

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Radka Ondřejková

**Vliv nepříznivých psychosociálních faktorů
na těhotenství, plod a porod**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Anotace

Název práce: Vliv nepříznivých psychosociálních faktorů na těhotenství, plod a porod

Název práce v AJ: Impact of adverse psychosocial factors on pregnancy, fetus and birth

Datum zadání: 2011 - 01 - 30

Datum odevzdání: 2011 - 05 - 06

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Autor práce: Radka Ondřejková

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce je zaměřena na vliv nepříznivých psychosociálních faktorů ovlivňujících těhotenství, plod a porod. Cílem bylo zmapovat průběh těhotenství a porodu u žen, které před otěhotněním nebo v době těhotenství prožívaly výrazné zátěžové (stresové) situace. Dalším cílem bylo zmapování vlivu těchto nepříznivých psychosociálních faktorů na plod, jako hlavní subjekt těhotenství a porodu.

Teoretická část práce se zabývá problematikou psychologie ženy, psychickými změnami v těhotenství, psychologií porodu, přibližuje pojmy stres, zátěž, adaptace a v závěru shrnuje psychosociální rizika, která mohou působit na průběh těhotenství a vývoj plodu.

Praktická část práce je věnována výzkumnému šetření anonymní dotazníkovou metodou. Zjištěné údaje jsou zpracovány do tabulek a grafů, výsledky jsou shrnuty v diskuzi a závěru práce.

Klíčová slova v ČJ:

těhotenství, vliv zátěže na plod, psychologie porodu, psychika ženy, psychické změny v těhotenství, stres v těhotenství, zátěž v těhotenství, psychosociální rizika v těhotenství

Abstrakt v AJ:

The thesis is focused on the impact of adverse psychosocial factors affecting pregnancy, childbirth and the fetus. The aim was to chart the course of pregnancy and childbirth in women before pregnancy or during pregnancy experienced a considerable load (stress) situations. Another objective was to find out the impact of adverse psychosocial factors on the fetus, as the main subject of pregnancy and childbirth.

The theoretical part deals with the psychology of women, psychological changes during pregnancy, childbirth psychology and outlines the terms stress, adaptation and finally summarizes the psychosocial risks that may affect pregnancy and fetal development.

The practical part is devoted to research an anonymous questionnaire. Observed data are processed into tables and graphs, the results are summarized in the discussion and conclusion.

Klíčová slova v AJ:

pregnancy, the effect of load on the fetus, the birth of psychology, psyche of women, psychological changes during pregnancy, stress during pregnancy, stress during pregnancy, psychosocial risks in pregnancy

Rozsah: 56s, 13 příloh

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením
Mgr. Šárky Ježorské, Ph.D. a že jsem veškeré použité informační zdroje
uvedla v seznamu literatury.*

Olomouci dne

Radka Ondřejková

.....

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady, které mi poskytla. Poděkování patří také respondentkám, které vyplnily ochotně dotazník, bez něž bych nemohla realizovat praktickou část svojí práce. Děkuji také svojí rodině, která mě po celou dobu studia plně podporovala.

Obsah

Úvod.....	8
1 PSYCHOLOGIE ŽENY	9
2 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ	10
2.1 Psychické změny v těhotenství	10
2.1 Postoj ženy k těhotenství	10
2.3 Adaptace na rodičovství, rodičovství, role ženy – matky	11
2.4 Vývoj vazby matka – plod	11
3 STRES, ZÁTĚŽ, ADAPTACE	14
3.1 Zátěž, stres	14
3.2 Běžné typy náročných situací	15
3.3 Zvládání krizových situací	18
3.4 Sociální opora	18
3.5 Adaptace	18
4 PSYCHOLOGIE PORODU	19
4.1 Porod jako náročná životní situace	19
4.2 Chování rodičky	20
4.3 Podpora během porodu	20
4.4 Emoční krize při porodu	20
5 PSYCHOSOCIÁLNÍ RIZIKA OVLIVŇUJÍCÍ	21
5.1 Sociální statut.....	21
5.2 Životní styl.....	21
5.3 Stres v těhotenství.....	26
5.4 Fyzické násilí, rodinné konflikty	27
5.5 Nechtěné těhotenství.....	27
6 CÍLE PRÁCE	28
7 METODIKA PRÁCE	28
7.1 Metoda výzkumného šetření	28
7.2 Soubor respondentů	28
7.3 Realizace výzkumného šetření.....	37
7.4 Zpracování dat	37
8 INTERPRETACE DAT VE VZTAHU K CÍLŮM PRÁCE.....	38
8.1 Interpretace dat ve vztahu k cíli č. 1	38

