola o sebepojetí, kde se věnuji historii sebepojetí, současnému pohledu na tuto tematiku, vývojem, složkami a znaky sebepojetí. Tuto část zakončuji popisem hlavních výzkumných metod, z nichž jednu použiji i v praktické části.

1.1 Vymezení pojmu osobnost

Pojem osobnost má svůj původ ve slově „persona“ (per-sonare = proznívati), což byl termín pro masku (Hartl, Hartlová, 2010). Tuto masku si nasazovali herci antického dramatu po dobu hry. Masky měly tvarovaná ústa, která zesilovala zvuk, dávala člověku určitou tvářnost, což se rozšířilo do podvědomí vnějšího výrazu, pak i na povahu (Smékal, 2004).

V různých vědách má pojem osobnost různý význam. V historii se pod tímto pojmem označuje typ silného jedince – politicky nebo vojensky. Jiný význam definuje sociologie nebo právní vědy. V psychologii tento pojem popisoval skutečnost, že různí lidé reagují v téže situaci různě a dále, že duševní život člověka je určitým způsobem organizován (Nakonečný, 1998).

G. W. Allport v roce 1937 vypracoval seznam **padesáti rozdílných definic pojmu osobnost** (in Hartl, Hartlová, 2010). Od té doby přibýly další analýzy tohoto termínu.

V historii psychologie našel tři stádia zkoumání osobnosti R. B. Cattell (in Hartl, Hartlová, 2010)

a) v dílech filozofů a literátů – Platon, Aristoteles, F. Kafka

b) v pohledech psychiatrů – S. Freud, A. Adler, C. G. Jung

c) ve faktorově-analytickém a fenomenologickém přístupu – H. J. Eysenck, E. Husserl

Nechala jsem se Cattellem inspirovat. Proto jsem si vybrala několik definic osobnosti dle stádia zkoumání, které jsou uvedena výše, a doplnila jsem je o české autory dnešní doby.

Nejstarší definice pochází od řeckého filozofa Platona, který uvádí, že „*osobnost je tvořena z rozumu, ducha a chuti*“ (in Hodgson, 2007, s. 54).

Nejvýznamnější Platonův žák Aristoteles definici osobnosti rozšířil. „Člověk spěje k podstatě dobra. Nejvyšším dobrem je blaženost, přičemž člověk se stává dobrým prostřednictvím cílevědomého konání dobrých skutků, co si vyžaduje rozvoj schopností na rozpoznání dobrého a zlého – tzv. ctností“ (in Daniel et al., 2005, s. 220).

Jiný náhled na definici osobnosti poskytl psycholog Freud. „Osobnost je rozdělena na id, ego a superego jako instance, které regulují různé úrovně činnosti“ (in Smékal, 2004, s. 24).

Spolupracovník Freuda psycholog Adler definoval osobnost jako „něco, co máme, nebo co jsme. Je to, co děláme, jme-li ve společnosti jiných. Je to činnost, nikoliv vlastnost. Není to stojatá voda, ale tekoucí potok“ (in Smékal, 2004, s. 21).

Psycholog H. J. Eysenck uvádí, že „osobnost je poměrně stálá jednota charakteru, temperamentu, intelektu a těla, což umožňuje její jedinečnou adaptaci na prostředí“ (in Hartl, Hartlová, 2009, s. 379).

Z předních českých autorů jsem zvolila definice osobnosti Vágnerové a Nakonečného.

„Osobnost je komplexní a relativně stabilní systém, který funguje jako celek, skládá se ze vzájemně propojených somatických a psychických vlastností a projevuje se v reakcích na různé podněty a situace“ (Vágnerová, 2010, s. 13).

„Osobností označujeme vnitřní dynamickou strukturu duševního života člověka, která se jako taková, tj. lidsky specifická, utváří se vznikem a vývojem Já“ (Nakonečný, 2004, s. 208).

Ztotožňuji se s definicí Adlera. Osobnost není vlastnost, ale činnost, která se v každém jedinci rozvíjí během evolučního procesu.

1.2 Já jako integrující složka osobnosti

Završení vývoje a zrání osobnosti se projevuje jako rozvinuté a strukturované Jáství (Smékal, 2004).

Problematice lidského Já se věnuje řada věd. Především je to filozofie, pedagogika a psychologie. Tyto disciplíny se vzájemně doplňují při utváření koncepce člověka (Čačka, 2002).

Jáství definujeme jako souhrnný pojem, který označuje rys osobnosti jako organizovaný celek duševního života (Nakonečný, Hyhlík, 1973). Jáství se v prožívání jeví jako vědomí já, v chování jako vůle. Vědomí Já a vůle jsou psychické jevy, které vlastní pouze člověk a k nimž dospívá až na určité úrovni sociálního vývoje (Nakonečný, Hyhlík, 1973).

„Já je základním vztahným rámcem, který zpracovává a sjednocuje veškerou zkušenost, je centrem integrace a koordinace všech psychických projevů daného jedince“ (Vágnerová, 2010, s. 298).

Termín Já nahradil v minulosti užívaný pojem „duše“ (Čačka, 2002). České pojetí slova Já odpovídá anglickému „SELF“, které bývá překládáno i jako sebepojetí, popřípadě sebehodnocení (Vágnerová, 2010). Nakonečný (2009) pracuje s termínem ego jako označení českého ekvivalentu k pojmu Já. Pojem ego však ve své práci používat nebudu, ale budu se držet označení českého Já.

Autor Mead důsledně rozlišuje mezi „Jástvím“ a „Já“. Jáství chápe jako formu objektivizovatelné organizace psychické činnosti, kdežto Já má podle něj více zážitkový akcent. V češtině však takové rozlišení nemáme (Čačka, 2002).

Komplex **Já** zahrnuje soubor všech poznatků o sobě, v němž se projevuje názor na sebe sama a vztah k sobě samému jako k objektu. Dle Vágnerové (2010) máme dva typy Já:

1. Já jako subjekt – aktivní činitel, který se uplatňuje ve zpracování informací, v rozhodování a regulaci vlastního jednání.
2. Já jako objekt – Já se prezentuje jako obraz sebe sama (vnímaný, poznávaný, pociťovaný, hodnocený).

Poznáváním sebe sama má svá specifika a do jisté míry může měnit nebo lišit od přístupu poznání jiných lidí. Často jsme ke své osobě neobjektivní a posuzujeme se zkresleně. V rámci společenství se porovnáváme s ostatními a na základě toho se pak vyvíjí náš názor na sebe sama (Vágnerová, 2010).

1.2.1 Vývoj Jáství

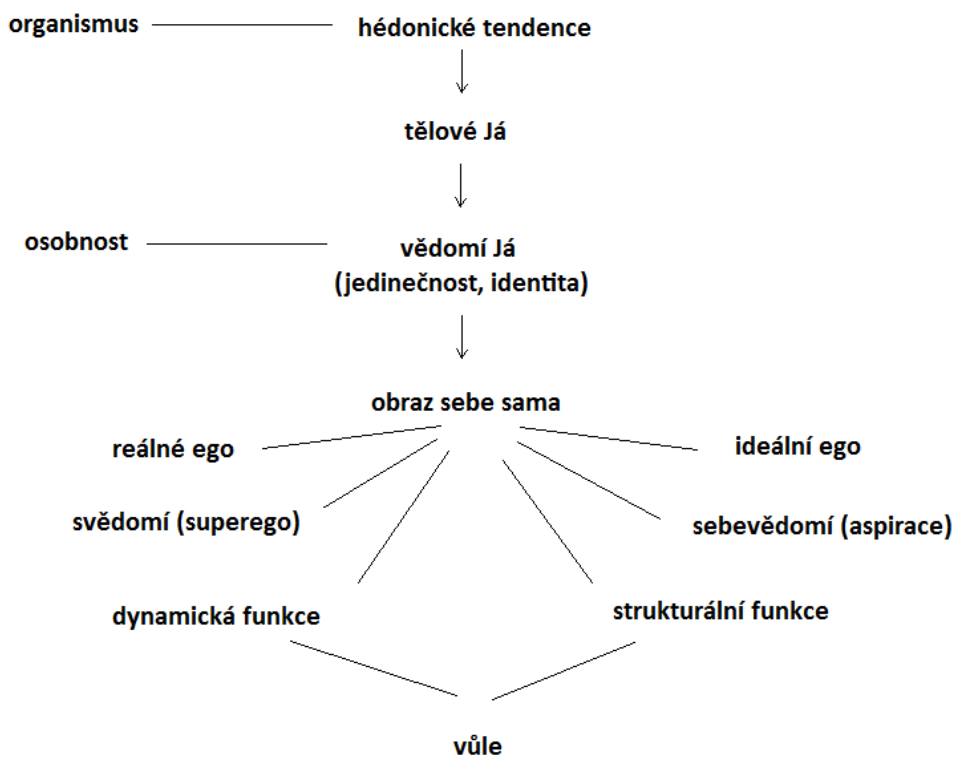
Důležitou součástí struktury Jáství je obraz sebe sama, který je dvousložkový:

1. reálné Já – představa jedince o tom, jaký je, zahrnující tělesné i duševní vlastnosti,
2. ideální Já – představa jedince o tom, jaký by měl být.

Mezi reálným a ideálním egem mohou nastat určité rozpory a napětí. Ty poukazují na nespokojenost se sebou samým. Míra souladu reálného a ideálního Já vyjadřuje sílu vnitřní integrace osobnosti (Nakonečný, 1995).

Vývoj Jáství, jeho složky a jejich funkce jsem vyjádřila níže zobrazeným schématem (Nakonečný, 1995, s. 119).

Obrázek 1 Vývoj Jáství



1.3 Definice pojmu sebepojetí

Sebeocení a vědomí Já vytváří základ pro sebepojetí (self-concept), což se dá označit jako mechanismus obrazu sebe sama v očích jiných lidí, který se pak stává obrazem sebe samého a vytváří určitá kritéria pro to, jaký mám být, jaký jsem a jaký chci být (Mikuláščík, 2007).

Na vymezení slova sebepojetí jsem shromáždila několik různých definic k porovnání.

Hartl (in Čačka, 2002, s. 192) definuje sebepojetí jako „*představu sebe sama, jak jedinec vidí sám sebe.*“

Van der Werff (in Blatný, 2010, s. 108) uvádí, že „*sebpojetí může být snadno definováno jako vidění nebo mentální reprezentace sebe.*“

Další definici poskytl Kon (in Čačka, 2002, s. 193-194) „*Sebpojetí je složitý psychický jev setrvačnosti sebenahlížení, který se neredukuje ani na prosté sebepoznání, ani jen dílčí nebo i celkové sebehodnocení, ale je to svým způsobem více či méně ucelené imaginativní jádro subjektivního sebezažívání.*“

Vágnerová (2010, s. 298) odlišila pojem sebepojetí od identity: „*Identitu lze chápat jako prožívání a uvědomování sebe sama, své kontinuity a jedinečnosti, odlišnosti od ostatních, tj. vědomí toho „kdo jsem“.* Sebpojetí má více popisný a hodnotící charakter, představuje poznání a vyjádření toho, co o sobě člověk ví, co si o sobě myslí a jak se posuzuje.“

Sebpojetí lze chápat z hlediska sociální a kognitivní psychologie jako produkt sebeuvědomování a osvojování zkušeností, nebo ve smyslu humanistické, existenciální či ego-psychologie jako komplexní prožitek hodnocení a definování vlastního Já (Čačka, 2002).

Dle Čačky (2002) lze hovořit o dvou přístupech k sebepojetí:

1. objektivující – vliv společnosti a prostředí na utváření sebepojetí,
2. subjektivující – asimilační funkce sebepojetí ve smyslu aktivního se podílení na sebedefinování, prožívání, chtění.

Významnou součástí sebepojetí je sebehodnocení, sebevědomí, sebedůvěra, sebeakceptace a seberegulace (Vágnerová, 2010).

Sebehodnocení je jádrem Jáství. Má dva póly: spokojenost a nespokojenost se sebou. Prožíváme je taky jako větší nebo menší sebedůvěru nebo sebevědomí (Smékal, 2004).

1.3.1 Historie vývoje sebepojetí

Za zakladatele vědeckého zkoumání sebepojetí jsou považováni William James - zakladatel psychologie Já a C. D. Cooley a G. H. Mead – symboličtí interakcionisté, kteří přispěli ke studiu svou koncepcí Já jako sociálního konstruktů (Blatný, 2010).

- **William James**

Jako první artikuloval rozlišení dvou aspektů Já:

- Já jako subjekt,
- Já jako objekt.

James si sám uvědomoval důležitost této koncepce, která mu umožňovala vymezit oblast přístupnou pro empirický výzkum označovanou jako sebepojetí, jednak také pro přesnější definování vědomí jako psychologické kategorie. Já pro Jamese představovalo specifický typ vědomí sebe. Jamesův rozbor Jáství přinesl celou řadu dalších zásadních myšlenek. Zaměřil se na rozpracování pojmu sebepojetí. Samotný pojem James definoval jako sumu všeho vlastního, která obsahuje složky materiálního, sociálního a duchovního Já (Blatný, 2010):

- a) materiální Já představuje vlastní tělo (tělesné Já),
- b) sociální Já je založeno na zpětné vazbě od druhých osob,
- c) duchovní Já je definováno jako vnitřní, niterní Já.

Tyto složky mají hierarchické uspořádání. První definuje materiální Já, poté následuje sociální Já. Nejvyšší úroveň sebepojetí představuje duchovní Já (Blatný, 2010).

- **C. D. Cooley a G. H Mead**

Tito autoři kladli důraz na význam sociálních interakcí v utváření Já. Pojem Já je sociální konstrukcí, která vzniká v průběhu symbolických (zejména jazykových) interakcí. Podle Coleyho je Já představa o tom, co si o nás druzí myslí. Zralý pocit Já je vyjádřen na vyváženém pohledu na sebe, které není narušováno přechodnými vlivy (Blatný, 2010).

Mead zase ve větší míře kladl důraz na význam sociálních interakcí prostřednictvím jazyka. Lidé podle něj přijímají postoje k sobě spíše od generalizované skupiny významných osob, které na něj sdílejí určitý společenský pohled, než aby reagovali na konkrétní osoby v konkrétní situaci (Blatný, 2010).

Podle Blatného (2010) přínosy těchto dvou autorů se staly východiskem současného výzkumu, ale i pevnou součástí psychologie sebepojetí.

1.3.2 Současný pohled na sebepojetí

Sebepojetí po 60. letech přestává být pouze obrazem sebe sama, ale je zde zdůrazněna multifacetová uspořádaná struktura (Blatný, 2010), kterou jsem již v předchozím odstavci popisovala u autora Jamese.

Blatný (2010, s. 111) uvádí, že: „*Přínosem novodobého studia sebepojetí je široce založený výzkum, který umožnil teoretické předpoklady testovat a doložil je empirickými důkazy.*“

Nyní uvedu několik nejdůležitějších znaků, které dle současného pohledu charakterizují sebepojetí jako celek:

- **Multifacetové sebepojetí**

Sebepojetí je tvořeno řadou dílčích mentálních reprezentací Já, označovaných jako percepce, schémata či prototypy, které se mohou lišit v řadě aspektů, jako jsou centralita, pozitivita nebo negativita, časová lokalizace a možnost uskutečnění (Markus a Wurf, 1987 in Blatný, 2010).

- **Hierarchické sebepojetí**

Dle autora Blatného (2010) z hlediska formování sebepojetí platí názory, že sebepojetí se jednak formuje na základě závěrů, které si lidé vytvářejí o svých postojích a dispozicích v průběhu pozorování vlastní činnosti, jednak na základě učení, a to jak sociálním srovnáváním, tak vzájemnou interakcí se sociálním prostředím. Sebepojetí je tedy zevšeobecnění poznatků o sobě, odvozené ze zkušeností v konkrétních situacích. Tyto znalosti jsou hierarchicky uspořádány.

- **Dynamické sebepojetí**

Jestliže uvažujeme o aktuálním pohledu na sebepojetí, musíme zmínit i jeho dynamičnost. Někdy též zvanou jako aktivované sebepojetí. Blatný (2010, s. 112) o této teorii píše, že „*koncepte vyjadřuje skutečnost, že v závislosti na odlišných situacích je aktivizována některá z reprezentací Já, která v daném okamžiku plní funkci centrální, řídicí struktury sebepojetí. Pro výzkum sebepojetí má tento teoretický předpoklad význam především z metodologického hlediska.*“

- **Sebepojetí jako Jáský systém**

V této teorii rozlišujeme mezi Já jako subjektem poznání (aktivním pozorovatelem) a Já jako objektem poznání a hodnocení. Sociálně kognitivní teorie zdůrazňuje zážitkovou neoddělitelnost a vzájemnou propojenost obou aspektů Já. Tento přístup je nazýván jako „Jáský systém“. U nás navrhovatelem tohoto pojmu je Macek, který jej překládá jako „sebesystém“ (Harter, 1996, Bandura, 1999, Macek, 1997 in Blatný, 2010).

1.3.3 Vývoj sebepojetí

Člověk se nerodí s pocitem Já, avšak si ho vytváří v průběhu svého života. Tento proces probíhá vzájemným působením vnějšího prostředí a sociální složky (Vágnerová, 2004). Nejdříve jedince ovlivňuje rodinné prostředí, později mu pomáhají s utvářením sebepojetí lidé, kteří zaujmají hodnotící postoj (kamarádi, spolužáci, trenér, šéf...). Sebepojetí tedy vzniká na základě zkušenosti s vlastní osobou, ale i na základě poznatků z okolí (Fialová, 2007).

- **Kojenecký věk**

V kojeneckém věku se pozvolna začíná vytvářet vědomí vlastního Já (Vágnerová, 2004). Sebepojetí se formuje vedle citlivého vztahu matky (Čačka, 2002). Znamená to tedy, že ji od sebe jednoznačně neodlišuje. Zhruba v půl roce života začne matka být vnímána jako samostatná bytost odlišená jak od samotného dítěte, tak i od ostatních lidí (Vágnerová, 2004).

- **Batolecí věk**

Erikson (in Vágnerová, 2004) charakterizuje batolecí věk jako fázi autonomizace neboli osamostatňování.

V souvislosti s rozvojem řeči se dítě naučí přiřazovat jména jednotlivým objektům. Samo dítě má svoje vlastní jméno, které se stává součástí jeho identity. Dítě o sobě mluví jako ve třetí osobě, osobní zájmeno já se vyskytuje až ve 3 letech (Vágnerová, 2004).

- **Předškolní věk**

Toto období je charakterizováno jako fáze aktivity a iniciativy. Dětská aktivita je usměrňována a hodnocena. Dítě si zafixuje potřebné normy chování. Dovede se s nimi identifikovat a chovat se podle nich (Vágnerová, 2004).

- **Školní věk**

Do sebepojetí vstupují prvky sebehodnocení, které se na počátku školní docházky řídí názory, postoji a hodnocením dospělých. Postupně se ale uplatňují také hodnocení vrstevnická (Fialová, 2007).

Ve škole je dítě hodnoceno za svůj výkon a je srovnáváno s ostatními dětmi. Tento výkon může mít charakter jak pozitivního, tak negativního úspěchu. Opakovaný neúspěch může vést ke ztrátě sebehodnocení a ke vzniku pocitu méněcennosti (Vágnerová, 2004).

Dle Vágnerové (2004) ve středním školním věku mají na jedince veliký význam vrstevníci. Příslušnost k dětské skupině, role a postavení tvoří důležitou součást sebepojetí.

- **Období dospívání**

K zásadní proměně sebepojetí dochází v období dospívání. Dle Eriksona je to označeno jako období hledání a vytváření vlastní identity. Pubescent se mění tělesně. Svoji kritickou představu o svém těle se snaží přizpůsobit ideálu krásy. V té době začne o sebe dbát a dává větší důraz na oblečení a úpravu zevnějšku. Svoji sociální identitu jedinec zdůrazňuje příslušnosti k vrstevnické skupině, kde tak může zdůraznit emancipaci od dětí i dospělých. Identifikace s rodinou nahrazuje právě identifikace s vrstevnickou skupinou. Dalším faktorem je úvaha o sobě samém, která bývá charakterizována velkou nejistotou a nejednoznačným zhodnocením vlastní bytosti. Sebepojetí v této době bývá hodně proměnlivé (Vágnerová, 2004).

- **Období dospělosti**

V tomto období by měl mít jedinec vytvořenou novou identitu. Měl by mít jasno, kým je. Je schopen navázat trvalý a společenský vztah, který by se mohl stát základem pro přijetí rodičovské role. Právě rodičovství, partnerství nebo i profesní role je součástí sebepojetí (Vágnerová, 2004).

- **Období stáří**

Pro starého člověka je důležité vymezení minulosti – kým jsem byl? Je třeba přijmout ztrátu kompetencí bez ztráty sebeúcty. Významné jsou vztahy k dětem a vnukům, kteří jsou nositeli rodové identity. Zároveň je důležité sebevymezení (Vágnerová, 2004).

Pro přehled jsem zpracovala tabulku dle Balcara (in Fialová, 2007, s. 16) o vývoji sebepojetí.

Tabulka 1 Vývoj sebepojetí dle Balcara

Batoletčí věk	Jsem to, co mohu svobodně dělat.
Předškolní věk	Jsem to, co učiním.
Školní věk	Jsem to, co dovedu.
Období dospívání	Jsem to, čemu věřím.
Věk mladé dospělosti	Jsem to, co miluji.
Střední věk	Jsem to, co poskytuji.
Období stáří	Jsem to, co po mě zůstane.

1.3.4 Základní složky sebepojetí

Podle psycholožky Vágnerové (2010) rozlišujeme tři základní aspekty sebepojetí dospělého člověka, kterými jsem se nechala inspirovat ve své praktické části – v rozhovoru.

1. Tělesné sebepojetí

Každý člověk ke svému tělu zaujímá určitý postoj, kterým na své tělo vědomě reaguje, určitým způsobem ho vnímá, pociťuje a hodnotí. Tento vztah může být negativního nebo pozitivního charakteru. Představa o vlastním těle může být leckdy zkreslená. Lidé své tělo mohou vnímat jako mohutnější, ošklivější, ale i krásnější či nápadnější, než ve skutečnosti je (Vágnerová, 2010).

Pozitivní vnímání vlastního těla (body image) zvyšuje sebevědomí. Člověk, který se cítí být hezký, zdravý a silný, má jiné sebepojetí než člověk s opačným sebecítěním. S tím také souvisí péče o tělesný vzhled a úsilí o vytvoření nebo udržení odpovídající image (Nakoječný, 2004).