8.2	Interpretace dat ve vztahu k cíli č. 2	42
8.3	Interpretace dat ve vztahu k cíli č. 3	48
9	DISKUZE	52
10	ZÁVĚR.....	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
	PŘÍLOHY	58

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si ne zvolila náhodou. Stres je na denním pořádku mnohých z nás, jsou na nás kladeny vysoké požadavky a problémy se nevyhýbají ani těhotným ženám. Těhotenství i porod je pro každou ženu jedinečným zážitkem, ovšem ne vždy probíhá vše bez komplikací a podle našich představ.

Námět práce jsem objevila v knize Aplikovaná psychologie porodnictví (Ratislavová, 2008). Ratislavová se zde zmiňuje o nepříznivých faktorech ovlivňujících těhotenství. Řadí mezi ně mimo jiné nízký věk rodiček, nechtěné otěhotnění, tíživou socioekonomickou situaci matek. Tématu jsem se chtěla více přiblížit z vlastní zvědavosti, zjistit, jaké zátěžové situace mohou pro ženu nastat a jak se s nimi matky vyrovnávají, protože špatný životní styl a návyky ovlivní negativně vývoj plodu a mohou vést i k předčasnému porodu (Větr, 2001).

Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část je zaměřena na psychologii ženy, psychologii těhotenství, stres, zátěž a adaptaci, psychologii porodu a rizikové psychosociální faktory.

V praktické části jsou vytyčeny cíle a zpracovány získané informace ve vztahu k jednotlivým stanoveným cílům práce.

1 PSYCHOLOGIE ŽENY

Vliv na vývoj ženské psychiky má spojení několika faktorů (biologických, sociálních i kulturních) i zkušenosti v průběhu individuálního vývoje (ontogeneze). Přestože se někdy hovoří o pohlaví biologickém, psychickém a sociálním, jedno od druhého diferencovat nelze. Psychika a tělo totiž tvoří jeden funkční systém, který je v neustálé interakci s okolním prostředím. (*Rastislavová, 2008, s. 8*)

V procesu socializace (formování chování člověka společností), kdy nás ovlivňuje zásadním způsobem rodina, se učíme buď ženským, nebo mužským rolím. Podle Poněšického (2004) je mužství nebo ženství považováno za fakt biologický, s nímž se rodíme, je nezpochybnitelné, není konstruováno a další vývoj je stavěn právě na něm.

Přirozeným identifikačním vzorem ženy je matka. Děvčátka od narození přejímají od svých matek ženskost, s ní spojenou mateřskost, což jen umocňuje jejich další vývoj. Jedním z důsledků vzájemnosti dcery s matkou je jednodušší přístup k vlastním hloubkám, citovému životu, nevědomí. V určitých situacích se člověk automaticky snižuje na nižší vývojové stádium (regrese), vrací se ke kořenům, nechává si radit nevědomím, sny. Tento pevný základ je odpovědný např. za to, že ženy snesou více bolesti (což jim umožňuje lépe zvládat porod). Ztotožnění se s matkou pomáhá ženám lépe zvládat skutečné situace bezmoci. Ženy mají větší schopnost vcítit se do jiných. V osobním životě tato schopnost empatie mnohdy vede k tomu, že všechny problémy z okolí často přebírají na sebe, vžívají se do druhých, spoluprožívají a následně se snaží pomáhat. Někdy se dokonce až obětují. (*Poněšický, 2004, s. 37-40*)

Ženy jsou citovější, vřelejší, své emoce výrazně prožívají a dovedou je také lépe vyjádřit a projevit, více prožívají některé emoce (pocity štěstí nebo zklamání). Jejich citlivost může být vyhrocena až do náládovosti, přecitlivělosti nebo citové zranitelnosti. Pro ženu je typický vysoký důraz kladený na uspokojivé mezilidské vztahy (soukromé nebo pracovní). Její potřeba milovat a být milována je silnější, proto má tendence vytvářet mnoho různých vztahů. Ženy jsou sociálně citlivější, více se obávají opuštěnosti. V průběhu zátěžové situace jsou otevřenější, raději hledají pomoc než praktické řešení. Přestože umí být také agresivní, do sebe se uzavírají jen málokdy. (*Vágnerová, 2007, s. 37-39*)

2 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

„Těhotenství a porod jsou velmi významnou vývojovou krizí v životě ženy. Změny probíhají v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, psychické i sociální. V době těhotenství se žena vyrovnává s velkým množstvím zásadních životních změn.“
(Ratislavová, 2008, s. 16)

2.1 Psychické změny v těhotenství

Ať už je těhotenství plánované, vytoužené či nechtěné, vždy ho budou provázet psychické změny, které se projeví především v emocionální oblasti.
(www.porodnice.cz, [online] 11. 4. 2011)

Výrazné psychické změny doprovázející těhotenství jsou ovlivněny jak změnami somatickými tak i faktory sociálními a ekonomickými. Důležitý je také samotný postoj ženy k těhotenství. Těhotenství je v partnerském vztahu novým faktorem. S jeho průběhem se zvyšuje potřeba pozornosti ze strany manžela, rodiny i přátel, žena je zaměřena více na sebe a na plod. Při malých náznacích popření (zamítnutí) u ní vzniká pocit strachu až poranění. Pro těhotné bývá typická větší zranitelnost ega a návrat na nižší vývojová stádia (regrese). Během gravidity se zvyšuje přecitlivělost, podrážděnost, stísněnost, úzkost. Kladné pocity (naděje, radost) jsou prožívány také intenzivněji. Převládají však spíše negativní emoce (deprese, úzkost). (Čepický, 1999, s. 215-216)

Psychické změny provázející těhotenství se týkají nejen ženy samotné, ale i jejího okolí – partnera a rodiny. „Těhotenství přesouvá celý rodinný systém do fáze, kdy se musí znovu uspořádat rodinné role a vztahy, aby se vytvořilo místo pro očekávané dítě.“ (Roztočil, 2008, s. 104)

2.1 Postoj ženy k těhotenství

Dá se říct, že postoj ženy k těhotenství vzájemně souvisí i s rizikem předčasného porodu. Záporný postoj k těhotenství se může nepříznivě promítnout na vývoj dítěte, a to dvojnásobem. Primárně (vlivem negativních emocí matky) a sekundárně (nevhodným zacházením těhotné ženy se sebou). Podmínky pro nitroděložní vývoj plodu, jehož matka těhotenství přijímá kladně, jsou odlišné od podmínek pro plod, který je výsledkem nechtěného (neplánovaného) těhotenství. Pro fyziologický průběh těhotenství a správný vývoj plodu je důležitý jak soulad

v manželství (partnerském vztahu) tak psychická pohoda ženy, bez výrazného stresu a zvýšené tělesné i duševní námahy. (*www.ped.muni.cz, [online] 11. 4. 2011*)

U tří skupin žen (schizofreničky s bludy, ženy s hraniční inteligencí nebo normální ženy odmítající myšlenku na těhotenství) se může vyskytnout vzácný stav, tzv. „popření těhotenství“. (*Čepický, 1999, s. 218*)

2.3 Adaptace na rodičovství, rodičovství, role ženy – matky

Podle Vágnerové (2007, s. 108,109) je rodičovská role prvotně biologicky podmíněná, specifická a v mnoha směrech odlišná od ostatních rolí dospělého člověka. Má také svoji psychickou a sociální hodnotu. Je to role nadřazená a nevratná, která hraje důležitou roli v identitě dospělého člověka. Rodičovství přináší do života člověka zásadní zvrat, klade na něj velké nároky a vyžaduje změnu dosavadního životního stylu. Díky tomu vede k následnému rozvoji osobnosti dospělého jedince.

Vágnerová (2007, s. 119) dále uvádí, že období těhotenství je etapou přípravy a postupného přizpůsobení se na nastávající rodičovství. Nastávající rodiče procházejí obdobím přeměn svých rolí a vzájemného vztahu. Toto období bez pochyb představuje náročnou životní situaci pro oba rodiče. Dá se hovořit o zkoušce jejich vzájemného vztahu.