Autorka Sedláčková (2009) uvádí, že je pro člověka důležité, aby své tělo vnímal takové jaké je, aby byl sám sebou identifikován.

Hodnocení vlastního tělového schématu je ovlivňováno i sociokulturními faktory. Pro daného jedince je významné, jak na něho reagují ostatní lidé a do jaké míry se podobá ideálu krásy (Vágnerová, 2010).

Fialová (in Nakonečný, 2004, s. 219) tvrdí, že *„postoje k vlastnímu tělu podmiňují náš vztah k ostatním lidem i naše chování.“*

2. Psychická identita

Psychické Já je souhrnem individuálně typických procesů, které vytváří představu o sobě samém, o vlastní psychice. Jedinec si uvědomuje své pocity, myšlenky a postoje, avšak zaujímá k nim určitý postoj – je s nimi spokojený, nebo na druhou stranu je odmítá přijmout jako součást svého Já (Vágnerová, 2010).

Z hlediska obsahu lze rozlišit (Sedláčková, 2009):

- a) integrující a regulační složku: člověk je aktivně schopen regulovat svoji psychiku a řídit tak, aby působila jako jeden celek,
- b) kognitivně-receptivní složku: člověk vnímá své psychické projevy a prožívá svoji existenci,
- c) kognitivní schéma vlastního Já: rozumové zpracování informací (včetně chování), které se stanou obsahem vědomí.

3. Sociální identita

„Tato identita vzniká na základě představy jedince o tom, kam a ke komu náleží i jak je pro něj společenství, k němuž náleží, důležité“ (Vágnerová, 2010, s. 303).

Janoušek (in Vysekalová, Mikeš, 2009, s. 83) uvádí, že *teorie sociální identity předpokládá, že významná část sebepojetí lidí, co jsou a jakou mají hodnotu, se odvozuje od jejich skupinové příslušnosti.*

Jedinec se může definovat s rolí mechanika, otce, Sparťana nebo příslušníka rodiny Novotných (Vágnerová, 2010). Názory ostatních lidí jedinec může pozitivně akceptovat nebo jimi opovrhovat. Sociální identita zahrnuje sebeomezení, kam člověk patří a jak je zde akceptován a hodnocen (Sedláčková, 2009). Je podmíněna tím, jak se jedinci daří zvládat životní úkoly, jako je nalezení partnera, začlenění do sociálních vztahů, volba povolání a další. Jedná se o závislost kruhovou, protože i zvládání životních úkolů závisí na vyhraněnosti sociální identity jednotlivce (Smékal, 2004).

1.3.5 Charakteristické znaky sebepojetí a jejich význam

Součástí sebepojetí jsou určité charakteristiky, které ovlivňují způsob jeho fungování. Jedná se především o úroveň (pozitivní x negativní), kontinuitu, stabilitu, konzistentnost a komplexnost sebepojetí (Vágnerová, 2010).

1.3.5.1 Úroveň sebepojetí

Míra sebepojetí závisí na míře přijetí pozitivních a negativních atributů. Tyto signály lze chápat jako osobní spokojenost a vyrovnanost, které vycházejí za základních osobnostních dispozic jako je temperament, osobnostní rysy nebo schopnosti. Sebehodnocení souvisí s celkovým přístupem ke světu (Vágnerová, 2010).

- Vysoké sebehodnocení

Vysoké sebehodnocení je spojeno s tendencí přičítat si větší množství pozitivních vlastností. Lidé, kteří se takto hodnotí, bývají emočně stabilní, spokojení a nepodléhají pocitům stresu. Mívají dostatečnou sebedůvěru a nebojí se riskovat. Na druhé straně může vysoké sebehodnocení být spojeno s dominancí se sklonem k nadměrnému sebeprosazování až agresivnímu chování. Jedinci s přiměřeným sebehodnocením bývají realističtější, dovedou svůj neúspěch nějak kompenzovat (Vágnerová, 2010).

- Nízké sebehodnocení

Nejistota a nízké sebehodnocení mohou vést k depresi (Krch, 2003). Mírnějšími formami mohou být úzkost, obavy ze selhání, nespokojenost se sebou samým či s celým světem. Jedinci s nízkým sebehodnocením mají tendenci vyhýbat se neúspěchu a kritice. Obrana sebepojetí se projevuje snižováním rizik neúspěchu a selháním, než úsilím o dobrý výkon (Vágnerová, 2010).

1.3.5.2 Kontinuita sebepojetí

Časová kontinuita sebepojetí zahrnuje uvědomování si sebe sama v minulosti, přítomnosti i budoucnosti. I když se jedinec neustále mění, stále si uvědomuje, že je to on. Má vlastní jméno, názor, schopnost, pohlaví, sociální příslušnost. Tato osobní kontinuita je posilována reakcemi lidí v okolí člověka (Vágnerová, 2010).

1.3.5.3 Stabilita sebepojetí

Stabilita sebepojetí závisí na osobnosti daného jedince než na vnějších vlivech. V průběhu života se sebepojetí výrazně mění – v dětství je stabilita sebepojetí nízká a v průběhu adolescence a mladé dospělosti narůstá, ale v raném stáří znovu mírně klesá. Stabilita je předpokladem kognitivní jistoty a s tím související duševní pohody. Lidé se stabilním sebehodnocením mají dostatečnou sebedůvěru, proto jsou odolnější ke stresu. Naopak nevyrovnanost sebepojetí bývá spojováno s celkovou nespokojeností, citlivostí ke stresu. Takoví lidé mají tendenci zpochybňovat svoje hodnoty. Přijatelné sebepojetí je předpokladem pro vyrovnané vztahy s lidmi (Vágnerová, 2010).

1.3.5.4 Konzistentnost sebepojetí

Konzistentnost, to jest (tj.) soulad sebepojetí souvisí s potřebou udržení si harmonického vztahu sebe sama. Jedinec si automaticky selektuje informace a dává důraz na ty, které jsou v souladu s ním. Naopak přehlíží ty, které by tuto harmoničnost narušovaly. Signálem k nevyrovnanému, nekonzistentnímu sebepojetí bývá zvýšená vnímavost k jakékoliv kritice nárůstem zlosti, smutku, poklesem pocitu pohody či spokojenosti se sebou samým (Vágnerová, 2010).

1.3.5.5 Komplexnost sebepojetí

Komplexnost sebepojetí se projevuje množstvím různých charakteristik, jimiž se člověk definuje, avšak záleží na harmoničnosti a vyváženosti. Jedinci dovedou lépe odolávat dílčím neúspěchům a problémům s více součástmi svého sebepojetí (profese, rodina, přátelé), protože v případě neúspěchu se mohou opřít o jinou část a mohou si tak kompenzovat svoji frustraci. Pokud toto sebepojetí je redukováno, tyto možnosti zde pak chybí. Jestliže dojde k ohrožení jediné oblasti, bude se s tím člověk těžko vyrovnávat (Vágnerová, 2010).

1.3.6 Metody výzkumu sebepojetí

V závěrečné kapitole o sebepojetí bych se chtěla zabývat nejpoužívanějšími výzkumnými metodami. Mezi tradiční škály podle Kihlstroma a Cantora (in Blatný, 2010) řadíme:

- třídící techniky a sebesuzovací škály,
- metoda volné výpovědi,
- sledování reakčního času na podnětová slova,
- strukturované dotazníky.

Vybrala jsem několik metod výzkumu sebepojetí, která jsem našla v dostupné literatuře nehledě na autory Kihlstroma a Cantora.

- **Q-třídění**

Při této technice respondent třídí sebepopisné výroky do kategorií, a to na základě vhodnosti pro své sebeposouzení. Každá kategorie představuje úroveň popisnosti výroků o sobě (Blatný, 2010). Po zkoumané osobě se požaduje, aby jednotlivé výroky rozdělila do několika hromádek podle stanoveného kritéria, například podle důležitosti nebo významu (Chráska, 2007).

- **Sebeposouzení na adjektivních škálách/sémantický diferenciál**

Tyto škály mohou obsahovat buď pouze jeden pól, nebo mohou být ukotveny na obou pólech adjektivy s protikladným významem. Tato technika je označována též jako sémantický diferenciál (Blatný, 2010).

Sémantický diferenciál umožňuje výzkumníkovi proniknout do individuálního významu pojmů v pojetí zkoumaných respondentů. Za autora této techniky je považován C. E. Osgood a jeho spolutvůrci G. J. Suci a P. H. Tannenbaum. Sémantický diferenciál pracuje s posuzovacími škálami. Jedná se o škály, pro které je charakteristické, že dva póly jsou protichůdná adjektiva (Pelikán, 1998).

- **Metoda volné výpovědi**

Respondent má za úkol v libovolném čase vypovědět výpověď o sobě. Daná výpověď může být vyhodnocena jednak pomocí obsahové analýzy, jedna pomocí základní kategorizace se statistickým vyhodnocením (Blatný, 2010).

- **Sledování reakčního času při odpovědi na podnětová slova**

Tato metoda slouží podle Kihlstroma a Cantora (in Blatný, 2010) spíše k validizaci výsledků získaných pomocí sebeposuzovacích škál a volných výpovědí.

- **Rosenbergova škála sebehodnocení**

Tato škála obsahuje deset položek, které jsou respondenty hodnoceny na čtyřbodové škále formou: souhlasím x nesouhlasím. Metodu vytvořil Rosenberg pro měření celkové úrovně globálního vztahu k sobě (Blatný, 2010).

2 LAKTAČNÍ PSYCHÓZA

Dříve než se budu zabývat samotným pojmem laktační psychóza, diferencuji základní poporodní stavy podle stupně závažnosti. U nejtěžšího stádia (tedy laktační psychóze) pojednávám o průběhu onemocnění, typických příznacích, rizikových faktorech a léčbou – jak farmakologickou tak nefarmakologickou.

2.1 Rozdělní poporodní stavů

V období těhotenství dochází k významným psychickým změnám. Žena po porodu prochází hormonálními abnormalitami. Porod je značnou fyziologickou zátěží. Ne všechny ženy porod snášejí stejně a ne u všech žen se projevují psychické poruchy (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

2.1.1 Poporodní blues

Téměř 80 % žen prožívá většinou třetí nebo čtvrtý den po porodu fázi, kdy pocítují velké psychické výkyvy a změny nálad až po zlost. Bývají přecitlivělé, zranitelné a jejich pláč je často spojen s něčím, co nemusí bezpodmínečně souviset se smutkem (Geisel, 2004).

Podle autorů Hermana, Praška a Seifertové (2007) poporodní blues zažívá 50 – 80 % žen v období 3. – 4. den po porodu, obtíže vrcholí 5. – 7. den a vymizí do 12. dne po porodu.

Příznaky tohoto stavu jsou individuální. Žena procházející obdobím poporodního smutku prožívá většinou pocity, jako jsou:

- podrážděnost,
- zmatek,
- úzkost,
- náladovost,
- časté návaly pláče.

Příznaky poporodního smutku obvykle během několika dní až týdnů slábnou (Widerová, 2009). Pokud příznaky přetrvávají déle než 2 týdny, je zde riziko rozvoje závažnější poruchy nálady. Poporodní blues není důvodem k žádné terapii (Herman, Praško, Seifertová, 2007).

Jestliže se žena v období šestinedělí zdá být depresivní, nemělo by se automaticky předpokládat, že jde o poporodní blues, ale mělo by se zjistit, zda její pocity nejsou dlouhodobé a hluboké (Leifer, 2004).

2.1.2 Poporodní deprese

Někdy se u žen během prvních šesti měsíců po porodu objeví déletrvající nebo opakující se pocity viny, týkající se péče o miminko. Dále se může objevit úzkost, špatná nálada, nespavost, poruchy chuti nebo zvýšená únava. V tomto případě se může jednat o poporodní depresi. Důvodem nejsou pouze hormony, ale také psychická labilita ženy spojená s izolovaností, nepřipraveností obou partnerů, změnou role, finanční nejistotou nebo různými dalšími společenskými jevy (Aperio, 2006).

V anglosaských zemích se v souvislosti s tímto jevem mluví o „**maternity blues**“. Tato krátkodobá změna nálady je způsobena prudkým poklesem estrogenu a progesteronu. Nejvyšší výskyt je zaznamenán u adolescentních matek – okolo 26 % (Praško, Prašková, 2003).

Jedním z nejobtížnějších úkolů je rozpoznat rozdíl mezi poporodním smutkem (běžným emočním dopadem vyvolaným příchodem dítěte na svět) a skutečnou klinickou depresí. Příznaky poporodního blues a poporodní deprese se překrývají. Poporodní deprese však sama nevymizí, ale vyžaduje léčbu za pomoci terapie, případně léků (Widerová, 2009). Odborná pomoc je nezbytná. Vhodnější je se obrátit na psychiatra či psychologa. Řada problémů se dá vyřešit konzultacemi či krátkodobou psychoterapií. Lékař může předepsat i účinné léky proti depresi (Aperio, 2006).

Podle Gaskin (2010) v USA panuje tendence řešit poporodní depresi pomocí léků a nechat matky, aby se samy o sebe postaraly. V Nizozemí však novopečené matky využívají možnosti mít zvláštní pomocníci pro poporodní období, která je placená státem. Ženám ze všech sociálních vrstev se tak dostává nejlepší poporodní péče. Tyto ženy chodí do domácnosti po prvních deset dnů. Vaří, uklízejí, starají se o starší děti. Holanďané jsou přesvědčeni, že tento systém významně snižuje výskyt poporodních obtíží.

2.1.3 Laktační psychóza

Nejtěžším stádiem poporodních stavů je laktační psychóza, někdy též zvaná jako poporodní psychóza nebo puerperální psychóza. V práci budu nejčastěji pracovat s pojmem laktační a poporodní. Bližší specifikaci této nemoci popisují v kapitole 2.2.

2.2 Laktační psychóza

„Psychózou se rozumí těžké duševní onemocnění, při němž nemocný ztrácí kontakt se skutečností, kterou jinak vnímá, jinak ji hodnotí, a jinak se proto chová, přičemž si tuto změnu sám neuvědomuje“ (Vokurka, Hugo et al., 2009, s. 868).

Jak už bylo řečeno, nejzávažnějším poporodním obdobím je tzv. laktační psychóza, která postihuje 1 – 2 ženy na 1000 porodů. Podle Českého statistického úřadu (2011, [online]) v roce 2009 proběhlo 118 667 porodů. Kdybych si měla vyčíslit, kolik žen onemocní laktační psychózou ročně, tak by se jednalo o 100 – 200 žen. Tyto údaje však mohou být zkreslené, protože statistický úřad už neuvádí další faktory – například zdali žena již tímto typem onemocnění již netrpí nebo o kolikátý se jedná porod a tak dále (atd.).

Výskyt laktační psychózy je nízký: **0,1 – 0,2 %** z čehož 70 % - 80 % jsou těžké psychotické deprese s dezorientací. Nejčastěji propuká 3. – 14. den po porodu (Raboch, Zvolský, 2001).

Laktační psychózou podle Velkého lékařského slovníku se rozumí označení pro duševní poruchu v šestinedělí (Vokurka, Hugo et al, 2009). Poporodní psychóza je tak vzácná, že hodně z toho, co o ní víme je sesbíráno z několika kazuistik žen, které tímto typem onemocnění trpí a také z několika málo studií (Nonacs, 2006). Poporodní psychóza je méně častá než poporodní deprese, která postihuje 10% - 13% matek a poporodní blues, které postihuje 50% - 75% žen po porodu (Sit, Rothschild, Wisner in Journal of Women's Health, 2006).

Výraz laktační psychóza se podle Fajta (in Moderní babictví, [online], 2006) již v odborné literatuře nepoužívá. Přesto jsem se rozhodla tento pojem do teoretické části práce zařadit přes obecně známou povědomost, hlavně mezi mými respondentkami. Používám jak pojem laktační psychóza, tak ve velké míře pracuji s nově ustanoveným pojmem poporodní psychóza.

2.2.1 Průběh onemocnění

Kromě příznaků hluboké deprese se tento druh onemocnění projevuje tím, že žena začne být netečná, nemá zájem o dění kolem sebe, trpí pocity viny a nechutenstvím. Projevuje se i dezorientace, kdy žena neví kolikátého je, s kým mluví nebo slyší hlasy (Aperio, 2006). Podle Hermana, Praška a Seifertové (2007) se jedná o **autoakuzací bludy** – tj. chorobné sebeobviňování za křivdy spáchané na druhých osobách, které mohou být rozšířeny i na dítě. Pak hrozí nebezpečí suicidálního chování a hominida.

U některých žen může gravidita vyvolat vznik i jiných psychických poruch: schizofrenie, poruchy osobnosti, neurotické poruchy a jiné (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

Jestliže žena prožila jednu epizodu tohoto onemocnění a je už po delší čas zdravá měla by se mít přesto na pozoru, jelikož další porod zvyšuje riziko relapsu. Před tímto typem onemocnění však nejsou uchráněny ani ženy, které netrpí psychiatrickým onemocněním před porodem nebo při prvním porodu se u nich neobjevily závažné stavy. Poporodní psychóza se může objevit kdykoliv (Nonacs, 2006).

Riziko výskytu poporodní psychózy stoupá v poměru 1:7 pro ženy, které již dříve poporodní psychózou prošly. Ještě větší riziko výskytu poporodní psychózy až o 50% mají ženy s bipolární poruchou nebo schizofrenií (Sit, Rothschild, Wisner in Journal of Women's Health, 2006).

2.2.2 Typické příznaky

Pro laktační psychózu bývají typické příznaky: pocity insuficience (selhání, neschopnost plnění), pocity neschopnosti postarat se o dítě, sklon k sociální izolaci, pocity bezmoci a beznaděje, katastrofické obavy z budoucnosti, ztráta předchozích zájmů, nechutenství, nebo naopak přejídání se. Smutná nálada nebývá zpočátku v popředí. Převládají pocity vyčerpání, únavy, autoakuzace (sebeobviňování), úzkost (Herman, Praško, Seifertová, 2007).

Poporodní psychózy jsou dle Krügera (in Dörner, 1999) v 50% schizofrenní, v 25% deprezivní, v 25% smíšené psychózy. Začínají většinou 10. den po porodu, kdy je matka propuštěna do své nové mateřské role. Psychóza nejčastěji postihuje prvorodičky.

Všichni zdravotníci, ženy, ale i jejich rodiny by měli být schopni identifikovat příznaky a symptomy této potencionálně devastující nemoci a obrátit se na odborníka (Nonacs, 2006).

U žen s laktační psychózou se vyskytují myšlenky na sebevražedné myšlenky nebo myšlenky na recidivu. Avšak vražedné chování se u těchto žen vyskytuje zřídka. Na tisíc žen spadají dvě dokončené sebevraždy. O větším riziku se mluví ohledně kognitivní pomatenosti, kdy matka může zanedbávat svoje dítě nebo používat nebezpečné postupy (Sit, Rothschild, Wisner in Journal of Women's Health, 2006).

2.2.3 Rizikové faktory

Rizikových faktorů, které způsobují laktační psychózu, je mnoho. Existuje bio-psycho-sociální model.

Mezi biologický faktor, který způsobuje poporodní psychózu, je dědičnost z matky na dítě (Nonacs, 2006). Psychiatr Boháč mi tento jev na konzultacích potvrdil. Avšak riziko dědičnosti se vyskytuje v míře kolem 10% – 20%.

Psychologickými faktory mohou být schizofrenie nebo bipolární porucha před samotným těhotenstvím. Žena trpící bipolární poruchou může mít riziko rozvinutí nemoci až třicetkrát vyšší než žena bez psychiatrického onemocnění (Nonacs, 2006).

Do sociálních faktorů zahrnujeme ztíženou sociální situaci, nedostatečnou sociální podporu, problémy s partnerem nebo samotný těžký porod (Sit, Rothschild, Wisner in Journal of Women's Health, 2006).

2.2.4 Léčba

Samotná léčba poporodní psychózy nemusí být vždy stejná. To vše je způsobené nedostatkem studií a ohromným polem symptomů (Nonacs, 2006).

Rozlišujeme léčbu farmakologickou a nefarmakologickou. V první řadě uvažujeme o možnosti začít léčbu pomocí psychoterapie (Herman, Praško, Seifertová, 2007). Podle konzultací s psychiatrem Boháčem je však farmakologická léčba u tohoto typu psychiatrického onemocnění, kdy žena má zkreslené představy o sobě a o dítěti, nutná.

2.2.4.1 Interpersonální psychoterapie

Interpersonální psychoterapie (IPT) je krátkodobá terapie zaměřující se na současné vztahy. Při práci s pacientkou se pozornost soustřeďuje na změny v interpersonálních rolích – adaptace na dítě, nové úkoly, nová partnerská situace. Omezené sociální kontakty a aktivity se mohou projevit ve zhoršené sociální výkonnosti (Herman, Praško, Seifertová, 2007).

Tento druh terapie vede pacienta k objevení a pochopení souvislostí mezi jeho symptomy a interpersonálními vztahy k poznání, jak se na problémových, konfliktních nebo traumatizujících vztazích podílí sám svými vlastními postoji (Kratochvíl, 2006).

2.2.4.2 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) se zaměřuje na vztah mezi prožíváním pacientky (myšlení, postoje, chování) a prostředím (Herman, Praško, Seifertová, 2007).

KBT vychází z přesvědčení, že vzorce chování jsou reakcemi naučenými, které je možné vhodnými technikami změnit. Základním předpokladem pro využití KBT je pečlivé zpracování behaviorální analýzy (Stárková in Psychiatrie pro praxi, 2002).

Existuje Česká společnost kognitivně behaviorální terapie (ČSKBT), která sdružuje asi 90 terapeutů z celé České republiky. Na jejich internetových stránkách je uveden adresář všech jejích členů (Česká společnost KBT, 2011 [online]).

Hlavním cílem terapie depresivních poruch je potlačení symptomů, navrácení funkčních schopností (pracovních i psychosociálních) do úrovně před začátkem nemoci a minimalizace rizika vzniku relapsu či recidivy onemocnění. Léčbu lze dělit do několika základních etap:

- a) akutní (6 – 12 týdnů),
- b) pokračovací (4 – 9 měsíců),
- c) udržovací (více let).

Průběh depresivní epizody a její léčby obvykle trvá 1 – 3 týdny (Raboch, Pavlovský, 2008).

2.2.4.3 Farmakoterapie

Léčba pomocí farmak se používá v souvislosti s psychotickými problémy (halucinace, bludy), ale i pomoci ženě s insomnií – nespavostí (Nonacs, 2006).