Od počátku těhotenství až po narození dítěte dochází u ženy k rozvoji mateřské identity, která je pro každé dítě naprosto jedinečná. S vývojovou krizí, která těhotenství doprovází, se žena vypořádává několika zásahy (operacemi). Řadíme mezi ně proces imitace, hraní rolí, fantazie, introjekce-projekce-zamítnutí, akceptace a soustředění. Cílem těchto operací je začlenění vlastního já do nové role. (*Roztočil, 2008, s. 103,104*)

2.4 Vývoj vazby matka – plod

Budoucí maminka je s existencí dítěte spojena již od doby početí. Proto je schopna prožívat veškeré změny intenzivně a bezprostředně. Intenzita a bezprostřednost mají napomoci v rychlém vytvoření vazby „matka – plod“. Pocity nastávajících matek bývají často dvousměrné (radost a těšení se střídají deprese, úzkost a strach). (*Vágnerová, 2007, s. 120*)

„Emoční rozlady posiluje i náročnost životní situace, její zásadní proměna, kterou budoucí matka různým způsobem prožívá a zpracovává. Její reakce je

podmíněna jak biologicky (tj. hormonálně), tak psychicky.“ Těhotná žena často reaguje rozdílně, než pro ni bylo typické před otěhotněním. Zcela přirozenou reakcí v době těhotenství je egocentrismus matky. Ta je více zaměřena na sebe sama, na dítě, na pochody v jejím těle. „Představa, že nastávající mateřství je obdobím klidu, vyrovnanosti a štěstí, neodpovídá skutečnosti. Těhotenství je dobou zátěže: psychické, somatické a občas i sociální.“ (Vágnerová, 2007, s. 121)

Těhotenství lze z hlediska tvorby vazby mezi matkou a plodem rozdělit na tři období. První období trvá od prokázání těhotenství do doby, kdy matka ucítí první pohyby plodu (Baštecký, 1993, s. 261). Podle Vágnerové (2007) jsou právě první pohyby plodu zásadním mezníkem v rozvoji vztahu mezi matkou a dítětem. Žena je chápá již jako chování skutečné bytosti. Projevy plodu bývají jednotlivě charakteristické a postoj obou rodičů se většinou mění kladným směrem.

Hlavním a důležitým úkolem těhotné ženy v prvním období je přijmout těhotenství a přizpůsobit se nastalým změnám (fyzickým, psychickým). Odezva na diagnózu gravidity je často dvoustranná, ovlivněna např. sociologickými faktory. (Baštecký, 1993, s. 261)

Trvání druhého období je ohraničeno prvními pohyby a končí začátkem životaschopnosti plodu mimo tělo matky. Toto období tvoří nejpevnější část těhotenství. Žena má v tomto období další důležitý úkol: rozlišení dítěte od sebe samé a přijetí skutečnosti přicházejícího nového jedince. Matka začíná s plodem verbálně komunikovat, přibývá také komunikace neverbální. (Baštecký, 1993, s. 261)

V pátém měsíci plod dosahuje asi půl kilogramu váhy a téměř polovinu porodní délky. Maminky již nápadně pocítují kopání a začínají vědomě prožívat soužití s dítětem, které pro ně má již nesporně skutečnou existenci i osobitost. Matčín vztah k plodu se individualizuje, nejedná se již o vztah k dítěti v očekávání, ale vztah k určitému, jejímu dítěti. (Matějček, 1996, s. 14-15)

Posledním obdobím je zbývajících asi šest týdnů. Psychologická příprava by měla být u konce, matka by měla přijmout realitu přicházejícího jedince. Roste těhotenská úzkost, strach. (Baštecký, 1993, s. 261)

Vztah ženy k těhotenství a matky k narozenému dítěti je velmi složitý. Do postojů ženy pochopitelně zasahují i další faktory (otec dítěte, rodiče partnerů) a jiné problémy (sociální, ekonomické a další). Častou psychologickou pomůckou je dělení dětí do skupin: děti plánované X děti neplánované a děti po narození vítané X děti po narození nevítané. V realitě nejvíce se objevující kombinace: dítě neplánované,

ale po narození přijímané. Přestože neplánované těhotenství ženu (partnery) často zaskočí, dochází během těhotenství k adaptaci a dítě je přijímáno pozitivně. Nešťastnou kombinací z hlediska následného vývoje osobnosti je dítě neplánované a po narození nepřijímané (nechtěné, nevítané). (*Matějček, Dytrych, 1994, s. 183-185*)

Čepický (1999, s. 217) říká, že: „U žen s těhotenskou ztrátou nebo s úmrtím dítěte v anamnéze se popisuje typická reakce „zakrytého vztahu“ s popřením a potlačením běžných mateřských pocitů a aktivit, snů, fantazií a plánů.“

Pokud předchází těhotenství skončilo potratem (spontánním či indukovaným z genetické indikace) nebo porodem mrtvého plodu, může žena v následující graviditě pociťovat větší míru úzkosti i větší psychický tlak (sledování těhotenství jako rizikového). Z psychologického hlediska znamená časné úmrtí dítěte jak pro matku, tak pro otce mimořádně vážný zásah do systému očekávání, hodnot a nadějí. (*Ratislavová, 2008, s. 29, 30*)

Tím více toto platí, pokud se jednalo o úmrtí dítěte staršího, kdy se vzájemný vztah (matka – plod) stal již součástí její identity. (*Matějček, Dytrych, 1994, s. 113*)

3 STRES, ZÁTĚŽ, ADAPTACE

„Každá výraznější změna v podmínkách životní existence vyžaduje revidovat své standardní přístupy a interakční aktivity v souladu s povahou a podstatou vzniklých okolností, ať již jednorázově (v aktualizované situaci), nebo dlouhodobě (pro další život).“ (Mikšík, 2009, s. 33)

3.1 Zátěž, stres

Podle Vokurky (2008, s. 65,66) pojem stres vyjadřuje stav vnitřního napětí (zátěž organismu), který je způsoben negativním zevním podnětem – stresorem. Stresor může mít povahu fyzikální, chemickou, biologickou nebo psychickou. Odpověď organismu se děje stresovou reakcí (přeladěním organismu k řešení nečekaných situací). Rozlišujeme tři fáze stresové reakce – poplachová, rezistence a vyčerpání. Déletrvajícím stres psychoemotivní může být rizikovým faktorem až provokujícím okamžikem některých somatických onemocnění

Stres se většinou pojí k situacím obtížným, ohrožujícím, významným způsobem narušujícím rovnováhu organismu. Je zodpovědný za výrazné změny v hormonálním, oběhovém i imunitním systému. „Stres je možno chápat jako specifický případ obecněji pojaté zátěže.“ Jedná se o situaci, kdy míra zátěže přesahuje únosnou hranici z hlediska adaptačních možností organismu. (Paulík, 2010, s. 41)

Těhotenství znamená pro ženu určitou změnu a stres, který je vyvolán právě touto změnou, může navodit ženské stresové symptomy (příznaky). Některé z těchto projevů stresu jsou běžné, k jiným existuje fyzický předpoklad. Příkladem součástí ženského stresového syndromu jsou např. deprese, alkoholismus, kouření aj. U žen se např. deprese objevují zhruba dvakrát více než u mužů. Příčinou může být jednak „sociální naprogramování“ určitého typu žen, jednak naučený způsob ovládnutí se nebo strach vzít svůj život pevně do rukou, tzv. „naučená bezmoc“ vedoucí přímo k depresím. Poměr žen a mužů závislých na alkoholu se pomalu, ale jistě vyrovnává. Alkohol uklidňuje a odbourává zábrany, což vede k dočasnému zmírnění stresu. Závislost na alkoholu přináší riziko rozvoje tzv. alkoholové tolerance a abstinenčních příznaků (třes, křeče, zmatenost, halucinace, dezorientace). (Witkinová, 2009, s. 32-53)

3.1.1 Důsledky stresu

Bezprostřední projevy zátěže a stresu (psychické reakce a krátkodobé stavy, např. emoční rozladění - emoční reakce a nálady, únava, ztráta motivace, somatické – nepříjemné pocity, bolesti hlavy, břicha a krátkodobě behaviorální reakce – agresivní a nepřátelské projevy, stažení se, pasivita). (Paulík, 2010, s. 70)

Účinky trvalejšího rázu – psychologické symptomy (nespokojenost, únava, vyčerpání), somatické symptomy onemocnění (respirační problémy, sexuální problémy, negativní změny chování), zvýšení nespecifické nemocnosti apod. (Paulík, 2010, s. 70)