Léčba psychofarmaky přináší pro lékaře dilema jako v případě ostatních farmak podávaných kojícím ženám (nebo těhotným). Na jedné straně je třeba zvážit rizika, která může podání léků přinést pro kojence (plod) a na druhé straně negativní následky na ženu či dítě. Alternativou se může stát psychoterapie. K léčbě psychofarmaky přistupujeme v situaci, kdy nelze použít alternativní (nefarmakologické) postupy. Vysazení nebo naopak nepodání

farmak může matce způsobit relaps nebo zhoršení celkového stavu onemocnění (Herman, Praško, Seifertová, 2007).

Přetrvávajícím mýtem se stává, že po průběh tohoto onemocnění dochází k zástavě sekrece mléka, kdy by mělo dojít ke zlepšování stavu. Zástava laktace není uvedena jako specifická léčba poporodních psychóz v učebnicích psychiatrie. Kojení se může zastavit z organizačních důvodů nebo pro přestup léků do mléka (Fait in Moderní babictví, 2008). Podle konzultací s psychiatrem Boháčem se však tento postup používá spíše kvůli zástavě hormonu prolaktinu a až v druhotném plánu je brán ohled vlivu negativního dopadu léků na dítě. V této době již existují takové léky, které dítě ohrožují minimálně. Podle Hermana (2007) se zástava laktace zvažuje v případě vysokých dávek léků.

Zlepšení pomocí farmak se objevuje během několika dnů či týdnů. Léky se užívají po dobu úplného vymizení všech symptomů (Nonacs, 2006).

Dle Faita (in Čepický, Černá, 2008) může mít preventivní zástava laktace negativní vliv na psychiku ženy.

2.2.5 Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) je výsledkem Světové zdravotnické organizace (WHO), na které se podílela řada odborníků, komisí a konferencí na mezinárodní i národní úrovni (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [online], 2008).

V páté kapitole MKN-10 nazvané: Poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99) se objevuje zcela nová kategorie F53: Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím. Její zařazení vzniklo z potřeby rozvojových zemí pro shromáždění bližších údajů o poporodních duševních poruchách, které nelze blíže specifikovat. Avšak významná část poporodních duševních poruch může být klasifikována i v jiných kategoriích. Klinický obraz poporodní psychózy lze jen zřídka odlišit od afektivních poruch nebo schizofrenie (Smolík, 2002).

3 SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE

Závěrečná kapitola sociální psychiatrie pojednává o poměrně novém oboru, který se u nás rozšířil v průběhu 60. – 70. let a zaměřuje se na pomoc duševně nemocným lidem prostřednictvím zdravotnických a sociálních pracovníků. Tuto kapitolu jsem zde zařadila jako formu pomoci ženám s poporodní psychózou. Termín sociální psychiatrie poprvé použil v roce 1917 E. E. Southard ve své monografii *Mental Hygiene*. K rozvoji oboru došlo až ve druhé polovině 20. století. Sociální psychiatrie se zaměřuje na sociální faktory při vzniku, průběhu i léčení onemocnění a rehabilitaci psychických poruch. Do oblasti sociální psychiatrie spadá psychiatrická epidemiologie, dlouhodobé mezioborové studium jednotlivce, koncepce péče o osoby s psychiatrickými poruchami včetně realizace, organizace center duševního zdraví, psychosociální služby a komunitní psychiatrická péče - denní sanatoria, kliniky, chráněné dílny, bydlení, kluby a jiné (Bouček in Raboch, Zvolský, 2001).

Dle Leffa (in Morgan, Bhugra, 2010) se sociální psychiatrie zabývá dopady sociálního prostředí na duševní zdraví jedince a vliv na jeho sociální prostředí.

Pojem byl zaveden v souvislosti s tehdejšími zjištěními užitečnosti sociálních pracovníků v péči o jedince s duševní poruchou. Později tento pojem nabyl širšího významu. Jednalo se o obor, který kladl důraz na účast sociálních faktorů při vzniku nemoci, průběhu léčení a rehabilitace duševních poruch. Tyto poznatky se sociální psychiatrie snažila uplatňovat v praxi. U nás její vliv vrcholil v 60. – 70. letech (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

3.1 Stacionární psychiatrická péče

Cílem moderní psychiatrie je převedení lůžkového zařízení psychiatrické léčebny do zařízení s menším počtem lůžek. Po odeznění aktuální psychózy se doporučuje zahájit proces rehabilitace, který v zásadě sleduje navrácení sociálních dovedností u pacienta a umožňuje jeho zařazení do sociální sítě (Bouček in Raboch, Zvolský, 2001).

Považovalo se za prokázané, že neklid a útočnost pacientů s psychiatrickým onemocněním jsou způsobeny nebo stupňovány zcela nepřirozeným omezením v pohybu, často navíc v malém prostoru (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

3.2 Ambulantní psychiatrická péče

Psychosociální služba umožňuje podpůrnou pomoc pro chronicky nemocné či duševně postižené. Spektrum činností sociálně psychiatrickou službou duševně nemocných se rozprostírá od hospitalizační péče, ambulantní činnosti, krizovou intervencí až po práci s příbuznými pacienty a dalšími sociálně rehabilitačními opatřeními (Raboch, Zvolský, 2001).

3.3 Komplementární psychiatrická péče

Komplementární psychiatrická péče zahrnuje několik dalších služeb, které dbají důraz na mimoústavní péče. Patří sem denní a noční sanatoria, částečná hospitalizace, chráněné dílny, pracovní tréninková centra, chráněná místa, chráněné bydlení, bytové komunity a socioterapeutické kluby.

3.3.1 Denní a noční sanatoria

Tato zařízení slouží k překlenutí mezi pobytem v psychiatrickém zařízení a samostatným pobytem v psychiatrickém zařízení. Jedná se o zařízení, kde se s klientem pracuje na základě terapeutických časových programů, které jsou natolik zajímavé a přínosné, že se klient neustále do zařízení navrácí. V běžné praxi jde o klienty, u nichž je z mnoha různých důvodů celodenní pobyt v psychiatrickém zařízení nemožný a stacionární péče není nutná (Bouček in Raboch, Zvolský, 2001).

3.3.2 Částečná hospitalizace

Klienti si ponechávají větší díl soběstačnosti a sociálních kontaktů. Je zde vyžadována jejich vlastní iniciativa (Bouček in Raboch, Zvolský, 2001).

3.3.3 Chráněné dílny, pracovní tréninková centra, chráněná místa

Společným cílem těchto zařízení je naučit pacienty pravidelnosti v docházce a pracovních návycích. Pravidelný kontakt s pracovníky by měl zabránit vzrůstající a prohlubující se sociální izolaci. Provádí se zde trénink dovedností s cílem návratu do pracovního procesu. V neposlední řadě je úkolem organizace zvyšování sebeúcty pacientů, zvyšování sebedůvěry ve vlastní schopnosti a zvyšování vlastního sebevědomí (Bouček in Raboch, Zvolský, 2001).

3.3.4 Chráněné bydlení, bytové komunity

Dle Boučka (in Raboch, Zvolský, 2001) chráněné bydlení a bytové komunity zajišťují bydlení pro pacienty, kteří nemají vlastní rodinu, nemají vlastní byt či nemohou zvládnout samostatné bydlení.

3.3.5 Socioterapeutické kluby

Umožňují pravidelný kontakt se stejně postiženými v neformálním prostředí s možností využití volného času, společné návštěvy kulturních a sportovních akcí, společné výlety a podobně. Toto všechno přispívá ke zvýšení sociability, snížení sociální izolace a zvýšení kvality těchto duševně nemocných klientů (Bouček in Raboch, Zvolský, 2001).

3.4 Specifické problémy psychiatrické první pomoci

V této kapitole uvádím specifické problémy psychiatrické pomoci, kterými jsou podle Duška a Večeřové – Procházkové (2005) readaptace, sociální problémy a zdravotní výchova společnosti.

3.4.1 Readaptace

Po propuštění z lůžkového zařízení může dojít k porušení adaptace na běžný život. Hospitalizační péče klade důraz na samostatnost, zodpovědnost a schopnost organizovat čas. Přesto řada pacientů po propuštění do běžného života zareaguje zhoršením stavu. V tomto směru vykazují pacientům dobrou službu denní sanatoria, která umožňují kontakt v rámci společenství lidí s duševními problémy (Dušek, Večeřová – Procházková, 2005).

3.4.2 Sociální problémy

Jeden z problémů může nastat přímo v rodině, kdy dochází k sebeobviňování za stav nemocného. Členové se pak chovají, jakože se nic nestalo a že oni za to nemohou. Pacient je poučen na několika hodinách psychoterapie. Obvykle zjišťuje, že jeho dětství nemuselo být ideální a některé způsoby chování, které mu aktuálně komplikují život, vznikly právě na základě výchovy těmito rodiči či během společného soužití s partnerem. K této zátěži se často přidává odpor a obavy z psychiatrické stigmatizace okolí. Pacienti obtížně hledají zaměstnání, partnery i přátelé. Toto chování vede k nevhodnému ukončování spolupráce s odborníky, nevhodnému hospodaření s vlastní energií, vyčerpáním a následnou rehospitalizací. Pokud se jedná o pacienta/pacientku s duševní poruchou vyžadující dlouhodobou

nebo celoživotní pomoc, podporuje se jeho maximální soběstačnost, autonomie a zapojení se do sociálního systému. Odborníci pracují s rodinou ve smyslu podpory klienta (Dušek, Večeřová – Procházková, 2005).

3.4.3 Zdravotní výchova veřejnosti

Změna postojů by měla zahrnovat změnu zdravých občanů k duševně nemocným. Předpokladem je, aby každý jedinec měl dostatečné informace o duševním zdraví, duševních poruchách a o terapeutických možnostech v psychiatrii. Mezi důležité úkony sociálně orientované psychiatrie patří práce s veřejností. Žádná medicínská disciplína se tak nemusí intenzivně utkávat s předsudky jako psychiatrie. Zdrojem těchto předsudků je nevědomost, nejistota a úzkost. Společnost nemůže přenechat péči o duševně nemocné na bedrech institucí, tak jako jim přenechává péči o výchovu dětí, boj proti kriminalitě nebo proti závislostem (Dušek, Večeřová – Procházková, 2005). Je zde nezbytná účast celé společnosti na přijetí veřejné odpovědnosti za úroveň zdravotně sociální péče o všechny občany s psychickými poruchami (Raboch, Zvolský, 2001).

3.5 Horizont Zlín

Horizont Zlín je zařízení sociální rehabilitace. Posláním Horizontu je podpora a pomoc dospělým lidem s duševním onemocněním znovu využít vlastní síly k naplnění života v oblasti zájmů, vztahu i pracovního uplatnění.

Horizont Zlín jsem si vybrala právě proto, že je to jedno z mála zařízení, které se věnuje lidem s duševním onemocněním ve Zlínském kraji a kde bych mohla vykonávat praxi, popřípadě kde bych mohla v budoucnu pracovat.

Cílem tohoto zařízení je:

- podporovat klienta při naplňování volného času, zlepšování vztahů s rodinou,
- podpora a rozvíjení silných stránek uživatele,
- podpora při vzdělávání,
- podpora při hledání smyslu svého života,
- naučit se žít se svojí nemocí,
- hájit práva uživatelů a další.

Tato služba je poskytována klientům od 18 let s duševním onemocněním, kteří jsou ve fázi stabilizovaného stavu duševní nemoci. Úhrada za služby, které zařízení vykonává, jsou bezplatné.

Nabízenými programy se mohou stát: psychosociální činnosti, vzdělávací programy, pracovní terapie a rehabilitace, volnočasové aktivity a sociální poradenství.

Součástí Horizontu je i terénní služba, která je poskytována vždy v určité dny.

Horizont spadá pod organizaci **Centrum služeb postiženým Zlín**, která je nestátní neziskovou organizací. Tato společnost vznikla v roce 1996. Hlavní činností je poskytování sociálních služeb lidem se zdravotním postižením. Dalšími organizacemi pro duševně nemocné je Horizont Kroměříž (CSP Zlín, [online], 2011).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zdali se liší úroveň sebepojetí u žen s laktační psychózou a u žen bez psychiatrického onemocnění. Z toho vyplývá výzkumná otázka: *Je úroveň sebepojetí u žen s laktační psychózou nižší než u žen bez psychiatrického onemocnění?*

Ve výzkumu předpokládám, že matky s tímto typem psychiatrického onemocnění mají sníženou úroveň sebepojetí než ženy bez psychiatrického onemocnění.

4.1.1 Dílčí cíle

Cíl, který jsem si stanovila je široký. Nevypovídá o tom, jakou část sebepojetí hodlám zkoumat. Proto jsem ho dál konkretizovala v podobě následujících dílčích cílů:

- ✓ *Mají ženy s laktační psychózou nižší tělesné sebepojetí než ženy bez psychiatrického onemocnění?*
- ✓ *Mají ženy s laktační psychózou nižší sebepojetí v oblasti osobní identity než ženy bez psychiatrického onemocnění?*
- ✓ *Mají ženy s laktační psychózou nižší sebepojetí v oblasti sociální role matky než ženy bez psychiatrického onemocnění?*

4.2 Výzkumný problém

Výzkumný problém byl zformulován jako vymezení úrovně sebepojetí ženy s laktační psychózou a ženy bez psychiatrického onemocnění v roli matky.

4.3 Druh výzkumu a metoda sběru dat

Vzhledem k povaze výzkumné otázky jsem zvolila **kvalitativně orientovaný výzkum**. Usiluji o proniknutí do problematiky a hloubkový popis vztahu žen k vlastnímu sebepojetí. Snažím se o konkrétní analýzu prostředí matky v oblasti tělesného sebepojetí, sebepojetí sociální identity a sociální role. „*Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 11). Gavora (2000) popisuje kvalitativně orientovaný výzkum jako snahu o sblížení se zkoumanými osobami, o proniknutí do situací, ve kterých vystupují, protože jen tak jim může výzkumník rozumět a popsat je.

Tento druh výzkumu jsem volila hned z několika důvodů. Práce s matkami s tímto typem psychiatrického onemocnění mě omezovala ve výběru vzorku, který jsem mohla použít ve své práci. Toto onemocnění se vyskytuje méně často, proto bylo vyloučeno hned na začátku použití kvantitativní metody sběru dat. Dalším faktorem byla citlivá problematika v oblasti života těchto žen. Dvě ženy, které jsem kontaktovala pro svůj výzkum, mi účast nepotvrdily, protože skrývají před vnějším okolím, že touto nemocí prošly a prožily hrůzné okamžiky. Zásadním rysem však shledávám hloubkovou analýzu dat. „*Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívající principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod*“ (Mioviský, 2006, s. 18).

Pro získání dat jsem si vybrala metodu **polostrukturovaného rozhovoru**. Pro Ferjenčíka (2000) představuje rozhovor zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat.

Metoda polostrukturovaného rozhovoru mi umožňuje přímý kontakt s dotazovanou, kdy v průběhu mohu zachytit neverbální signály a také mohu předcházet případným nedorozuměním v oblasti pokládání otázek.

Druhou metodou - doplňkovou, kterou jsem zvolila, bylo použití **numerické škály sebeposouzení**. Posuzovatel měl před sebou zakotvená bipolární adjektiva s řadou čísel, které charakterizovaly numerickou posuzovací škálu vlastností respondentky, která se stala předmětem výzkumu. Adjektiva jsem ukotvila na dvou protikladných pólech. Respondentka popisovala svůj postoj k charakterovým vlastnostem sebe sama na škále od 1 do 7. Hodnoty 1 a 7 představovaly maximální souhlas, hodnoty 2, 3, 5, 6 spíše souhlasný postoj a hodnota 4 zaujímala neutrální (nespecifický) postoj mezi pojmy opačného významu. Následně jsem numerickou škálu poskytla i pěti lidem z blízkého okolí matky. Pojmem „blízké okolí matky“ jsem si stanovila blízkou rodinu, přátelé nebo spolupracovníky, kteří vědí, jak se žena chová v roli matky, jaké má vlastnosti a jak se staví k práci v domácnosti. Výsledné škálování a předání výsledků proběhlo bez účasti dané respondentky, která by mohla škály nahlédnutím ohrozit. Blízkému okolí bylo sděleno, že daná škála bude před matkou uchována v tajnosti, tudíž dané data zajišťují větší objektivitu.

4.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor v mé práci představují ženy s psychiatrickým onemocněním a ženy bez psychiatrického onemocnění na základě společných znaků:

- věk,
- počet dětí v odpovídajícím stupni vývoje,
- vzdělání,
- váha,
- soužití ve společné domácnosti s partnerem, manželem nebo bez partnera.

Nejprve jsem zkoumala ženy s poporodní psychózou a na základě tohoto vzorku jsem k nim přidělovala ženy bez psychiatrického onemocnění se stejnými odpovídajícími znaky.

Pro přehlednost uvádím v tabulce č. 2 základní informace o jednotlivých respondentkách výzkumného souboru. Jména žen kvůli etickým otázkám byla pozměněna.

Tabulka 2 Složení výzkumného vzorku

Složení výzkumného vzorku								
Skupina	Jméno	Věk (let)	Laktační psychóza	Počet dětí	Věk dětí (let)	Vzdělání	Hmotnost (kg)	Stav
1.	Romana	44	Ano	2	17, 22	Vyučena	89	Rozvedená
	Lenka	45	Ne	2	16, 23	Vyučena	92	Rozvedená
2.	Jana	44	Ano	3	15,18,23	Střední s maturitou	81	Rozvedená
	Marie	44	Ne	3	17,23,25	Střední s maturitou	75	Vdova
3.	Blanka	35	Ano	2	2, 6	Střední s maturitou	92	Svobodná matka
	Anna	33	Ne	2	3, 6	Střední s maturitou	86	Svobodná matka

Pro výběr vzorku jsem použila metodu záměrného a účelného výběru. Kontaktovala jsem celkem 8 žen s porodní psychózou, z nichž 3 souhlasily s podílením se na výzkumu mé bakalářské práce. Dvě ženy se na podílení výzkumu odmítly zúčastnit, kvůli skrývání svého onemocnění; další žena se nezúčastnila z důvodu pracovní vytíženosti a poslední dvě

ženy nesplňovaly faktory onemocnění typu laktační psychóza. Jedna z nich měla diagnostikovanou obsedantně-kompulzivní poruchu a druhá schizofrenii.

Celkový vzorek tvořilo 6 respondentek – 3 ženy s laktační psychózou a 3 ženy bez psychiatrického onemocnění ve věku 33 – 46 let.

Všechny ženy s laktační psychózou se nacházejí ve fázi remise, kdy došlo k potlačení příznaků, ale nemoc je stále přítomna. Léčba probíhá farmakologickou cestou. V případě přerušení by došlo k relapsu onemocnění.

4.5 Průběh výzkumného šetření

Výzkum byl realizován v březnu a dubnu 2011. Každému rozhovoru předcházela telefonický nebo osobní kontakt, kde byly ženy seznámeny s daným výzkumem.

Stanovila jsem si 45 otázek, které jsem podle potřeby přesněji formulovala nebo rozšiřovala o další podotázky. Volba místa realizování rozhovoru byla přenechána na respondentce. Čtyři rozhovory se konaly v bydlíšti zkoumané osoby, jeden rozhovor byl realizován přes Skype, což je program, který umožňuje provozovat interview pomocí internetu a webové kamery. Poslední rozhovor se odehrával v kavárně. Délka byla individuální. Nejkratší trval dvacet čtyři minut a nejdelší padesát pět minut.

Před samotným rozhovorem byly respondentky seznámeny s cílem výzkumu a obsahem daného projektu. V první řadě jsem si před realizací rozhovoru potvrdila spolupráci na výzkumné části. V případě nahrávání rozhovoru jsem se dotazovala na souhlas. Zdůrazňovala jsem také anonymitu poskytnutých informací a vystupování pod fiktivním jménem. Při konci rozhovoru proběhlo zdůraznění anonymity poskytnutých údajů. Dva z rozhovorů byly nahrávány na diktafon. Jeden se nahrával v programu Kat MP3 Recorder. Neposkytuje však takovou kvalitu nahrávky jako diktafon.

S nahráváním souhlasily ve výzkumu tři ženy, z nichž dvě byly bez psychiatrického onemocnění, a jedna žena měla diagnostikovanou laktační psychózu.

4.6 Etika ve výzkumu

V rámci každého výzkumu by badatel měl zkoumat a řešit etické otázky.

Vybrala jsem několik zásadních etnických otázek podle Reichela (2009) v oblasti výzkumné práce a v oblasti práce s účastníky výzkumu:

1. Výzkumník nesmí ztrácet objektivní a citlivý náhled na danou problematiku.

Výzkumník musí přijmout takové informace, které nepodporují jeho původní představy. To vše souvisí s přijetím nebo odepřením hlavní hypotézy. I když výzkumníkovi se jeho hypotéza nepotvrdí, neměl by ztrácet hlavu, že selhal ve výzkumu. Upravování údajů se považuje za selhání výzkumníka především jako vědce, ale i jako osobnosti.

2. Osobní či jiné citlivé a důvěrné informace je výzkumník povinen zajistit proti zneužití a prozrazení.

Tato data, která byla v terénu sesbírána, by měla být bezpečně uložena. Veškeré informace z rozhovorů, které jsem nahrála v terénu, jsem si stáhla do počítače, do kterého mám přístup pod heslem pouze já. Z diktafonu pak tyto údaje byly ihned vymazány. Tím si myslím, že jsem si zajistila bezpečné uložení dat. Kdybych chtěla zacházet do extrémů a jednalo by se o velmi citlivá data, tak bych mohla použít i zaheslování složky. K tomuto činu jsem se však neuchýlila.

Na začátku rozhovorů bylo vždy zdůrazněno, že výzkumná data budou použita výhradně k výzkumným účelům mé bakalářské práce. Od respondentek jsem si vždy vyžadovala ústní souhlas o účasti na praktické části mé práce.

3. Výzkum nesmí v žádném případě jakkoliv ohrozit a poškodit zkoumané jedince fyzicky, psychicky, sociální a jinak.

Tento bod – především psychickou újmu – jsem v praxi dodržovala prohlášením: pokud bychom ve výzkumu s respondentkou narazily na otázku, která by byla citlivá nebo jiným způsobem pro ni degradující, tak na tuto otázku nemusí odpovídat. V praxi se mi to však nestalo. Respondentky odpověděly na vše, co jsem požadovala.

4. Osoba nesmí být zkoumána, pokud o tom neví nebo s tím nesouhlasí.

Souhlas jsem si vyžadovala ústně při počátcích rozhovoru. Vždy mi bylo vyhověno.

5. Zkoumanou osobu lze zařadit pouze na základě poučeného (informovaného) souhlasu.

Informovaný souhlas podpisem prohlášení po mě respondentky na základě seznámení s touto technikou nepožadovaly. Spokojila jsem se s pasivní formou – tedy zúčastněním se

na rozhovoru a vyplněním numerické škály sebesouzení. Vždy se jednalo o zletilé ženy, takže zde nebyl nutný souhlas zákonného zástupce nebo za ně odpovědných osob.

6. Zkoumaná osoba může kdykoliv od výzkumu svobodně odstoupit.

Tento bod jsem plně akceptovala. Jedna z respondentek s laktační psychózou mi přislíbila účast na výzkumu, ale vzhledem k pracovní vytíženosti od výzkumu svobodně odstoupila bez jakýchkoliv sankcí nebo dalších opatření.

7. Respektování anonymity zkoumané osoby.

Zachování identity zkoumané osoby byla vždy zdůrazněna na začátku i na konci rozhovoru. Reálná jména se ve výzkumu nevyskytují. Všechny respondentky vystupují pod jmény fiktivními.

8. Pokud zkoumaná osoba projeví zájem o výsledcích výzkumu, má právo být o nich informována.

S tímto právem se vyslovila jedna z respondentek s laktační psychózou a bude jí vyhověno po obhájení bakalářské práce.

5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

5.1 Zpracování dat rozhovorů

Prvním krokem bylo uvedení rozhovorů do písemné podoby (tj. transkripce), abych s nimi dále mohla pracovat. Při provádění doslovné transkripce jsem zachovávala dialekt.

Pro zpracování dat rozhovorů jsem zvolila metodu vytváření trsů. „*Metoda vytváření trsů slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd.*“ (Miovský, 2006, s. 221).

Před samotným rozborem rozhovorů jsem si stanovila tři základní oblasti zaměření, které jsem u sebepojetí žen s laktační psychózou a žen bez psychiatrického onemocnění zkoumala: tělesné sebepojetí, psychická identita a sociální identita. Nechala jsem se inspirovat od Vágnerové (2010), která tyto tři formy považuje za základní složky sebepojetí. Jednotlivé složky více rozebírám v kapitole 1.3.4.

Tělesné sebepojetí

Člověk ke svému tělu zaujímá určitý postoj. Na své tělo vědomě reaguje, určitým způsobem ho vnímá, pociťuje a hodnotí. Tento vztah může být negativního nebo pozitivního charakteru. Představa o svém vlastním těle může být leckdy zkreslená (Vágnerová, 2010). Pro člověka je důležité, aby vnímal své tělo takové jaké je, aby se s ním dokázal identifikovat (Sedláčková, 2009).

Je známá skutečnost, že mezi nemocnými se závažnými psychickými poruchami se vyskytuje obezita častěji než u zbytku populace. Přispívá k tomu psychofarmakologická léčba – hlavně antipsychotika a antidepresiva. Je zde řada mechanismů, které tato léčba způsobuje: zvýšení chuti k jídlu, touha po sladkém, změna aktivity serotoninových receptorů a tak dále (atd.). Depresivní nemocní vyžadující dlouhodobou antidepresivní léčbu, nesou vysoké riziko přírůstku hmotnosti, rizika kardiovaskulárního onemocnění, diabetu nebo předčasné úmrtnosti (Češková in Psychiatrie pro praxi, 2009).

Všechny ženy s laktační psychózou farmakologickou léčbu stále podstupují. Ve výzkumu jsem chtěla zjistit, zdali ženy s psychiatrickým onemocněním i přesto, že mají větší pravděpodobnost vyšší váhy, mají snížené sebepojetí než ženy bez psychiatrického onemocnění. Výzkum tělesného sebepojetí jsem nemohla pojmout komplexně, protože věřím, že žena, která váží 75 kg má jiné představy o sobě, než žena, která váží 90 kg. Stanovila jsem si jeden z prvních znaků a tím byla stejná váha.

Psychická identita

Psychické Já zahrnuje představu o sobě samém, o vlastní psychice. Jedinec zaujímá postoj ke svým pocitům a myšlenkám. Přijímá je nebo je odmítá jako součást svého Já (Vágnerová, 2010).

Sociální identita

Identifikace jedince s rolí, která je pro něj důležitá nebo ke které náleží (Vágnerová, 2010). Je podmíněna, jak se jedinci daří zvládat životní úkoly (Smékal, 2004). Pro můj výzkum jsem si vytyčila sociální identitu ženy jako matky.

Po opakovaném pročitání všech rozhovorů jsem použila metodu vytváření trsů. Ze stanovených oblastí zaměření mě vyplynuly kategorie, které byly stejné jako oblasti zaměření. Tyto kategorie jsem dále ještě rozebírala a vznikly mě další podkategorie:

A) Tělesné sebepojetí

1. Postoj ke svému vlastnímu tělu
2. Rozvoj tělesného sebepojetí ve smyslu zlepšování současného stavu
3. Péče o vlastní tělo
4. Ideál krásy

B) Psychická identita

1. Rozvoj psychické identity
2. Rozhodování
3. Psychické projevy

C) Sociální identita

1. Zvládání role matky
2. Hodnocení okolí
3. Hodnotová orientace

4. Přijetí role matky

Tyto kategorie vznikly na základě položených otázek, které byly pokládány při rozhovoru. Stanovení tří základních oblastí zaměření: tělesné sebepojetí, psychická identita a sociální role mě usnadnily orientaci v datech a zpřesnily proces utváření trsů. Po důkladném rozebrání rozhovorů jsem přešla na fázi komparace, kde jsem vždy srovnávala ženu s laktační psychózou a ženu bez psychiatrického onemocnění na základě společných znaků. Vznikly mě proto tři základní skupiny žen, které jsem dále analyzovala.

5.1.1 Vyhodnocení 1. skupiny

První skupinu tvořily Romana a Lenka.

Tabulka 3 Složení výzkumného vzorku první skupiny

Skupina	Jméno	Věk (let)	Laktační psychóza	Počet dětí	Věk dětí (let)	Vzdělání	Hmotnost (kg)	Stav
1.	Romana	44	Ano	2	17, 22	Vyučena	89	Rozvedená
	Lenka	45	Ne	2	16, 23	Vyučena	92	Rozvedená

Romaně (R) je 44 let. Laktační psychóza se u ní objevila při prvním porodu. Má dvě děti: syna 17 let a dceru ve věku 22 let. Romana je vyučena prodavačkou. Pochází z města do deseti tisíc obyvatel, kde také pracuje. Její tělesná hmotnost je 89 kg. Rozvedená.

Lence (L) je 45 let. Nemá žádné diagnostikové psychiatrické onemocnění. Má dvě dcery ve věku 16 a 23 let. Lenka je vyučena kuchařkou. Pochází z vesnice, která má okolo šesti set obyvatel, kde také pracuje. Její tělesná hmotnost je 92 kg. Rozvedená. Má partnera, který s ní však nesdílí společnou domácnost.

A. Tělesné sebepojetí

Romana byla před prvním porodem štíhlá, po porodu ještě více zhubla. Nabývat na váze začala až po druhém dítěti. Svůj vztah k tělu v průběhu laktační psychózy byl negativní, ale nyní se její postoj změnil na částečně pozitivní. „... po druhém porodu, potom za čtyři

roky jsem nabývala na váze... Dříve to bylo takový víc negativní a časem po té laktanční psychóze tak nějak se s tím srovnávám a dá se říct, že je to částečně pozitivní.“

Postoj k vlastnímu tělu byl negativní kvůli psychiatrickému onemocnění, postupem času se začal zlepšovat. Tělesné sebepojetí je však stále na nízké úrovni.

Změnu postavy dává za vinu lékům, ale také svým životním stylem. Je si vědoma pravidel, které kdyby dodržovala, tak by došlo k úbytku váhy. „... možná kdybych si třeba jídlo rozložila do více porcí, tak bych třeba určitě, možná dokážu nějaké to kilečko shodit... Stravuji se asi tak třikrát denně, což je velký problém díky zaměstnání a díky takový časový tísní.“

Kvůli své váze začala chodit na cvičení. Nekouří a nepije alkohol.

V rozvoji tělesného sebepojetí ve smyslu zlepšování současného stavu Romana neprokazuje výrazné zlepšování. Svoji váhu se snaží snižovat fyzickým cvičením. Přiblížením se k ideálu vysněné postavy nestačí pouze cvičit, ale také zdravěji jíst. Romana si je vědoma, že nedodrhuje zdravou stravu, která by ji mohla postavu pozměnit.

O svoje tělo pečuje každý den. Důraz dává taky na svoji přirozenou stránku. „*Myslím si, že jsem přirozená... k holičce chodím tak jednou za dva měsíce, kosmetičku jsem navštívila jednou. Jinak pečuji o své tělo sama.*“ Podle ní mají štíhlý lidé jiné postoj ke své postavě.

Péče o vlastní tělo neprobíhá přehnaně. Romana na druhou stranu svoje tělo nezanebává.

Definovanou ideální postavu však nemá. „*Určitě štíhlí lidi to mají jednodušší nebo si myslím, že to mají jednodušší.*“ Operativního zákroku kvůli vylepšení postavy se vyhýbá. „*Zase tak nespokojená se svým tělem nejsem.*“

Ideální postavu Romana nemá přesně definovanou. Říká však, že štíhlí lidé to mají jednodušší. Mohu z toho usoudit, že sama chce být štíhlá a mít to v mnoha ohledech zjednodušené.

Lenka před prvním porodem vážila 75 kg a se svojí váhou neměla problémy. Ty však nastaly po porodu, kdy nabrala několik kilogramů a její váha se vyšplhala o 15 kg více. V průběhu mateřství začala ještě přibírat, protože neměla na jídlo čas a stravovala se pouze dvakrát denně. „...*nabrala jsem postupem po prvním porodu... myslela jsem si, že to postupem těhotenství ty kila shodím, ale naopak... stravovala jsem se na rychlo a jednom*

dvakrát denně. Na cvičení nebyl čas. “ Její negativní vztah k tělu stále převládá. Svoje tělo se snaží zakrývat do volnějšího tmavšího oblečení. „...kvůli váze převažuje negativní vztah k mému tělu.... Vybírám si spíše tmavší barvy, které zeštíhlují.“ Její tělo jí mnohokrát zapříčinilo špatnou náladu. Od pocitu k pohrdání svým tělem má podle jejích slov blízko. *„...většinou, když se chystám na sraz a chci si obléci něco slušnějšího a nemůžu se do toho vejít, tak jsem vzteky bez sebe... (pohrdání) popravdě k tomu nemám moc daleko. Ještě pár kilo navíc a možná se to stane.“*

Postoj k vlastnímu tělu je silně negativní, který hraničí až s pohrdáním.

Se svým tělem není spokojená, ale také ho nezlepšuje. Nesportuje a zdravou životosprávu nedodržuje. O plastické operaci, která by jí zlepšila její tělo, nikdy neuvažovala, hlavně kvůli finančním prostředkům. *„Nesportuji. Skoro vůbec. Jezdím akorát do práce na kole, ale je to jenom kousek... Mám ráda maso a uzeniny, ale snažím se taky kupovat i zeleninu... (plastická operace) nemám na to ani finanční prostředky. Kdybych je měla, tak je utratím za něco jiného.“*

K rozvoji tělesného sebepojetí u Lenky nedochází. Nesportuje, ani zdravě nejí.

Důraz pokládá na svoji přirozenost. Ke kadeřnici chodí nepravidelně a nelíbí se vůbec. *„Jsem spíše přirozenější typ.“*

V péči o vlastní tělo nemá přehnanou starost. Důraz dává na svoji přirozenou stránku.

Ideální postava dle jejího vkusu by měla být svalnatější formy. *„Líbí se mi vysportovaná postava. Vytvarovaná stehna a hlavně vytvarované ruce. Do toho já mám daleko.“*

Ideál krásy je jí dle jejích slov vzdálený.

Komparace tělesného sebepojetí Romany a Lenky:

Romana i přes svoji onemocnění, která dává částečně za vinu svému vzhledu, také ví, že kdyby zlepšila svoje stravovací návyky, tak by docílila viditelnějšího efektu. I přes svoje váhové sebepojetí se snaží dodržovat správný životní styl a cvičí. Spokojenost se svým tělem tolik nevnímá, i když si myslí, že štíhlí lidé to mají v životě jednodušší. Postoj k vlastnímu tělu je částečně pozitivní. V péči o vlastní tělo je důraznější než Lenka.

Lenka dává důraz na svoji přirozenost. Má problémy s váhou, které hraničí až s pohrdáním tělesného sebepojetí. Přes svoji vysokou váhu nedodrží zdravou životosprávu a vůbec nesportuje. Do svého ideálu postavy má podle svých slov daleko. Postoj ke svému tělu je negativní. Rozvoj tělesného sebepojetí je fázi stagnace. V péči o tělo je *Lenka* nedbalá.

B. Psychická identita

V této kategorii jsem se zabírala tím, jakou mají ženy představu o sobě samých o své psychice, svých pocitech, myšlenkách i postojích.

Romana sebe umí pochválit, ale nevyslovuje to nahlas. „*V duši si to říkám často.*“ Za základní životní cíl *Romana* má vychovat své děti. Pocity a zážitky si hodně uchovává v sobě, ale s některými se však svěřuje okolí. „*Veškeré zážitky si hodně ukládám ke svému srdci a s některými se svěřuji svému okolí.*“

Rozvoj své psychické identity *Romana* v rámci sebechvály naplňuje. Umí sebe sama pochválit. Má i pevně stanovené cíle, které mohou psychickou identitu regulovat. Bez stanoveného cíle člověk pouze proplouvá životem. Svoje pocity *Romana* uchovává v sobě.

V rozhodování spoléhá nejvíce na sestru, v druhé fázi na sebe. „*Důležité rozhodnutí ji zabere více času. „... dlouho a dlouho, než se pro něco rozhodnu.... víc o věci přemýšlím, než se rychle rozhodnu.*“

V rozhodování se spoléhá na svoji sestru, až ve druhé fázi na sebe, což může znamenat, že se bojí odpovědnosti za svá rozhodnutí.

Své nálady má pod kontrolou, pokud nedojde k lítostivému období. „*Pokud dojde k nějaké lítosti, tak určitě je to doba, kdy potřebuju tak nějak se z toho dostat.*“

Psychické projevy jsou relativně pod kontrolou, ale mohou se oslabit, pokud dojde na určité lítostivé období. Pak se odpovědnost za dané rozpoložení zmírní.

Lenka se umí pochválit, přesto to nedělá často. „*Ano, umím se pochválit. Nedělám to moc často, ale umím to a dělám to.*“ Za základní životní cíl považuje výchovu dětí, která se jí

daří částečně. Lenka sděluje pocity nebo zážitky převážně sobě. „*Ráda je sděluji, pokud je komu, ale převážně si je nechávám u sebe, ve své hlavě. Tam si je třídím.*“

Rozvoj psychické identity Lenka vykonává, avšak ne v takovém měřítku jako Romana. Proces sebechvály naplňuje. Má také stanovený základní cíl. Se svými pocity se ráda svěřuje, avšak převážnou část z nich si uchovává u sebe.

V rozhodování se spoléhá hlavně sama na sebe a rozhoduje se delší čas – až několik týdnů. „*Spoléhám se na sebe. Jak už se kolikrát ukázalo, tak se mi to hodně vyplácí.*“

V procesu rozhodování se spoléhá hlavně na sebe.

Lenka je hodně impulzivní a často jedná jinak, než by si představovala. „*Někdy třeba vybuchnu, a pak mě to mrzí, ale že bych byla jako zbavená všech smyslů, tak to ne.*“

Svoje psychické projevy Lenka neovládá a často jedná jinak, než očekává.

Komparace psychické identity:

Romana umí sebe sama pochválit, ale nedělá to často a neprovádí to nahlas. Svoje nálady zvládá, pokud nedojde na litostivé období. Za základní cíl považuje výchovu svých dětí. V rozhodování nejedná za svoji osobu, ale dává důraz na názor sestry. Na rozmyšlenou potřebuje delší čas.

Lenka umí sebe sama pochválit, ale neprovádí to mnohokrát. Ve svých náladách je impulzivní a mnohdy jedná jinak, než by si představovala. Za základní cíl považuje výchovu svých dětí. Vyslovení pocitu nebo zážitku blízkému okolí projevila stejně jako Romana introvertní stav. Zážitky, pocity si obě nechávají pro sebe. Lenka se rozhoduje sama a potřebuje k tomu delší časový úsek.

C. Sociální identita

Ve výzkumu této části jsem se zaměřila na sociální identitu ženy jako matky a s tím spojené hodnoty této role.

Romana shledává nejtěžší na práci matky komunikaci s dětmi. V práci v domácnosti se hodnotí číslem sedm. „*...člověk se někdy cítí unavený a musí si odpočinout, někdy ta energie chybí. Druhý den nebo po vyspání se to zase změní a zpátky to doženu.*“

Zvládání role matky v domácnosti si Romana přiděluje hodnotu sedm.

V případě, že by někdo nazval Romanu neschopnou matkou, tak by toho hodnocení nepřijala, protože se domnívá, že je dobrou matkou. „*Já si stojím za tím, že neschopná matka nejsem. S tím problémem nemám.*“

Pro jedince jsou důležité i názory ostatních. Romana negativní hodnocení okolí nepřijímá, protože si stojí za tím, že je dobrou matkou. Pevně si trvá na svém názoru.

Pojem rodinné štěstí chápe jako celou rodinu. I když je rozvedená a domácnost sdílí s dětmi, tak si myslí, že spadá do kategorie rodiny, která prožívá rodinné štěstí. „*... jsou takový období v životě takový ty hezčí a někdy takový horší a člověk se s tím musí vyrovnat.*“

Hodnotová orientace je souhrnem názorů a postojů k různým skutečnostem. Romana dokázala definovat pojem rodinné štěstí a sama určila, že rodinné štěstí prožívá.

Život bez dětí si nedokáže představit. „*To by mně strašně chybělo.*“ V dobách, kdy byla hospitalizována, tak pro svoje děti nebyla oporou. Nyní, když je její stav stabilizovaný, tak se cítí být oporou pro svoje děti. „*Byly situace, když jsem byla hospitalizovaná, tak jsem si říkala, že určitě oporou nejsem, ale jinak jo... Když mě převezli po porodu do psychiatrické léčebny, tak to bylo nejhorší období mého života, kdy jsem musela opustit svoji dceru.*“

Romana dokázala přijmout roli matky. Život bez dětí si nedokáže představit.

Lenka shledává nejtěžší na práci matky samotnou výchovu. „*Nikdy to totiž není to, co jste si představovala. Ani se nenadějete a děti vyrostou a vy zůstanete sami... Na druhou stranu jsem ráda, že už jsou odrostlé a nemám takové starosti. Zato přibyly ale další... Výchova je ta nejtěžší část.*“ Práci v domácnosti se hodnotí Lenka na pětku. „*Nemyslím si, že bych nějak vynikala, ale taky si myslím, že v tom, co dělám, nejsem úplně nejhorší.*“ Nejistá se v domácnosti cítí ve vaření, naopak ji baví žehlení a zavařování. „*Rodina a nejbližší okolí si zvyklo, že je nezvu na oběd.*“

Zvládání role matky v domácnosti si Lenka přiděluje známku pět.

Kdyby jí někdo nezval neschopnou matkou, tak by se proti tomu ohradila. Za neschopnou matku se nepovažuje. V případě pádně podaného důvodu by si svoji roli snažila změnit.

„Když to někdo řekl, tak k tomu měl nějaký pádný důvod, tak bych si to třeba vzala k srdci a snažila bych se to zlepšit.“

Proti negativnímu hodnocení okolí se staví odmítavě. Když jí někdo něco vytkne, tak se to snaží změnit.

Pojem rodinné štěstí je pro ni rodina šťastná, zdravá a spokojená. Rodinné štěstí prožívá, ale zdůrazňuje potřebu materialismu. *„Mohlo by to být lepší. Třeba po té finanční spokojenosti.“*

Hodnotová orientaci je jasně daná. Lenka dokázala definovat pojem rodinné štěstí. Myslí si, že rodinné štěstí prožívá.

Děti bere jako součást života, který by si bez nich nedokázala představit. *„Děti mi můj život oživují. Ani si ho bez dětí nedokážu představit.“* Podporu pro děti se snaží zastat, když k ní přijdou s nějakým problémem, avšak není si v této funkci dostatečně jistá. *„Nevím, jestli jsem pro ně zrovna vzornou matkou po všech stránkách, ale snažím se, aby když mají nějaký problém, tak aby se s ním na mě obrátili.“*

Lenka přijala roli matky, avšak si není plně jistá svoji podporou svých dětí. Život bez nich si nedokáže představit.

Komparace sociální identity:

Romana na práci matky shledává nejtěžší komunikaci s dětmi. **Lenka** samotnou výchovu. *Romana se hodnotí v domácnosti sedmičkou. V případě, že odpočívá a práci nedodělá, tak se snaží po odpočinku následně všechnu práci dohnat. Lenka se hodnotí nižší známkou pětkou. Nemyslí si, že v práci vyniká, ale není v tom, co dělá nejhorší. Hodnocení okolí sociální role matky nemá na Romanu vliv. Nemyslí si o sobě, že je špatná matka. Lenka se proti negativnímu hodnocení staví útočně. Pokud by k tomu však někdo měl pádný důvod, tak by se snažila svoji roli zlepšovat. Obě ženy prožívají rodinné štěstí. Ani jedna si nedokáže představit svůj život bez dětí. Obě se s rolí matky ztotožňují. Lenka si svoji role podpory pro děti není jistá. Romana nebyla podporou pro děti, když byla hospitalizována. Nyní už si myslí, že podporu pro svoje děti zastává.*

5.1.2 Vyhodnocení 2. skupiny

Druhou skupinu tvořila Jana a Marie.

Tabulka 4 Složení výzkumného vzorku druhé skupiny

Skupina	Jméno	Věk (let)	Laktační psychóza	Počet dětí	Věk dětí (let)	Vzdělání	Hmotnost (kg)	Stav
2.	Jana	44	Ano	3	15,18,23	Střední s maturitou	81	Rozvedená
	Marie	44	Ne	3	17,23,25	Střední s maturitou	75	Vdova

Janě je 44 let. Laktační psychóza se u ní objevila při druhém porodu. Má tři děti: dceru 15 let, syna 18 let a syna 23 let. Jana se zabývá léčitelstvím. Má vystudovanou střední školu s maturitou. Pochází z vesnice do devíti set obyvatel. Pracuje převážně doma, kde má také poradnu pro ženy, které prožily podobné zážitky jako ona. Její tělesná hmotnost je 81 kg. Rozvedená.

Marie je 44 let. Má tři syny ve věku: 17, 23 a 25 let. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu s maturitou. Pochází z města do dvanácti tisíc obyvatel. Její tělesná hmotnost je 75 kg. Vdova. Partnera má, ale nesdílí s ním společnou domácnost.

A. Tělesné sebepojetí

Jana před prvním porodem vážila 65 kg. Se svojí postavou spokojená nebyla hlavně kvůli prsům. Po porodu se jí postava zhoršila. Přibýlo jí několik kilogramů. Dávala to za vinu dítěti i manželovi. „*Před prvním porodem jsem neměla ideální postavu a v pubertě mi chyběly hlavně prsa.... Po prvním porodu mi zbylo 20 kg, takže jsem svoje tělo nenáviděla a dávala to samozřejmě za vinu dítěti i manželovi.*“ Ke svému tělu jí stále převládá negativismus, s věkem přichází smíření. S nedostatky na těle se smiřuje spirituální cestou. „*Snažím se meditovat a vysvětlovat si, že je to můj osud a moje cesta a říkat si, že hodnota těla je pomíjivá a jsou důležitější hodnoty – spokojenost moje i rodiny, přátelé, láska, apod. Spíše se snažím posilovat ducha – seance, meditace, kartárka, přednáška, apod.*“ Svým tělem Jana dříve pohrdala kvůli hodnocení okolí. O zlepšení těla plastickou operací uvažovala dříve. Nyní to pokládá za riziko pro tělo spíše než za přínos. Znovu potvrzuje smíření se svým tělem s postupem věku. „*Dříve snad možná, nyní už ne, protože každá*

operace je větším rizikem pro tělo než přínosem a co není nutností, není dobré řezat. S postupem věku a smíření se svým tělem jsem všechna vylepšení těla rozhodně zavrhlá.“

Postoj k vlastnímu tělu spíše převládá negativní, postupem věku dochází pomalu ke smíření.

Snaží se dodržovat zdravou životosprávu, ale jí pouze třikrát denně. Večeří kolem osmé hodiny. Dodržuje pravidelný pitný režim. Nesportuje pravidelně. Chodí na procházky nebo běhá. „... vyjdu na procházky pro přírody, a pokud to jde, tak si zaběhám...“

Rozvoj tělesného sebepojetí ve smyslu zlepšování se Jana snaží zabezpečit zdravou životosprávou. Nesportuje pravidelně.

Péče o svoje tělo to podle svých slov nepřehání, avšak používá velmi kvalitní hydratační krémy a minimálně jednou za měsíc chodí na masáž.

V péči o vlastní tělo se snaží používat kvalitní kosmetiku, chodí také na masáže.

Ideální postavu vidí vyšší než sebe a s většími prsy. Zde se může projevat komplex z puberty, kdy žádná prsa neměla. „U žen se mi líbí ženská postava tak akorát – oblé boky, výška okolo 175 cm, větší prsa.“

Ideál krásy je podle Jany žena s normální postavou a většími prsy.

Marie měla zamlada hezkou a pevnou postavu. Po prvním porodu přibrala šestnáct kilogramů. I přesto se sebou byla spokojená. Těhotenství si užívala. Důraz kladla na zdraví dítěte před svojí váhou. „Hlavně jsem si říkala, aby děčko bylo zdravé a ne to, že přibírám.“ Postoj ke svému vlastnímu tělu má pozitivní. Problémy vidí ve svých povislých víčkách. Nedostatky na těle se snaží zamaskovat, ale převážně zdůrazňuje přednosti. Pokud nelze něco zamaskovat, tak to přijímá takové, jaké to je. Společnosti se nestrání. „Vypíchnu přednosti, ten nedostatek se zakryje... abych se stranila společnosti, tak to ne.“ O plastické operaci stále uvažuje, kdy by si nechala vylepšit oční víčka. „Jo, ty oční víčka. Někdy možná na to dojde.“

Postoj k vlastnímu tělu má Marie pozitivní.

Rekreačně sportuje. Nyní kvůli zdravotní stránce méně. Cvičení jí však baví. Na zdravé životosprávě nelpí. „(sport) teď kvůli zdravotní stránce nemůžu, ale dřív jo.“

V rozvoji sebepojetí ve smyslu zlepšování současného stavu Marie neproказuje zlepšování. Nesportuje kvůli zdravotnímu stavu a nedodrží zdravou životosprávu.

Baví ji péče o sebe a sledování trendů. „*Baví mě to sledovat – kosmetika, výživové doplňky...*“

Péče o tělo neprobíhá přehnaně, na druhou stranu svoje tělo Marie nezanedbává.

Líbí se jí hubená postava u mladých slečen. Žena má být podle ní plnější tvarů. „*Když už je to žena zralejší, tak se mi líbí takové plnější tvary. Ne obézní, ale taková plnější ženská. Myslím, že ta ženská má být taková zaoblená.*“

Ideální postavu má Marie přesně definovanou. Líbí se jí plnější ženská postava.

Komparace tělesného sebepojetí:

Jana svoji nespokojenost s vlastním tělem dávala za vinu manželovi a dítěti. Svoje tělo nenáviděla. S postupem času došla ke smíření s tělem za pomoci spirituálních metod. O tělo se více stará než Marie. Dokazuje to pravidelná návštěva masáží (minimálně jednou za měsíc). V odpovědích na ideál těla se projevuje komplex malých prs z mládí.

Marie je se svojí postavou spokojená. Vadí jí povislá víčka, které by si nechala operativně opravit. Této metodě se nebrání. Zdravou stravu nedodrží. Sport provozuje rekreačně. Diety a cvičení nastávají až před situací, kdy se nemůže obléci do šatů. V péči o tělo ji baví sledovat nové trendy. Jako ideál krásy vidí zaoblenější ženu.

B. Psychická identita

Jana dříve pochvalu u sebe neuznávala. Přišla na to postupem času a za pomoci jiných lidí. „*Nyní si už umím o pochvalu i říci a je to moc příjemné. Dodá to energii a nic to nestojí.*“ Pevně stanovené cíle nemá. Za základní životní cíl považuje spokojenost. Její jednání také představuje jistou formu altruismu. „*Pevně a jasně stanovené, to se asi nikdy říct nedá...(životní cíl) být spokojená a pomáhat ostatním nalézt cestu životem.*“ Nejdůležitějšími hodnotami v jejím životě je láska a porozumění. „*Všechno ostatní přijde samo, pokud máme to první (lásku a porozumění).*“ Pocity a zážitky se snaží ventilovat svému okolí. V důsledku zatajování svých pocitů měla psychické problémy. „*Snažím se o všem hodně*

mluvit, jak v rodinném kruhu, tak před ostatními. Z toho, že jsem se snažila svoje pocity a problémy tajit před okolím jsem byla hodně nemocná a to už nikdy nechci dopustit.“

Rozvoj psychické identity Jana v rámci sebechvály nesplňovala. Postupem času však již ano. Nemá pevně stanovené cíle.

V rozhodování se spoléhá sama na sebe. *„Já jsem ta důležitá a ostatní jsou jen nástroje, skrze něž si plním svoje sny.“* Délka rozhodnutí je co nejkratší. Při dlouhodobém rozhodování hrozí narušení psychického stavu. *„Pokud se zatěžuji rozhodnutím dlouho, rozhodí to značně moji psychiku, takže rychlá rozhodnutí a pokud se nemohu rozhodnout, nechám rozhodnout osud, zkrátka hodím si korunou.“*

V rozhodování se spoléhá sama na sebe.

Jana si svých změn nálad je vědoma. Nyní se jí většinou daří ovládnout. *„Dříve to tak nebylo, jsem velmi náladová a agresivní a bývalo to znát.“*

Psychické projevy má relativně pod kontrolou.

Marie s pochvalou sebe sama nemá problémy. *„Chválím se pořád, protože mě nikdo jinej nechválí doma.“* Marie pevně a jasně stanovené cíle také nemá. Důraz dává na výchovu dětí. *„Životním cílem je dobře vychovat děti, ale že bych to měla nějak naprogramované, naklonkované, tak to nemám... Jak to přijde, tak se to řeší.“* Nejdůležitějšími hodnotami v jejím životě je poctivost a dobré zdraví. Sama o sobě prohlašuje, že je poctivá. *„Druhým neubližuji, a když se chovám slušně, tak očekávám, že se budou druzí taky chovat slušně.“* Uznává, že je introvertní typ. *„Zážitky si nechávám pro sebe.“*

Rozvoj psychické identity Marie v rámci sebechvály naplňuje. Umí sebe sama pochválit. Nemá pevně stanovené cíle. Je introvertní typ.

Při rozhodování se Marie spoléhá na syna. Na rozhodnutí potřebuje delší časový úsek. *„...asi ty měsíce. Určitě.“*

V rozhodování Marie spoléhá na svého syna.

Marie má své rozpoložení pod kontrolou. Není si vědoma, že by se jí stávalo, aby jednala jinak, než by chtěla. *„Myslím, že se mi daří zvládat nálady. Ano.“*

Psychické projevy má Marie pod kontrolou.

Komparace psychické identity:

Jana dříve pochvalu u sebe neuznávala, ale naučila se to postupem času od jiných lidí. *Marie* s pochvalou sebe sama nemá problémy. Obě dvě nemají pevně a jasně stanovené životní cíle. *Jana* má za cíl spokojenost a *Marie* dává důraz na výchovu dětí. V sebekontrolole obě ženy prokazují zvládnání nálad, i když *Jana* potvrzuje, že dříve to tak nebylo. *Jana* si své pocity a zážitky snaží ventilovat svému okolí, protože zadržování těchto informací vede k zhoršení psychického stavu. *Marie* je introvertní. V rozhodování se *Jana* spoléhá pouze na sebe. *Marie* na svého syna. Délka rozhodování se u obou liší. *Jana* dává přednost rychlému rozhodování, které ji nenarušuje psychický stav. *Marie* potřebuje na rozhodnutí více času.

C. Sociální identita

Jana na práci matky nejtěžší shledává získat si autoritu a zároveň přízeň svých dětí. Důraz také klade na respekt. Svoji práci v domácnosti hodnotí číslem sedm. Snížené hodnocení si dává kvůli vysokému časovému vypětí v práci. „... pracuji 12 – 14 hodin denně, což tu známku asi ovlivní...“ Nejistá se v domácnosti cítí při práci s technikou. Naopak všechny druhy práce v domácnosti zvládá podle svých velmi dobře. „Neumím určitě nic opravit, vadí mi i třeba čištění odpadů. Pokud je nový přístroj, tak si na něj těžko zvykám...“ Největší *Janino* úsilí v roli matky je správná tolerance ke svým dětem. „Na jedné straně vím, že je musím vychovávat, ukazovat jim cestu, motivovat je a i trestat...“

Zvládnání role matky v domácnosti si *Jana* přiděluje hodnotu sedm.

V situaci, kdyby *Janu* někdo nezval neschopnou matkou, tak by dříve jednala rozlíceně nebo lítostivě. Nyní by si vyžádala vysvětlení a snažila by si svoji roli zlepšit. „Dříve bych se asi hodně rozlítla a značně bych mu vynadala, nebo bych se stála do ústraní a proplakala bych několik dní. Nyní bych ho požádala o vysvětlení, proč k takovému závěru došel a snažila bych se od něj získat radu a návod jak to zlepšit.“

Proti negativnímu hodnocení okolí se *Jana* dříve stavila odmítavě. Když jí však dnes někdo něco vytkne, tak se to snaží změnit.

Pojem rodinné štěstí chápe komplex vlastností, které by měla rodina mít a které by měly zahrnovat i podporu jí samotné. „Lásku, pohodu, porozumění. Moci říct, co cítím, co prožívám, moci o tom mluvit s dětmi. Diskutovat, mít oporu v těžkých životních situa-

cích. Nebýt druhými srážena ve svých touhách a snech, žít v klidu, bez křiku a hádek. “ Rodinné štěstí neprožívá z plné části, jak by si představovala. „Snad se tomu začínáme přibližovat, občas něco není tak, jak bych chtěla, ale vždy se snažím hledat cestu. “

Hodnotovou orientaci rodinného štěstí Jana definovala. Rodinné štěstí neprožívá tak, jak by si přála.

Děti bere jako součást svého života, v současné době je pro ně oporou. V minulosti si tak nepřipadala. „*V současné době už doufám, že ano. Dříve to tak nebylo. “*

Lenka roli matky přijala, avšak si v minulosti a ani dnes není jistá v tom, jestli jim dokáže vytvářet podporu.

Marie nejtěžší na práci matky shledává samotnou výchovu svých dětí. Svoji práci v domácnosti hodnotí vysokým číslem devět. „*Já bych si dala klidně tu devítku. “* Nejistá se v domácnosti necítí při žádné činnosti, což je způsobené tím, že si mužskou práci zastává v domácnosti sama. Lépe se hodnotí v typicky mužské práci, kterou jiné ženy třeba nemusí umět. „*Spoléhám hodně na sebe... Za ty roky tak docela všechno zvládám, že jsem se musela naučit spoléhat sama na sebe.... Kolem toho domu si myslím a kolem auta, zvládám. “* Největší úsilí Marie v roli matky je obava o svoje děti. „*Já bych řekla, že mám větší starosti teď, když jsou větší děcka, než když byly malí.... Nemám je tolik pod kontrolou. “*

Ve zvládání role matky v domácnosti si Marie přiděluje vysokou hodnotu devět.

V případě, že by ji nazval někdo neschopnou matkou, tak by jednala agresivně, protože svoji roli dobré matky si je jistá. „*Myslím si, že jsem toho dokázala dost na ty podmínky, které jsem měla. Někdo mě řekne, že jsem neschopná, ale přitom neudělal tolik, co já. “*

Marie negativní hodnocení okolí nepřijímá, protože si stojí za tím, že je dobrou matkou.

Pojem rodinné štěstí chápe jako hodnoty zdraví a spokojenosti. Rodinné štěstí prožívá. „*Aby byli všichni zdraví, spokojení. “*

Hodnotovou orientaci rodinného štěstí Marie definovala. Určila, že sama rodinné štěstí prožívá.

Život bez dětí si nedokáže představit, svoji roli matky přijímá a je pro ně podporou. „*Já si myslím, že ano, protože chodí za mnou v první řadě požádat o něco. “*

Marie dokázala přijmout roli matky. Život bez dětí si nedokáže představit.

Komparace sociální identity:

Jana na práci matky nejtěžší shledává vybudování autority a zároveň přízeň svých dětí. **Marie** shledává nejtěžší samotnou výchovu dětí. V hodnocení práce v domácnosti si Jana přiděluje sedmičku, protože pracuje 12 – 14 hodin denně a Marie devítku, protože zvládá i ryze mužské práce. Jana si není jistá v domácnosti s technikou, naopak zvládá dobře všechny druhy domácí práce. Marie nemá problém s žádnou činností v domácnosti. Zvládá i ryze mužské úkony, třeba kolem automobilu. Největší úsilí v roli matky Janu stojí budování tolerance k dětem a Marii obavy o děti. V situaci, kdyby je někdo nazval neschopnými matkami, by obě jednaly rozhořčeně. Pojem rodinné štěstí Marie prožívá naplno, Jana částečně. Život bez dětí si nedokážou představit. Jana pro svoje děti oporou v průběhu laktanční psychózy nebyla, nyní už však ano. Marie se považuje za oporu pro své děti.

5.1.3 Vyhodnocení 3. Skupiny

Třetí skupinu tvořila Blanka a Anna.

Tabulka 5 Složení výzkumného vzorku třetí skupiny

Skupina	Jméno	Věk (let)	Laktační psychóza	Počet dětí	Věk dětí (let)	Vzdělání	Hmotnost (kg)	Stav
3.	Blanka	35	Ano	2	2, 6	Střední s maturitou	92	Svobodná matka
	Anna	33	Ne	2	3, 6	Střední s maturitou	86	Svobodná matka

Blance je 35 let. Laktační psychóza se u ní objevila po druhém porodu. Má dvě děti: kluka 6 let a holčičku ve věku 2 let. Blanka má vystudovanou střední školu s maturitou. Pochází z vesnice do pěti set obyvatel. Je na rodičovské dovolené. Její tělesná hmotnost je 92 kg. Svobodná matka.

Anně je 33 let. Má dvě děti: kluky ve věku 3 a 6 let. Anna má vystudovanou střední pedagogickou školu s maturitou. Povolání učitelky se věnuje. Pochází z vesnice do šesti set obyvatel. Její tělesná hmotnost je 86 kg. Svobodná matka.

A. Tělesné sebepojetí

Blanka před prvním porodem vážila 72 kg, do roka měla váhu zpět. Po druhém porodu se jí váha rapidně zvýšila. Částečně to také dávala za vinu lékům, které užívá. Spokojenost s vlastním tělem se jí změnila až po druhém porodu, kdy se jí nedaří zhubnout a cítí se nespokojená. „*Tvar postavy mi vyhovuje, problém mám pouze s váhou.*“ Spokojenost s tělem by se jí zvýšila s úbytkem váhy alespoň o 15 kg.

Postoj ke svému vlastnímu tělu je negativní kvůli váze.

Zdravou životosprávu se jí nedaří dodržovat, ale sportuje. „*Jezdím na kolo a často chodíme celá rodina plavat.*“

Rozvoj tělesného sebepojetí se jí daří zlepšovat po fyzické stránce, kdy chodí plavat a jezdí na kole. Zdravou životosprávu nedodržuje.

Péči o tělo zastává používání obličejové kosmetiky, líčí se při zvláštní příležitosti. „*Používám kosmetiku na obličej, tělovou pouze když mám vysušenou pokožku. Líčím se do společnosti nebo k pohovoru. Vlasy si nechávám upravovat u kadeřnice tak jednou za dva měsíce.*“ Plasticickou operaci nepodporuje. „*Na plasticickou operaci bych nešla, protože vizáž tvoří celou osobnost...*“

Péči o vlastní tělo neprobíhá přehnaně. Blanka na druhou stranu svoje tělo nezanebává.

Ideální postavou je pro Blanku štíhlá žena. Obdivuje jedince, kteří se nebojí svých kilogramů. „*Setkala jsem se i s obézními lidmi, kteří umí velmi dobře svoje kila nosit. Líbí se mi na nich, že jsou sebevědomí a s tloušťkou nemají problém. S mojí váhou mám nízké sebevědomí.*“

Ideální postavou pro Blanku jsou štíhlé ženy, které nemají problém se sebevědomím tak jako ona sama.

Anna před prvním porodem shledávala svoji postavu pevnější a štíhlejší. Samotný porod však nezpůsobil příbytek kilogramů, ale spíše mateřství. Anna měla vyšší pozitivní vztah k tělu, když neměla děti. Avšak svoji postavu stále hodnotí pozitivně. „*Před prvním porodem jsem vypadala asi líp. Postava byla zpevněnější, štíhlejší jsem byla... Samozřejmě jsem měla pozitivnější vztah, když jsem neměla děti, poněvadž byl člověk trochu víc šlank,*

ale ve své podstatě mám pozitivní vztah ke svému tělu, i když bych tam spoustu věcí změnila a chtěla vypadat líp.“ Spokojenost s tělem se jí mění podle nálady, věku i období. Letní měsíce prožívá hůře než zimní. *„Když se člověk chystá na dovolenou v létě a uvidí krásnou modelku v plavkách na billboardu, tak to člověku nepřidá zrovna moc optimismu, ale jinak jako se s tím moc netrápím.“*

Postoj k vlastnímu tělu má Anna pozitivní.

K rozvoji postavy ve smyslu zlepšování se snaží dodržovat zdravou životosprávu. Před těhotenstvím více sportovala. Během mateřství sport omezila. Jednou nebo dvakrát do týdne cvičí. *„Ted' už se snažím zase sportovat, ale když má člověk malé dítě, tak to hodně omezí.“*

K rozvoji tělesného sebepojetí u Anny dochází dodržování zdravé životosprávy a cvičením.

V péči o tělo se zaměřuje na denní líčení. Preferuje péči doma, ale chodí i na kosmetiku v případě, že jí něco trápí. *„Chci se samozřejmě líbit, takže se líčím.... Třeba pleťovou masku, tak to řeším doma, i třeba nehtovou kosmetiku. Všechno řeším spíš jako doma – v soukromí.“*

Péči o vlastní tělo Anna zastává více než Blanka.

Ideál krásy pro ni není pouze jedna osoba. *„No víte, pak si člověk řekne, že to vůbec není důležitý nebo není to tak podstatný, jak si člověk myslí a navíc zjistíte, že vás okolí bere mnohem méně kriticky, než si člověk bere sám.“*

Komparace tělesného sebepojetí:

Blanka svoji váhu dává částečně za vinu také lékům, které užívá. Spokojenost s postavou se jí změnilo po druhém porodu, kdy jí také vypuknula laktační psychóza a kdy zahájila léčbu s pomocí farmak. Nedaří se jí váhu snížit, i když sportuje: jezdí na kole a pravidelně plave. Sama o sobě prohlašuje, že má nízké sebevědomí kvůli váze, ale tvar postavy se jí líbí. Péče o tělo je nižší než u Anny.

Anna svoji postavu před těhotenstvím shledávala pevnější a štíhlejší. Váhu nabyla až v průběhu mateřství. Svoji postavu hodnotí pozitivně. Váhu si hlídá pomocí pravidelné-

ho cvičení. Svoji péči o tělo má větší než Blanka: pravidelně se líčí a navštěvuje také kosmetičku. Myslí si, že se jedinec vždy posuzuje více sebekriticky, než jeho okolí.

B. Psychická identita

Blanka se na otázku, zdali se umí pochválit, odpovídá v rozpacích: „*Snad ano.*“ V tom případě pak svého jednání lituje. Životní cíle má pevně a jasně stanovené. Na předním místě má výchovu svých dětí a také spokojenou rodinu. Své pocity nebo zážitky si nechává pro sebe, tudíž je introvertním typem.

Rozvoj své psychické identity Blanka v rámci sebechvály naplňuje částečně. Životní cíle má pevně a jasně stanovené. Je introvertní typ.

V rozhodování se spoléhá na otce. „*Spoléhám se nejčastěji na tatínka.*“ Tyto rozhodnutí jí zabírají menší čas. „*Rozhodování mi zabere zhruba půl hodiny.*“

V rozhodování se spoléhá na svého otce.

Své nálady se jí nedaří ovládat. „*Vybuchnu nebo naopak trpím pocitem lítosti.*“

Psychické projevy nemá Blanka pod kontrolou.

Anna sama sebe umí pochválit. „*Umím a vždycky si to říkám, protože mě někdo jiný nepochválí, že se mi to podařilo, tak se pochválím sama.*“ Má pevně a jasně stanovené cíle a těmi jsou být dobrým člověkem a vychovávat svoje děti. V rámci svého povolání učitelky chce být také prospěšná ostatním. „*Chci dobře vychovávat svoje děti, aby z nich byly dobří lidé.*“ Své zážitky a pocity ráda vyslovuje svému okolí, ale ne vždy se setkává s pochopením. „*Snažím se v tomhle brzdit, protože ne vždycky to všechno prožívají tak, jak očekávám, že to budou sdílet - tu tvoji radost nebo moje neštěstí v uvozovkách.*“ Životní hodnotou je spokojenost a vděčnost za to, co člověk má.

Rozvoj psychické identity Anna vykonává. Proces sebechvály naplňuje. Má pevně a jasně stanovené životní cíle. Je extrovertní typ.

V rozhodování se spoléhá sama na sebe. Časový rozptyl rozhodnutí trvá déle, zato je pevnější. „*Trvá mě to dýl, než se rozhodnu. Ale když se rozhodnu, tak si za tím stojím.*“

V procesu rozhodování se spoléhá sama na sebe.

Své nálady se jí daří ovládat. Někdy však nastanou situace, kdy neodhadne okolnosti a řekne věc, která jí pak mrzí. „*Někdy se stane, že člověk vybuchne, a pak si řekne, že to tak nemuselo ani být, že to nemusel tak hrotit tu situace.*“

Své psychické projevy Anna ovládá.

Kooperace psychické identity:

Blanka je na otázku pochvaly sebe sama skeptická. Anna se umí pochválit. Svě nálady se Blance nedaří ovládat, naopak Anna je zvládá. Obě mají pevně a jasně stanovené životní cíle. Na přední místo staví výchovu. Blanka je introvertní typ. Anna je spíše extrovertní typ. Blanka přemýšlí o budoucnosti každý den. Anně se pohled na budoucnost změnil většinou. V rozhodování se Anna spoléhá sama na sebe a Blanka na svého otce. Délka rozhodnutí Blance zabírá méně času a Anně několik týdnů až měsíců.

C. Sociální identita

Blanka na práci matky nejtěžší shledává zvládnání každodenních činností. Svoji práci v domácnosti hodnotí šestkou. „*Jsou ženy, které se starají o domácnost více.*“ Nejistá v domácnosti si není v ničem, naopak za velmi dobrou se také nepovažuje. Pokládá se za ženu, která svoji domácnost zvládá průměrně. „*Myslím si, že nejistá v ničem nejsem.*“ Největší úsilí v roli matky jí stojí zvládnání koloběhu starostí o domácnost a o děti. „*Nepadnou vyčerpáním. Je to všechno hrozně náročné, kor když máte malé děti a musíte se o ně ještě tolik starat. A pak do toho ta domácnost.*“

Ve zvládnání role matky v domácnosti si Blanka přiděluje hodnotu šest.

Hodnocení okolí nebere Blanka v potaz. „*V podstatě je mi dost jedno, co si o mě druzí myslí.*“

Romana negativní hodnocení okolí nebere v potaz.

Rodinné štěstí chápe jako důraz na zdraví a spokojenosti rodiny. Pojem rodinné štěstí podle své definice chápe a prožívá. „*Hlavně, aby všichni byli zdraví a spokojeni.*“

Hodnotovou orientaci má Blanka jasně danou. Dokázala definovat pojem rodinné štěstí a sama určila, že rodinné štěstí prožívá.

Oporou pro svoje děti dříve nebyla, nyní už o sobě prohlašuje, že oporou pro svoje děti je. „*Možná to někdy tak nevypadalo, ale myslím, že teď už ano.*“ Život bez dětí si nedokáže představit. Přijímá roli matky. „*Jsem ráda, že jsem matkou. Bez dětí si to nedokážu představit.*“

Blanka dokázala přijmout roli matky. Život bez dětí si nedokáže představit.

Anna na práci matky nejtěžší shledává důraz na spokojenost v každé situaci pro všechny členy rodiny. „*Taková ta představa, že je všechno OK, tak to nejde. Ono je to takové složité. Člověk by chtěl, aby jeho děti byly pořád spokojené, zjistí, že to vlastně nejde...*“ Nejistá si v domácnosti není ve vaření. Naopak činnost, kterou zvládá lépe než jiné matky je uklízení. „*V uklízení jsem třeba úplně výborná.*“ Svoji práci hodnotí číslem pět. „*Jsou věci, který mě nebaví, takže je dělám málokdy nebo se snažím je ošidit, a pak jsou věci, které mě baví, který mám pocit, že jsou smysluplný v té domácnosti, těm se věnuji dostatečně.*“ Největší úsilí v roli matky jí stojí zorganizování času – skloubení dětí, domácnosti, koníčků i času na sebe, které ale podle svých slov zvládá. „*Aby byl dostatek času na zajištění provozu domácnost a výchovu dětí nebo hraní si s něma, tak aby to bylo pořád v nějakém poměru, že nezanedbáváte děti, ani domácnost.*“

Ve zvládnání role matky v domácnosti si Anna přiděluje hodnotu pět.

V případě kdyby Annu někdo nazval neschopnou matkou, tak by se ohradila se slovy: „*Dokud si to nezkusíte být matkou, nemůžete hodnotit.... Zkus si a teprve hodnot.*“

Proti negativnímu hodnocení okolí se staví odmítavě.

Rodinné štěstí chápe jako spokojenost všech členů rodiny. Dle jejich slov rodina spokojenost prožívá. „*... když někdo z nich není spokojený, tak tam není to rodinné štěstí.*“

Hodnotovou orientaci má Anna jasně danou. Pojem rodinné štěstí prožívá.

Pro svoje dítě oporou je. „*Myslím si, že jsem oporou a budu se snažit být pro ně oporou a chci, aby to i věděli, že jsem jejich oporou.*“ Život bez dětí si nedokáže představit. Přijímá svoji roli matky. „*Myslím si, že kdo dozrál do toho mateřství a ty děti jednou porodil a má je, tak musí být šťastný a vděčný za to, že je má.*“

Roli matky Anna přijala. Život bez dětí si nedokáže představit. Je podporou pro svoje děti.

Kooperace sociální identity:

Blanka na práci matky nejtěžší shledává zvládání každodenních činností. Svoji práci v domácnosti hodnotí šestkou, protože se domnívá, že jsou ženy, které se starají o domácnost lépe než ona sama. **Anna** na práci matky nejtěžší shledává spokojenost rodiny. Svoji práci v domácnosti hodnotí nižším číslem než Blanka a to pětkou, jelikož dělá v domácnosti věci, které ji těší a práce, které ji netěší, tak těm se vyhýbá. Největší úsilí v rolích matky je především starost o děti. Blanku vysiluje starost o děti a skloubení starosti o domácnost. Annu zase zorganizování času tak, se mohla starost dobře o děti a zase, a pak zase o domácnost. V rodinném štěstí dávají obě důraz na spokojenost rodiny. Kritiku okolí na svoji osobu Blanka nebere v potaz. Anna zastává heslo: „Zkus, a pak hodnot.“ Oporou pro svoje děti se Anna stala v průběhu času, Blanka pro svoje děti oporu zastává. Obě ženy přijímají svoji roli matky. Bez dětí si nedokáží představit.

5.2 Zpracování numerické škály sebeposouzení

Ve vyhodnocování výsledků jsem postupovala následovně. Hodnota na škále matky byla pevně daná. Pomocí statistiky jsem pracovala s výsledky blízkého okolí. Stanovila jsem si základní aritmetický průměr, modus, medián, minimum, maximum, směrodatnou odchylku a rozdíl průměru okolí od hodnoty matky.

Aritmetickým průměrem odhadujeme střední hodnotu základního souboru, jejíž skutečná hodnota zpravidla není známá. Aritmetický průměr \bar{x} z číselných hodnot $x_1, x_2, x_3, x_4, \dots, x_n$ lze vypočítat dle vzorce

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n}$$

kde n je celková četnost všech hodnot (Chráska, 2007, s. 7).

Modus je hodnota, která se v daném souboru dat vyskytuje nejčastěji (která tedy má největší četnost). V případě četností s intervaly lze modus určit přibližně jako střed intervalu s největší četností (Chráska, 2007, s. 50 – 51).

Medián je prostřední hodnota z řady hodnot seřazených podle velikosti. Je to ta hodnota, která rozděluje soubor dat na dvě stejné části (počet hodnot menších nebo stejně velkých jako medián je stejný jako počet hodnot větších nebo stejně velkých jako medián). Pokud

by počet hodnot, u nichž máme určovat medián, byl sudý, určí se medián jako průměr ze dvou prostředních hodnot (Chráska, 2007, s. 48).

Směrodatná odchylka, respektive rozptyl je nejčastěji používanou mírou variability pro data, která byla získána měřením intervalovým nebo poměrovým. Míra variability označuje informaci o tom, jak dalece jsou jednotlivé hodnoty kolem střední hodnoty nakupeeny či rozptýleny (Chráska, 2007). V daném výzkumu označovala hodnota okolí 0 úplnou shodu s hodnotou matky. Zdali směrodatná odchylka je malá, tak jsou si hodnoty okolí a hodnota matky podobné, zdali je odchylka velká, tak se hodnoty od sebe výrazně liší.

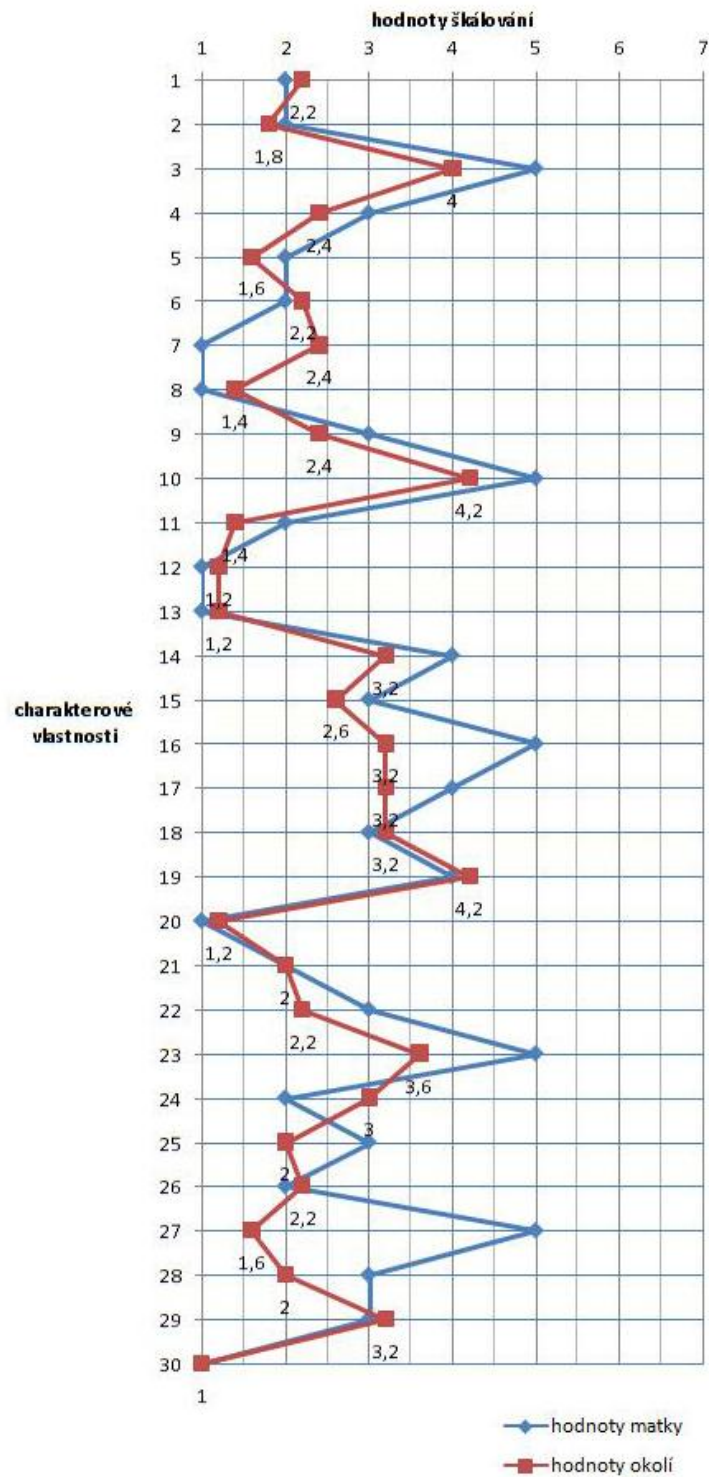
V numerickém škálování sebesouzení jsem použila třicet bipolárních adjektiv, které dále popisují v přehledné tabulce:

Tab. 1 Základní numerická škála posouzení

pořadí	+ (pozitivní)	- (negativní)	pořadí	+ (pozitivní)	- (negativní)
1	důsledná	laxní	16	vyrovnaná	nevyrovnaná
2	veselá	hloubavá	17	atraktivní	roztržitá
3	temperamentní	poddajná	18	rozvážná	roztržitá
4	stabilní	náladová	19	sebevědomá	nesebevědomá
5	pečující	pasivní	20	ochotná	sobecká
6	aktivní	líná	21	pořádná	ledabylá
7	společenská	samotářská	22	důkladná	lajdácká
8	Schopná se vcítit	neschopná se vcítit	23	bezstarostná	stresovaná
9	vstřícná	urážlivá	24	extrovert	introvert
10	ústupná	tvrdohlavá	25	pečující o sebe	zanedbaná
11	spolehlivá	nespolehlivá	26	optimistická	pesimistická
12	starostlivá	lhostejná	27	skromná	marnotratná
13	důvěryhodná	nedůvěryhodná	28	cílevědomá	nerozhodná
14	čilá	unavená	29	houževnatá	ústupná
15	asertivní	hádavá	30	zodpovědná	nezodpovědná

5.2.1 Romana

Romana je žena, u které byla diagnostikovaná laktační psychóza. Na níže vyobrazeném grafu můžeme vidět numerickou škálu sebeposouzení, kde modrý graf zaznamenává hodnoty Romany a červený graf hodnoty jejího okolí.



Graf 1 Numerická škála sebeposouzení - Romana

Hodnota, která se ve škále hodnot okolí na sebeposouzení Romany vyskytuje nejčastěji (modus) je hodnota 1. Tudiž se okolí matky přiklání nejvíce krát k pozitivní hodnotě škály sebeposouzení. Nejvíce popisovaná prostřední hodnota z řady hodnot okolí matky (medián) je hodnota 1.

Škálování okolí matky dosáhlo nejvyššího minima a maxima. Minimum činilo číslo 1 a maximum číslo 7.

Největší rozptyl byl zaznamenán u vlastností veselá x hloubavá, rozvážná x roztržitá, cílevědomá x nerozhodná, kde se okolí matky nemohlo shodnout na přiřazené vlastnosti. Naopak nejmenší rozptyl byl zaregistrován u vlastností pečující x pasivní a pečující o sebe x zanedbaná, kde se okolí shodlo na stejné hodnotě jako matka a směrodatná odchylka činila číslo 0.

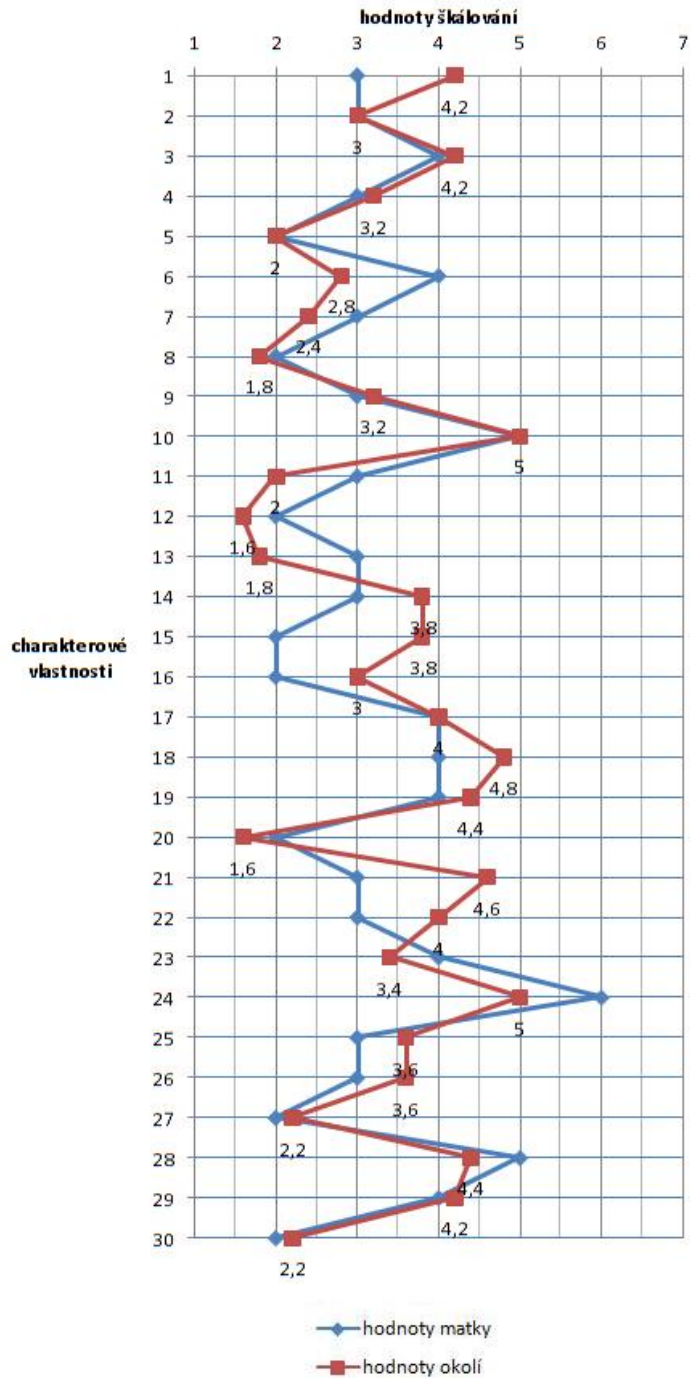
Největší rozdílnost od aritmetického průměru okolí a hodnoty matky bylo 2,4 u vlastnosti ústupná a tvrdohlavá, kdy okolí hodnotí matku jako více ústupnou než ona sama. Nejmenší rozdílnost 0,2 nastala u vlastností důsledná x laxní, stabilní x náladová, aktivní x líná, důvěryhodná x nedůvěryhodná, atraktivní x nevzhledná a skromná x marnotratná.

V rozdílu aritmetického průměru okolí a stabilně dané hodnoty matky ve škále jsem pracovala s rozdílem větším než 1 (včetně). Vypsala jsem si všechny vlastnosti, které mají větší rozptyl než jedna a stanovila jsem si, jestli daný rozptyl je na pozici sebekritičnosti k dané vlastnosti matky nebo naopak k pozitivnímu nadhodnocení sebe sama, které se odvíjelo od pevně dané hodnoty dané respondentky. V součtu pozitivního ladění nebo negativního ladění jsem stanovila závěr. Romana se v deseti vlastnostech hodnotí pozitivněji, než její okolí. Naopak v pěti vlastnostech prokázala snížené sebepojetí a to u vlastností vstřícná x urážlivá, ústupná x tvrdohlavá, spolehlivá x nespolehlivá, důkladná x lajdácká a zodpovědná x nezodpovědná.

Shrnutí: U Romany nebyl prokázán důraz na sebekritičnost. Naopak bylo prokázáno pozitivnější míra sebeposouzení na numerické škále. V rozdílu od okolí se chápe jako více urážlivá, tvrdohlavá, nespolehlivá, lajdácká a nezodpovědná. Naopak se nadhodnocuje ve vlastnostech jako veselá, temperamentní, společenská, čilá, rozvážná, sebevědomá, bezstarostná, extrovertní, cílevědomá a houževnatá.

5.2.2 Lenka

Lenka je žena bez psychiatrického onemocnění. Na níže vyobrazeném grafu můžeme vidět numerickou škálu sebeposouzení, kde modrý graf zaznamenává hodnoty Lenky a červený graf hodnoty jejího okolí.



Graf 2 Numerická škála sebeposouzení – Lenka

Hodnota (modus), která se ve škále hodnot okolí na sebesouzení Lenky vyskytuje nejčastěji je hodnota 2 a 4. Nejvíce popisovaná prostřední hodnota z řady hodnot okolí matky (medián) je hodnota 2.

Škálování okolí matky dosáhlo nejvyššího minima a maxima. Minimum činilo číslo 1 a maximum číslo 7.

Největší rozptyl 1,414214 byl zaznamenán u vlastností extrovert a introvert. Dále 1,16619 u vlastností důsledná x laxní, kde se okolí nemohlo shodnout na přiřazené vlastnosti. Naopak nejmenší rozptyl byl zaregistrován u vlastností asertivní x hádavá a atraktivní x nevzhledná. Rozptyl činil 0,4.

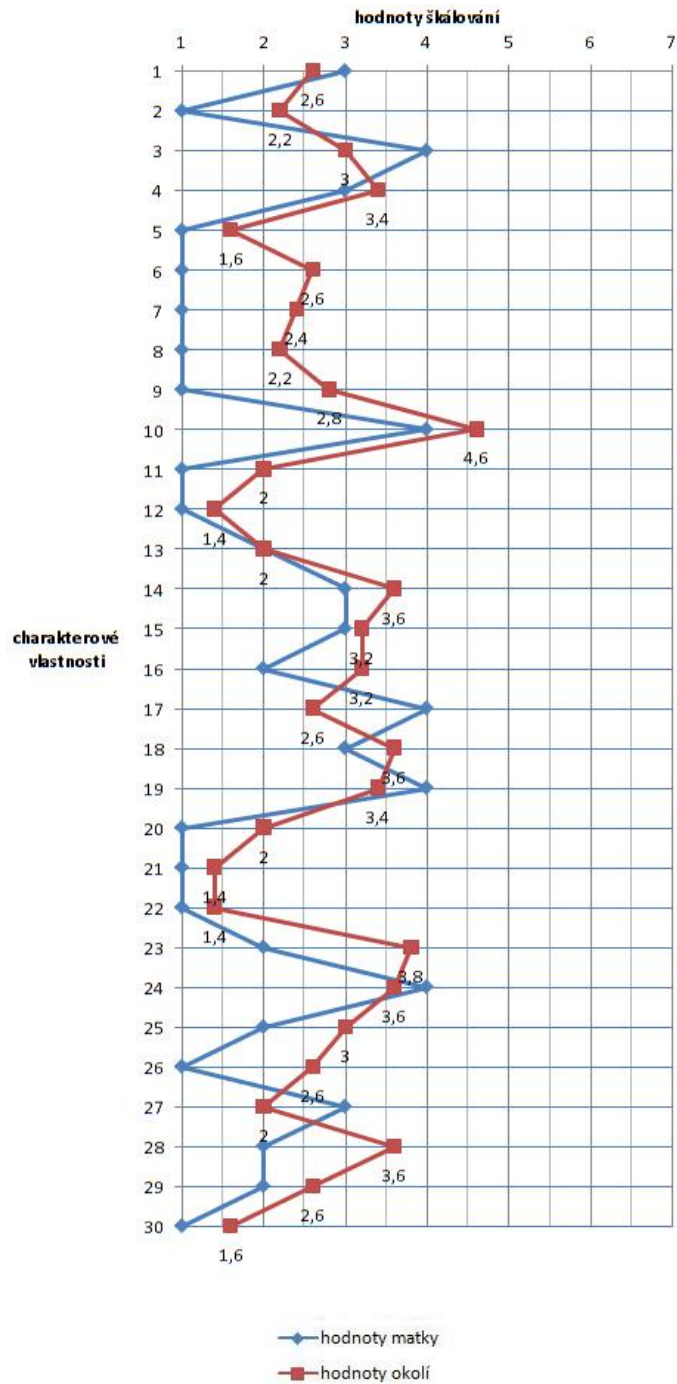
Největší rozdílnost od aritmetického průměru okolí a hodnoty matky bylo u vlastností asertivní x hádavá a pořádná x ledabylá, kdy okolí hodnotí ženu více hádavou a ledabylou. Nejmenší rozdílnost a tudíž vzájemná shoda v numerické škále proběhla u vlastností veselá x hloubavá, pečující x pasivní, ústupná x tvrdohlavá, atraktivní x nevzhledná.

V rozdílu aritmetického průměru okolí od stabilně dané hodnoty matky se Lenka ve čtyřech bipolárních adjektivech podhodnocuje, naopak v pěti bipolárních adjektivech se hodnotí pozitivněji než její okolí. Snížené sebesouzení prokazuje u vlastností extrovert x introvert, důvěryhodná x nedůvěryhodná, spolehlivá x nespolehlivá, aktivní x líná. Zvýšené sebesouzení prokazuje u vlastností důkladná x lajdácká, pořádná x ledabylá, vyrovnaná x nevyrovnaná, asertivní x hádavá, důsledná x laxní.

Shrnutí: U Lenky nebyl prokázán důraz na sebekritičnost, avšak tato hranice je velmi nízká. V rozdílu od okolí se chápe jako více líná, nespolehlivá, nedůvěryhodná a introvertní. Naopak se nadhodnocuje ve vlastnostech jako důsledná, asertivní, vyrovnaná, pořádná a důkladná.

5.2.3 Jana

Jana je žena, u které byla diagnostikovaná laktační psychóza. Na níže vyobrazeném grafu můžeme vidět numerickou škálu sebeposouzení, kde modrý graf zaznamenává hodnoty Jany a červený graf hodnoty jejího okolí.



Graf 3 Numerická škála sebeposouzení – Jana

Hodnota (modus), která se ve škále hodnot okolí na sebeposouzení Jany vyskytuje nejčastěji je hodnota 3. Tudiž se okolí spíše zaměřuje na neutrální hodnoty mezi bipolárními adjektivy. Nejvíce popisovaná prostřední hodnota z řady hodnot okolí matky (medián) je hodnota 3.

Škálování okolí matky nedosáhlo největšího maximálního rozptylu. Minimum bylo číslo 1 a maximum číslo 5. Nikdo z okolí respondentky se neuchýlil k negativnějším hodnotám 6 a 7.

Největší rozptyl 1,356466 byl zaznamenán u vlastností aktivní x líná, kde se okolí matky nemohlo shodnout na přiřazené vlastnosti. Tudiž matku vidí v mnoha rozlišných úhlech pohledu. Naopak nejmenší rozptyl 0,4 byl zaregistrován u vlastností bezstarostná x stresovaná.

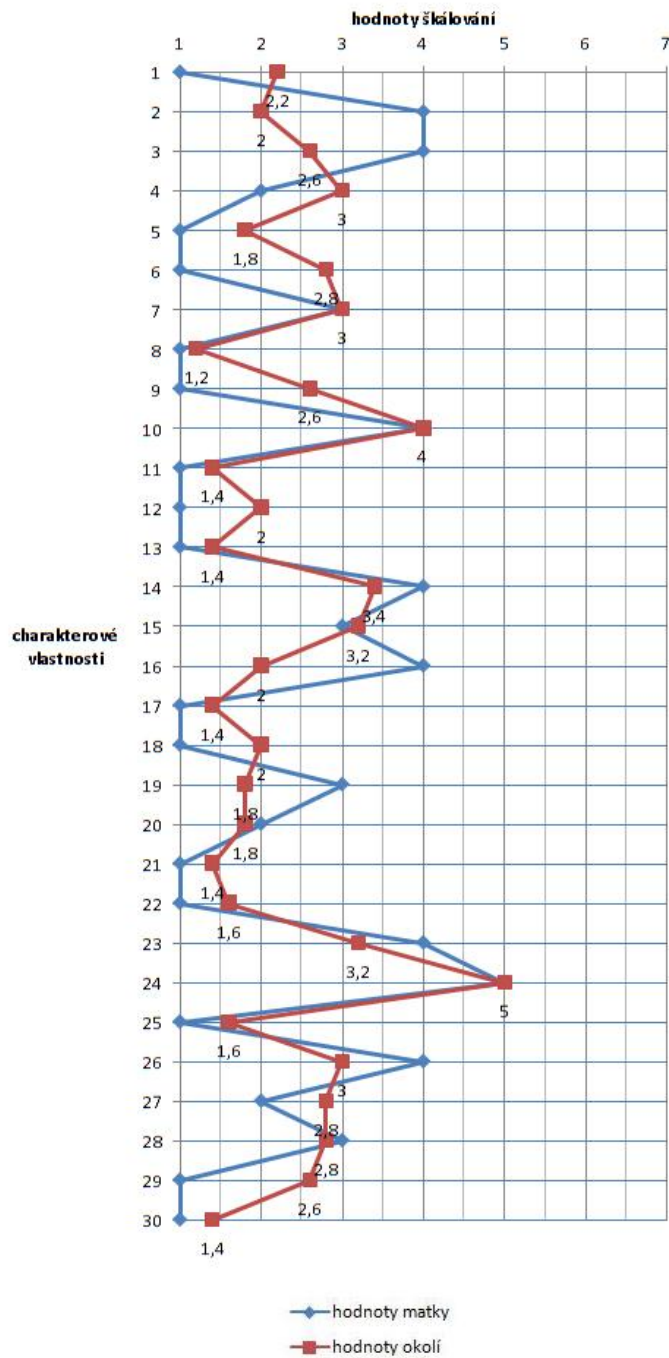
Největší rozdílnost od aritmetického průměru okolí a hodnoty matky bylo u vlastností vstřícná x urážlivá a bezstarostná x stresovaná, kdy okolí hodnotí matku jako více urážlivou a stresovanou. Nejmenší rozdílnost byla zaznamenána u vlastností důvěryhodná x nedůvěryhodná a to s nulovou směrodatnou odchylkou.

V rozdílu aritmetického průměru okolí od stabilně dané hodnoty matky se Jana ve třech bipolárních adjektivech podhodnocuje, naopak v dalších dvanácti se hodnotí pozitivněji než její okolí. Snížené sebepojetí prokazuje u vlastností temperamentní x poddajná, atraktivní x nevzhledná, skromná x marnotratná. Zvýšené sebepojetí prokazuje u vlastností cílevědomá x nerozhodná, optimistická x pesimistická, pečující o sebe x zanedbaná, ochotná x sobecká, vyrovnaná x nevyrovnaná, spolehlivá x nespolehlivá, vstřícná x urážlivá, schopná se vcítit x neschopná se vcítit, společenská x samotářská, aktivní x líná, veselá x hloubavá.

Shrnutí: U Jany nebyl prokázán důraz na sebekritičnost. Naopak počet bipolárních adjektiv ukazuje na výrazné pozitivnější hodnocení. V rozdílu hodnot od okolí se chápe jako více veselá, aktivní, společenská, schopná se vcítit, spolehlivá, vyrovnaná, ochotná, bezstarostná, pečující o sebe, optimistická a cílevědomá. Sebekritičnost se projevuje u vlastností marnotratná, nevzhledná a poddajná.

5.2.4 Marie

Marie je žena bez psychiatrického onemocnění. Na níže vyobrazeném grafu můžeme vidět numerickou škálu sebeposouzení, kde modrý graf zaznamenává hodnoty Marie a červený graf hodnoty jejího okolí.



Graf 4 Numerická škála sebeposouzení – Marie

Hodnota (modus), která se ve škále hodnot okolí na sebesouzení Marie vyskytuje nejčastěji je hodnota 1. Nejvíce popisovaná prostřední hodnota z řady hodnot okolí matky (medián) je hodnota 2.

Škálování okolí matky nedosáhlo nejvyššího minima a maxima. Minimum činilo číslo 1 a maximum číslo 6. Nikdo z okolí respondentky se neuchýlil k negativní hodnotě 7.

Největší rozptyl 1,624808 byl zaznamenán u vlastností vstřícná x urážlivá, houževnatá x ústupná, kde se okolí matky nemohlo shodnout na přiřazené vlastnosti. Naopak nejmenší rozptyl byl zaznamenán u vlastností veselá x hloubavá, kdy směrodatná odchylka byla číslo 0, tudíž byla prokázána známka plné shody.

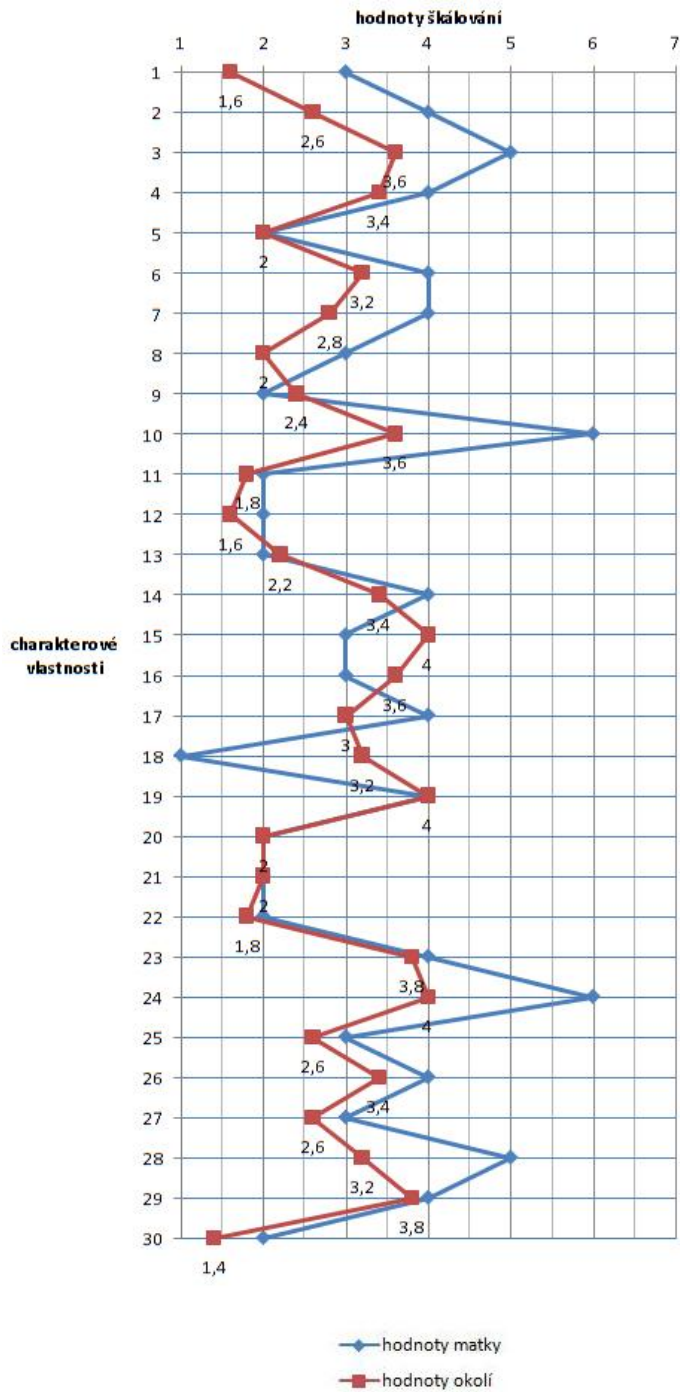
Největší rozdílnost aritmetického průměru okolí od hodnoty matky bylo u vlastností aktivní x líná, vstřícná x urážlivá, kdy okolí hodnotí ženu více línou a urážlivou než ona sama. Nejmenší rozdílnost a tudíž vzájemná shoda v numerické škále proběhla u vlastností společenská x samotářská, ústupná x tvrdohlavá, extrovert x introvert.

V rozdílu aritmetického průměru okolí od stabilně dané hodnoty matky se Marie v šesti bipolárních adjektivech podhodnocuje, naopak v sedmi bipolárních adjektivech se hodnotí pozitivněji než její okolí. Snížené sebepojetí prokazuje u vlastností veselá x hloubavá, temperamentní x poddajná, vyrovnaná x nevyrovnaná, sebevědomá x nesebevědomá, bezstarostná x stresovaná, optimistická x pesimistická. Zvýšené sebepojetí prokazuje u vlastností houževnatá x ústupná, rozvážná x roztržitá, důsledná x laxní, stabilní x náladová, aktivní x líná, vstřícná x urážlivá, starostlivá x lhostejná.

Shrnutí: U Marie nebyl prokázán důraz na sebekritičnost, avšak tato hranice je velmi nízká. V rozdílu od okolí se chápe více jako pesimistická, stresovaná, nesebevědomá, hloubavá, poddajná a nevyrovnaná. Naopak se nadhodnocuje ve vlastnostech jako důsledná, stabilní, aktivní, vstřícná, starostlivá, rozvážná a houževnatá.

5.2.5 Blanka

Blanka je žena, u které byla diagnostikovaná laktační psychóza. Na níže vyobrazeném grafu můžeme vidět numerickou škálu sebeposouzení, kde modrý graf zaznamenává hodnoty Blanky a červený graf hodnoty jejího okolí.



Graf 5 Numerické škálování sebeposouzení – Blanka

Hodnota (modus), která se ve škále sebeposouzení okolí vůči Blance vyskytuje nejčastěji je hodnota 3. Nejvíce popisovaná prostřední hodnota z řady hodnot okolí matky (medián) je hodnota 3.

Škálování okolí matky nedosáhlo největšího minima a maxima. Minimum činilo číslo 1 a maximum číslo 5. Negativní hodnota 6 a 7 nebyly použity.

Největší rozptyl 1,32665 byl zaznamenán u vlastností cílevědomá x nerozhodná a rozvážná x roztržitá, kde se okolí matky nemohlo shodnout na přiřazené vlastnosti. Naopak nejmenší rozptyl byl zaregistrován u vlastností pečující x pasivní a asertivní x hádavá. Rozptyl činil hodnotu 0, tudíž plnou shodu okolí na sebeposouzení matky.

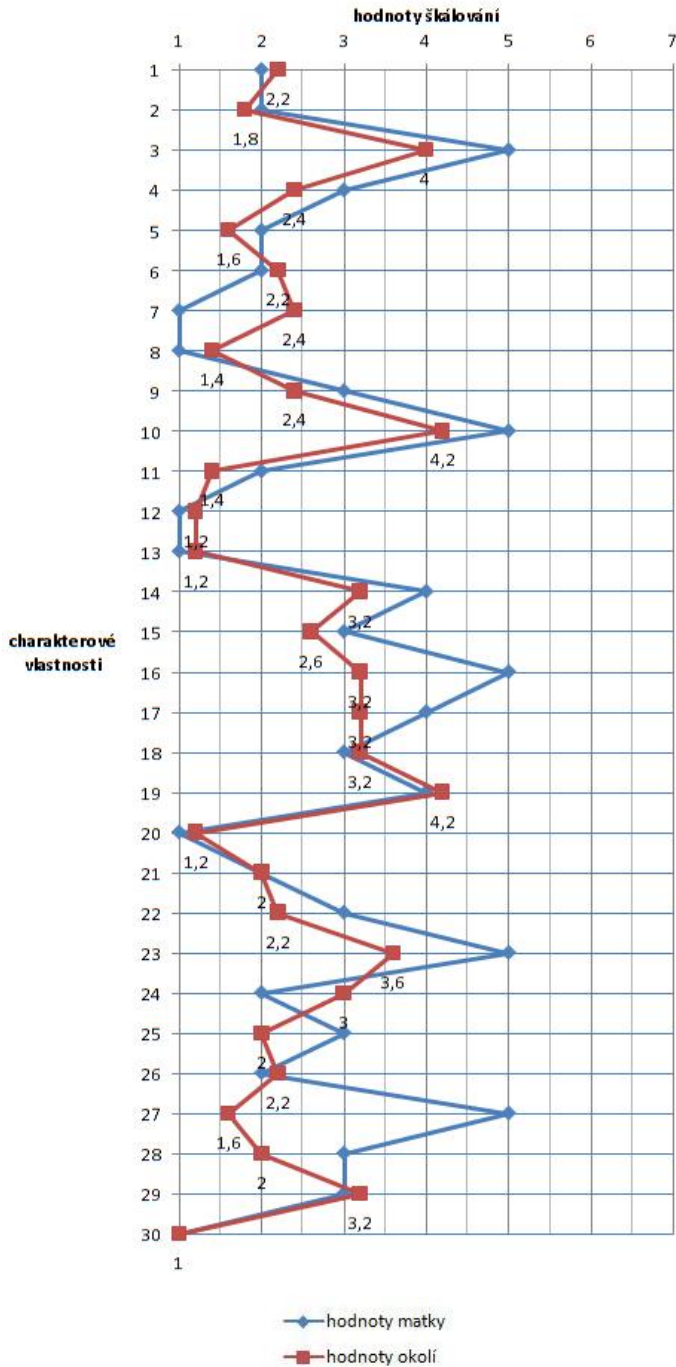
Největší rozdílnost od aritmetického průměru okolí a hodnoty matky bylo u vlastností ústupná x tvrdohlavá a rozvážná x roztržitá, kde okolí hodnotí ženu více tvrdohlavou a roztržitou. Nejmenší rozdílnost a tudíž vzájemná shoda v numerické škále sebeposouzení proběhla u vlastností pečující x pasivní, sebevědomá x nesebevědomá, ochotná x sobecká, pořádná x ledabylá.

V rozdílu aritmetického průměru okolí od pevně dané hodnoty matky se Blanka v devíti bipolárních adjektivech podhodnocuje, naopak ve dvou bipolárních adjektivech se hodnotí pozitivněji než její okolí. Snížené sebepojetí prokazuje u vlastností důsledná x laxní, veselá x hloubavá, temperamentní x poddajná, společenská x samotářská, schopná se vcítit x neschopná se vcítit, ústupná x tvrdohlavá, atraktivní x nevzhledná, extrovert x introvert, cílevědomá x nerozhodná. Zvýšené sebeposouzení prokazuje u vlastností rozvážná x roztržitá a asertivní x hádavá.

Shrnutí: U Blanky bylo prokázáno snížené sebeposouzení. V rozdílu od okolí se chápe jako více laxní, hloubavá, poddajná, samotářská, neschopná se vcítit, tvrdohlavá, nevzhledná, introvertní a nerozhodná. Naopak se nadhodnocuje ve vlastnostech jako je rozvážná a asertivní.

5.2.6 Anna

Anna je žena bez psychiatrického onemocnění. Na níže vyobrazeném grafu můžeme vidět numerickou škálu sebeposouzení, kde modrý graf zaznamenává hodnoty Anny a červený graf hodnoty jejího okolí.



Graf 6 Numerická škála sebeposouzení - Anna

Hodnota (modus), která se ve škále hodnot okolí na sebeposouzení Anny vyskytuje nejčastěji je číslo 2. Nejvíce popisovaná prostřední hodnota z řady hodnot okolí na sebeposouzení matky (medián) je hodnota 2.

Škálování okolí matky dosáhlo nejvyššího minima a maxima. Minimum činilo číslo 1 a maximum číslo 7.

Největší rozptyl 2,227106 byl zaznamenán u vlastností sebevědomá x nesebevědomá, kde se okolí nemohlo shodnout na přiřazené vlastnosti. Naopak nejmenší rozptyl byl zaregistrován u vlastností zodpovědná x nezodpovědná a temperamentní x poddajná. Rozptyl činil číslo 0.

Největší rozdílnost od aritmetického průměru okolí a hodnoty matky bylo u vlastností skromná x marnotratná a vyrovnaná x nevyrovnaná, kdy okolí hodnotí ženu jako více vyrovnanou a skromnou. Nejmenší rozdílnost a tudíž vzájemná shoda v numerické škále proběhla u vlastností pořádná x ledabylá a zodpovědná x nezodpovědná.

V rozdílu aritmetického průměru okolí od pevně dané hodnoty matky se Anna v šesti bipolárních adjektivech podhodnocuje, naopak ve dvou bipolárních adjektivech se hodnotí pozitivněji než její okolí. Snížené sebepojetí prokazuje u vlastností cílevědomá x nerozhodná, skromná x marnotratná, pečující o sebe x zanedbaná, bezstarostná x stresovaná, vyrovnaná x nevyrovnaná, temperamentní x poddajná. Zvýšené sebeposouzení prokazuje u vlastností společenská x samotářská, extrovert x introvert.

Shrnutí: U Anny byl prokázán důraz na sebekritičnost k vlastní osobě. V rozdílu od okolí se chápe více jako nerozhodná, marnotratná, zanedbaná, stresovaná, nevyrovnaná a poddajná. Naopak se nadhodnocuje ve vlastnostech jako společenská a extrovertní.

5.3 Shrnutí výzkumné části

V této kapitole poskytuji údaje, které mi přinesla praktická část. V první řadě se zaměřím na výsledky, které mi přinesly rozhovory. V druhé řadě se zaměřuji na výsledky numerické škály sebeposouzení.

5.3.1 Shrnutí výsledků rozhovorů

Na základě získaných údajů z rozhovoru se pokusím odpovědět na dílčí výzkumné otázky, které jsem si stanovila:

- ✓ *Mají ženy s laktační psychózou nižší tělesné sebepojetí než ženy bez psychiatrického onemocnění?*

V 1. skupině (**Romana x Lenka**) jsou vidět znaky nižšího sebepojetí tělesného vnímání u Lenky více než u Romany. Lenka je žena bez psychiatrického onemocnění. Se svým tělem není spokojena, ale zároveň se ho nesnaží zlepšovat. Romana je částečně spokojena. Svůj vzhled dává za vinu jak lékům, tak životnímu stylu. Na rozdíl od Lenky usiluje o zlepšení cvičením.

Ve 2. skupině (**Jana x Marie**) pozoruji znaky nižšího sebepojetí u Jany, což je žena s diagnostikovanou laktační psychózou. Svoje tělo nenáviděla a dávala to za vinu manželovi a dítěti, postupem času došla ke smíření. Marie je s postavou spokojená. Zlepšila by pouze estetickou stránku obličeje a to víčka.

Ve 3. skupině (**Blanka x Anna**) spatřuji znaky nižšího sebepojetí u Blanky, která má diagnostikovanou laktační psychózu po druhém dítěti. Postavu dává za vinu tomuto onemocnění. Dokud laktační psychóza nevypukla, tak neměla negativní náhled na tělesné sebepojetí. Po diagnostikování této nemoci nastalo léčení pomocí farmak. Anna své tělesné sebepojetí hodnotí kladně. Váhu si hlídá pomocí cvičení.

Dílčí cíl o nižší úrovni tělesného sebepojetí žen s laktační psychózou a žen bez psychiatrického onemocnění se mi potvrdil ve dvou skupinách a to skupině číslo dva a tři.

- ✓ *Mají ženy s laktační psychózou nižší sebepojetí v oblasti psychické identity než ženy bez psychiatrického onemocnění?*

V 1. skupině (**Romana x Lenka**) zaznamenávám snížené sebepojetí u Lenky především v oblasti rozvoje psychické identity pochvaly sebe sama. Ohledně rozhodování a postoji k vlastní identitě jsou Romana s Lenkou na podobné úrovni.

Ve 2. skupině (**Jana x Marie**) spatřuji snížené sebepojetí u Jany. Dříve neuznávala rozvoj psychické identity ve formě pochvaly sebe sama. Nyní už se v této činnosti zlepšuje za pomoci jiných lidí. Další jev mohu vidět také v sebekontrolě, kdy se Jana dříve prokázala nižší sebekontrolou.

Ve 3. skupině (**Blanka x Anna**) je značné nižší sebepojetí viditelné u Blanky, která je k rozvoji sebepojetí sebe sama skeptická, často se nepochválí, nedaří se jí zvládat svoje nálady, je spíše introvertní než Anna a v rozhodování spoléhá na druhou osobu.

Dílčí cíl o úrovni psychické identity žen s laktační psychózou a žen bez psychiatrického onemocnění se mi potvrdil ve dvou skupinách a to skupině číslo dva a tři.

- ✓ *Mají ženy s laktační psychózou nižší sebepojetí v oblasti sociální identity matky než ženy bez psychiatrického onemocnění?*

V 1. skupině (**Romana x Lenka**) se nižší sebepojetí projevuje u Lenky jako ženy bez psychiatrického onemocnění. V domácnosti se hodnotí nižší známkou, než Romana. Proti negativnímu hodnocení okolí se staví útočně, kdyžto na Romanu negativního hodnocení vliv. Obě se s rolí matky ztotožňují, ale Romana pro svoje děti nebyla oporou, když byla hospitalizována v nemocnici.

Ve 2. skupině (**Jana x Marie**) pozoruji snížené sebepojetí u Jany, která má diagnostikovanou laktační psychózu. V domácnosti se hodnotí nižší známkou, než Marie. Proti negativnímu hodnocení okolí se obě staví útočně. Se svojí rolí matky se ztotožňují. Oporou pro svoje děti Jana nebyla v průběhu laktační psychózy, nyní si myslí, že už ano. Marie se považuje za pevnou oporu pro svoje děti.

Ve 3. skupině (**Blanka x Anna**) spatřuji nižší sebepojetí u Blanky. Obě dvě ženy se hodnotí v domácnosti známkou ve středních hodnotách. Anna však je přesvědčena, že i přesto všechno svoji domácnost zvládá. Blanka se snaží nepadnout vyčerpáním, protože je pro ni starost o domácnost náročná.

Tabulka 6 Výsledky sebepojetí žen na základě dat získaných z rozhovorů

Výsledky sebepojetí žen na základě dat získaných z rozhovorů				
Skupina	Jméno	Tělesné sebepojetí	Psychická identita	Sociální identita
1.	Romana	↑	↑	↑
	Lenka	↓	↓	↓
2.	Jana	↓	↓	↓
	Marie	↑	↑	↑
3.	Blanka	↓	↓	↓
	Anna	↑	↑	↑

↑ šipka nahoru označuje vyšší sebepojetí

↓ šipka dolů označuje nižší sebepojetí

Hlavní výzkumná otázka zněla: *Je úroveň sebepojetí u žen s laktační psychózou nižší než u žen bez psychiatrického onemocnění?* V rámci praktické části jsem předpokládala, že ženy s laktační psychózou mají nižší sebepojetí než ženy bez psychiatrického sebepojetí. Tato hypotéza se mi potvrdila u skupiny dva a tři.

5.3.2 Shrnutí výsledků doplňkové metody výzkumu

Numerická škála sebeuposouzení mi poskytla zajímavé údaje. Předpokládala jsem, že ženy s laktační psychózou budou mít kritičtější náhled na sebe samu než ženy bez psychiatrického onemocnění. Tato hypotéza se mi ovšem nepotvrdila. Snížené sebeuposouzení se objevilo ve třetí skupině u Blanky a Anny. Blanka je žena s diagnostikovanou laktační psychózou. Její kritické sebeuposouzení bylo nejvyšší. Bylo zaznamenáno devět adjektiv, ve kterých sebe sama negativně hodnotí. Anna je žena bez psychiatrického onemocnění. Její míra sebekritiky nebyla tak velká jako u Blanky, přesto bylo u Anny zaznamenáno šest adjektiv, kdy sebe sama hodnotila negativněji než její okolí.

5.4 Doporučení pro praxi

Výsledky získané praktickou částí mé práce mohou být použity v mnoha oblastech:

1. Organizace pomáhající duševně nemocným

Česká republika má nedostatek komunitních zařízení, ve kterých by mohli duševně nemocní žít nebo se scházet. Přesto se najdou světlé výjimky - třeba jako zařízení Horizont ve Zlínském kraji, jehož cílem je podpora a pomoc dospělým lidem s duševním onemocněním znovu nalézt a využít vlastní síly k naplnění života v oblasti zájmů, vztahů a pracovního uplatnění. Jedním z cílů, které toto zařízení naplňuje je podpora a rozvíjení předností a silných stránek uživatele.

Matky s laktační psychózou jsou svým způsobem zvláštní skupina. Mezi běžnou populací nejsou k rozeznání, přesto když dojde k ataku nemoci, tak ztrácí kontakt s realitou a jsou hospitalizovány v psychiatrické léčebně. Návrat z léčebny určitě pro ně není lehkou záležitostí. Zařízení Horizont jim pomůže s integrací zpátky do společnosti nebo zvýšením sebehodnocení.

2. Získání znalostí o dané problematice

Jako sociální pedagogové máme velký výběr pracovního uplatnění. V rámci praxe nebo později v rámci hledání práce se můžeme dostat mezi osoby s duševním onemocněním. Tato bakalářská práce může sloužit k doplnění stávajících poznatků. Jestliže se objeví klientka s tímto typem onemocnění, budu vědět, jak s ní mám jednat, popřípadě na jaké části sebepojetí se mám zaměřit.

3. Informování veřejnosti

Zdravotní výchova veřejnosti směřuje ke změně postojů zdravých lidí vůči duševně nemocným. Dostatečné informace mohou zabezpečit obrat v negativním postoji vůči duševně nemocným a omezit tak dané předsudky.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zdali je úroveň sebepojetí žen s laktační psychózou nižší než u žen bez psychiatrického onemocnění. Stanovila jsem si tři základní oblasti zkoumání: tělesné sebepojetí, psychická identita a sociální identita matky, kde jsem se nechala inspirovat Vágnerovou (2010), která tyto oblasti považuje za základní složky sebepojetí.

Teoretickou část jsem si rozdělila do tří oblastí. V první fázi jsem definovala stěžejní pojem sebepojetí, kde jsem se zabývala historií, současným pohledem, vývojem, základními i charakteristickými znaky. Popsala jsem také základní metody výzkumu sebepojetí. Druhou zásadní oblastí byla laktační psychóza. V této kapitole jsem se věnovala psychiatrickému onemocnění laktační psychóze jako nejtěžší fázi poporodního období, jejím průběhem, hlavními znaky, rizikovými faktory, ale také léčbou. Třetí a poslední částí byla sociální psychiatrie jako obor uplatnění získaných dat v této práci.

V praktické části jsem nejdříve popsala a zdůvodnila metodologii prováděného výzkumu. Stanovila jsem si hlavní cíl a tři základní dílčí cíle. Vzhledem k vymezenému cíli jsem si vybrala kvalitativně orientovaný přístup. Před stanovenou metodou hloubkového rozhovoru jsem si ženy utřídila do třech skupin na základě předem vytyčených znaků. Metodou vytváření trsů jsem rozebrala data z rozhovoru. Vznikly mi kategorie charakterizované opakujícími se znaky. Následně jsem provedla komparaci. Na vybraném vzorku šesti respondentek jsem chtěla poukázat na rozdílnost v sebepojetí žen s laktační psychózou a žen bez psychiatrického onemocnění, kdy jsem se domnívala, že ženy s laktační psychózou mají snížené sebepojetí, protože si prošly obdobím léčby, která mohla poznamenat jejich tělesné sebepojetí, obdobím nepřijetí jejich dítěte, což mohlo vést ke sníženému sebepojetí v roli matky a také obdobím diagnostikování duševní nemoci, která jako forma předsudků společnosti proti její osobě mohla vést ke snížené psychické identitě.

Doplňující metodou k praktické části bylo použití numerické škály sebesouzení, kde jsem chtěla poukázat na to, že žena může svoje charakterové vlastnosti vnímat více či méně kriticky než její okolí a může mít jiný pohled na svoji osobnost.

Jsem si vědoma skutečnosti, že výsledky mé práce nebudou přenositelné na další vzorek žen, protože každá žena je charakterizována vlastní individualitou a vlastním sebepojetí. Přesto věřím, že má práce může posloužit jako podnět pro práci s veřejností jako forma protidiskriminačního jednání nebo přímo pro práci s takto postiženými ženami.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BLATNÝ, M. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
- [2] ČAČKA, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-107-0.
- [3] ČÁP, J., ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V. *Psychologie. Obecná psychologie pro střední pedagogické školy*. Praha: H & H, 1998. ISBN 80-86022-36-6.
- [4] ČEPICKÝ, P., ČERNÁ, M. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence. Příručka pro gynekology-porodníky*. Praha: Levret, 2006. ISBN 80-903183-9-8.
- [5] DANIEL, J. *Prehl'ad všeobecnej psychológie*. Nitra: Enigma, 2005. ISBN 80-89132-05-7.
- [6] DÖRNER, K. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- [7] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- [8] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0197-9.
- [9] FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
- [10] FIALOVÁ, L. *Jak dosáhnout postavy snů. Možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1622-4.
- [11] GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- [12] GASKIN, I. M. *Zázrak porodu*. Doubice: One Woman Press, 2010. ISBN 978-80-86356-48-8.
- [13] GEISEL, E. *Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady*. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-32-9.

- [14] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [15] HARTL, P., HARTLOVÁ-CÍSAŘOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [16] HERMAN, E., PRAŠKO, J., SEIFERTOVÁ, D. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune CZ, 2007. ISBN 978-80-903708-9-0.
- [17] HODGSON, S. *Psychologické a jiné výběrové testy. Jak se připravit a úspěšně zvládnout různé typy testů*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1945-0.
- [18] HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
- [19] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [20] KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- [21] KRCH, F. D. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0527-3.
- [22] LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- [23] MIKULÁŠTÍK, M. *Manažerská psychologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1349-6.
- [24] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [25] MORGAN, C., BHUGRA, D. *Principles of Social Psychiatry*. Oxford: John Wiley & Sons, 2010. ISBN 978-0-470-69713-9.
- [26] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.
- [27] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1198-6.
- [28] NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0628-1.

- [29] NAKONEČNÝ, M. *Průvodce dějinami psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85937-23-9.
- [30] NAKONEČNÝ, M., HYHLÍK, F. *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1973.
- [31] NONACS, R. *A deeper Shade of Blue. A Woman's Guide to Recognizing and Treating Depression in Her Childbearing Years*. New York: Simon&Schuster, 2006. ISBN 978-0-7432-9351-8.
- [32] PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.
- [33] RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-586-4.
- [34] RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
- [35] REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [36] SEDLÁČKOVÁ, D. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2685-4.
- [37] SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister , 2004. ISBN 80-86598-65-9.
- [38] SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18X.
- [39] STRAUSS, A; CORBIN, J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- [40] VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.
- [41] VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.
- [42] VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

[43] VYSEKALOVÁ, J., MIKEŠ, J. *Image a firemní identita*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2790-5.

[44] WIDEROVÁ, Jennifer. *Pomoc! Jak se nezbláznit po porodu*. Praha: Metafora, 2009. ISBN 978-80-7359-202-8.

Odborné časopisy:

[45] *Aperio*. Společnost pro zdravé rodičovství. Praha: Aperio, 2006. ISSN 1214-7389.

[46] ČESKOVÁ, E. Vliv léčby antidepresiv na hmotnost. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, č. 4, [cit. 2011-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2009/04/06.pdf>>.

[47] FAIT, T. Šestinedělí. In *Moderní babičtví* [online]. Praha: SEND, 2006 [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/clanek.php?c=7>>.

[48] FAIT, T. Šestinedělí. In *Moderní babičtví* [online]. Praha: SEND, 2008 [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/clanek.php?c=2>>.

[49] SIT, D., ROTHSCCHILD, A. J., WISNER, K. L. A Review of Postpartum Psychosis. *Journal of Women's Health*. 2006, vol. 15, n. 4.

[50] STÁRKOVÁ, L. Kognitivně behaviorální terapie. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2002, č. 6, [cit. 2011-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200206-0004.php>>.

Internetové zdroje:

[51] *Centrum služeb postiženým Zlín* [online]. 2007 - 2009 [cit. 2011-04-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.cspzlin.cz/>>.

[52] *Český statistický úřad* [online]. 2009 [cit. 2011-03-25]. Porodnost. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/8F0039EF63/\\$File/400710a4.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/8F0039EF63/$File/400710a4.pdf)>.

[53] *Česká společnost KBT* [online]. 2007 [cit. 2011-03-25]. Adresář terapeutů KBT. Dostupné z WWW: <<http://www.cskbt.cz/adresar.php>>.

[54] *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2010 [cit. 2011-03-25]. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. A tak dále

ČSKBT Česká společnost kognitivně behaviorální terapie

IPT Interpersonální psychoterapie

KBT Kognitivně behaviorální terapie

MKN-10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (desátá revize)

Tj. To jest

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1</i> Vývoj Jáství	16
-------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1</i> Vývoj sebepojetí dle Balcara.....	22
<i>Tabulka 2</i> Složení výzkumného vzorku	42
<i>Tabulka 3</i> Složení výzkumného vzorku první skupiny	48
<i>Tabulka 4</i> Složení výzkumného vzorku druhé skupiny	55
<i>Tabulka 5</i> Složení výzkumného vzorku třetí skupiny	61
<i>Tabulka 6</i> Výsledky sebepojetí žen na základě dat získaných z rozhovorů	83

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1</i> Numerická škála sebeposouzení - Romana	69
<i>Graf 2</i> Numerická škála sebeposouzení – Lenka	71
<i>Graf 3</i> Numerická škála sebeposouzení – Jana	73
<i>Graf 4</i> Numerická škála sebeposouzení – Marie	75
<i>Graf 5</i> Numerické škálování sebeposouzení – Blanka.....	77
<i>Graf 6</i> Numerická škála sebeposouzení - Anna.....	79

SEZNAM PŘÍLOH

***PI** Otázky do rozhovoru*

***PII** Numerická škála sebeposouzení*

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY DO ROZHOVORU**A. Obraz vlastního těla**

1. Jak byste popsala vztah k vlastnímu tělu?
2. Mění se tato spokojenost/nespokojenost s Vaším tělem? Jak často?
3. Co je pro Vás na těle nejdůležitější? (nejkrásnější?)
4. Která část je pro Vás nejméně atraktivní?
5. Jak se vyrovnáváte s nedostatky, které se týkají Vašeho vzhledu?
6. Zapříčinila Vám někdy postava navození špatné nálady?
7. Jak vypadala Vaše postava před a po prvním porodu?
8. Pociťujete zhoršení?
9. Jak o sebe pečujete? (kosmetika, líčení, kadeřnice)
10. Dodržujete zdravou životosprávu?
11. Sportujete?
12. Když se vidíte na fotografii, co pociťujete?
13. Jaký typ postavy se Vám líbí?
14. Uvažovala jste o plastické operaci, která Vám pozměnila libovolnou část těla?
Ano? Jakou...
Ano/Ne – proč?
15. Co vidíte, když se ráno podíváte do zrcadla?
16. Co by se muselo stát, abyste svým tělem začala pohrdat?
17. Cítíte se méněcenná, když se podíváte na billboard s modelkou ve spodním prádle?
18. Existuje v povědomí západní kultury ideály matky (po tělesné stránce)?
19. Komu byste se chtěla podobat?

B. Osobní identita

20. Umíte se pochválit?
21. Stává se Vám, že jednáte jinak, než byste chtěla?
22. Čím si děláte radost?
23. Jaké denní situace jsou pro Vás nejobtížnější?
24. Za koho se považujete?
25. Daří se Vám ovládat své nálady?
26. Promýšlíte, jak chcete žít a co chcete v životě dělat?
27. Když provádíte důležité rozhodnutí, na koho se spoléháte?

28. Jak dlouho na toto rozhodnutí budete potřebovat času?
29. Jakými hodnotami se v osobním životě řídíte?
30. Máte pevně a jasně stanovené životní cíle?
31. Necháváte si své pocity nebo zážitky pro sebe?
32. Věříte na osud?
33. Jaký je Váš životní cíl?

C. Sociální identita

34. Co je na práci matky nejtěžší?
35. V jaké činnosti v domácnosti se cítíte nejistá?
36. Jakou činnost zvládáte lépe než jiné matky?
37. Kdybyste měla ohodnotit svoji práci v domácnosti, jakou známku byste si přidělila?
Nejhorší 0 – 10 nejlepší. Proč tak nízká, vysoká?
38. Jak byste jednala v situaci, kdyby Vás někdo nazval neschopnou matkou?
39. Co Vás stojí největší úsilí v roli matky?
40. Jak chápete pojem rodinné štěstí?
41. Podle této definice, co jste mi popsala, myslíte, že spadáte do kategorie rodiny, která prožívá rodinné štěstí?
42. Máte vzor ve své matce?
43. Jak vypadá váš běžný den?
44. Jak by vypadal váš život bez dítěte?
45. Jste pro svoje dítě oporou?

Otázky pouze, jestli je žena zadaná/vdaná:

46. *Pomáhá Vám partner/muž s chodem domácnosti?*
Ano? – V jaké činnosti?
Ne? – Uvítala byste tuto pomoc?
47. *Máte oporu v partnerovi?*
48. *Má (ne)spokojený partnerský vztah vliv na výchovu?*
49. *Jste spokojená v partnerském životě?*

PŘÍLOHA P II: NUMERICKÁ ŠKÁLA SEBEPOSOUZENÍ

Pokyny pro vyplnění tabulky:

- Před sebou vidíte škálu pozitivních a negativních adjektiv
- Označte hodnotu na škále od 1 do 7, která se **nejvíce** přibližuje vlastnostem osoby, která je předmětem výzkumu
- Označení vyběrejte tak, aby bylo snadno rozpoznatelné

Příklad:

počet	+ (pozitivní)	Hodnoty							- (negativní)
1	veselá	1	2	3	4	5	6	7	smutná
2	laskavá	1	2	3	4	5	6	7	nepříjemná

- ✓ Hodnota 4 je hodnotou, která zaujímá neutrální postoj mezi vlastnostmi veselá a smutná
- ✓ Hodnota 1 se nejvíce blíží k vlastnosti veselá
- ✓ Hodnota 7 se nejvíce blíží k vlastnosti smutná

počet	+ (pozitivní)	Hodnoty							- (negativní)
1	důsledná	1	2	3	4	5	6	7	laxní
2	veselá	1	2	3	4	5	6	7	hloubavá
3	temperamentní	1	2	3	4	5	6	7	poddajná
4	stabilní	1	2	3	4	5	6	7	náladová
5	pečující	1	2	3	4	5	6	7	pasivní
6	aktivní	1	2	3	4	5	6	7	líná
7	společenská	1	2	3	4	5	6	7	samotářská
8	schopná se vcítit	1	2	3	4	5	6	7	neschopná se vcítit
9	vstřícná	1	2	3	4	5	6	7	urážlivá
10	ústupná	1	2	3	4	5	6	7	tvrdohlavá
11	spolehlivá	1	2	3	4	5	6	7	nespolehlivá

12	starostlivá	1	2	3	4	5	6	7	lhostejná
13	důvěryhodná	1	2	3	4	5	6	7	nedůvěryhodná
14	čilá	1	2	3	4	5	6	7	unavená
15	asertivní	1	2	3	4	5	6	7	hádavá
16	vyrovnaná	1	2	3	4	5	6	7	nevyrovnaná
17	atraktivní	1	2	3	4	5	6	7	nevzhledná
18	rozvážná	1	2	3	4	5	6	7	roztržitá
19	sebevědomá	1	2	3	4	5	6	7	nesebevědomá
20	ochotná	1	2	3	4	5	6	7	sobecká
21	pořádná	1	2	3	4	5	6	7	ledabylá
22	důkladná	1	2	3	4	5	6	7	lajdácká
23	bezstarostná	1	2	3	4	5	6	7	stresovaná
24	extrovert	1	2	3	4	5	6	7	introvert
25	pečující o sebe	1	2	3	4	5	6	7	zanedbaná
26	optimistická	1	2	3	4	5	6	7	pesimistická
27	skromná	1	2	3	4	5	6	7	marnotratná
28	cílevědomá	1	2	3	4	5	6	7	nerozhodná
29	houževnatá	1	2	3	4	5	6	7	ústupná
30	zodpovědná	1	2	3	4	5	6	7	nezodpovědná