3.2 Běžné typy náročných situací

„K situacím, které často v lidském životě přesahují únosnou míru zátěže a bývají spojeny se stresem, jsou zpravidla řazeny problémy, frustrace, deprivace, konflikty, nemoc, bolest, utrpení a krize.“ (Paulík, 2010, s. 50)

Všechny uvedené můžeme považovat samy o sobě za stresové situace, nebo jejich příčiny, v určitých souvislostech se dají považovat za důsledky stresu. (Paulík, 2010, s. 50)

3.2.1 Problém, frustrace

Typy zátěžových situací se obecně označují pojmem „problém“. Typickou charakteristikou problému je, že existují pádné důvody (motivace) k nalezení cest vedoucích ke změně nežádoucí situace (protože je člověku nepříjemná, obtěžující až ohrožující). K vyřešení problémové situace (adaptivní zvládnutí) nestačí možnosti, které jedinec běžně má, je třeba vynaložit vyšší úsilí. (Paulík, 2010, s. 50)

„Frustrace jako psychický stav nastává, když je nějakým způsobem znemožněno uspokojení aktualizované potřeby či dosažení určitého cíle. Dá se říci, že míra frustrace se zvyšuje se subjektivní důležitostí a naléhavostí potřeby.“ (Paulík, 2010, s. 51)

3.2.2 Konflikty

Konfliktem obecně rozumíme střet dvou neslučitelných (protichůdných) tendencí (cílů, zájmů, názorů). V systému představuje konflikt nestabilizující prvek. U člověka (v podstatě u všech živých systémů) nemusí však vždy znamenat nežádoucí

prvek, naopak – mnohdy mívá pozitivní vliv (př. vývoj – bez narušení stálosti by nebyl vůbec možný). Konfliktům se v běžném životě nedá vyhnout. Doposud převažuje vnímání konfliktů jako něco nepříjemného, nežádoucího. Konflikty se obecně dělí do dvou skupin: intrapersonální (týkající se jedné osoby, odehrávající se v nitru) a interpersonální - konflikty mezi lidmi. (Paulík, 2010, s. 52)

Příčiny konfliktů mohou být vnější (vnější okolnosti) nebo vnitřní (osobní, subjektivní). Vyšší tendence ke konfliktním interakcím mají jedinci rozmrzelí, rozladění. Důsledky konfliktů nemusí být jen negativní, ba naopak. Mezi pozitivní řadíme zavedení změny tam, kde stávající systém již nefungoval a nebyl výhodný. Negativní důsledky konfliktů se mohou projevit v narušení vztahů a komunikace mezi lidmi. (Paulík, 2010, s. 54,55)

3.2.3 Strach, úzkost

„Těhotná žena je v naději – ale také ve strachu.“ (Říčan, 1989, s. 283)

Strach i úzkost bývají považovány za negativní emocionální jevy, které doprovází nebezpečné a ohrožující situace. Jsou spojovány s nepříjemnými tělesnými pocity (slabost). Úzkost je v lidském životě vyjádřením možného ohrožení a současně také obranou. „V behavioristickém pohledu je úzkost a strach jako jeden z osobních problémů považována za naučenou neadaptivní reakci na určitou situaci (např. na bolest) či za přetrvávající návyk neadaptivního chování získaného učením fyziologicky normálního organismu.“ (Paulík, 2010, s. 55-59)

Málokterá těhotná žena se dokáže vyhnout úzkosti. Ženy trpící zvýšenou úzkostí často prošly závažnými životními událostmi, bylo u nich prokázáno nižší ekonomické zajištění, nižší stupeň vzdělání. Těhotenská úzkost je spojena s obavami vztahujícími se k těhotenství a porodu, dalším činitelem mohou být obavy z povinností a odpovědnosti (související s výchovou dítěte). V těhotenství se také projevuje strach ženy z porodu a obavy o dítě. (Čepický, 1999, s. 216)

3.2.4 Bolest

Bolest je vnímána jako negativní (nepříjemný) zážitek, který většinou upozorňuje na možnost poškození organismu. O bolesti se však mluví i v případě psychického soužení (trápení) s neurčitým umístěním. Funkce bolesti je (podobně jako u strachu) obranná a signální. Bolest má mnoho podob, subjektivně je založena

na vnímání (lokalizace), hodnocení (intenzita) a emočním doprovodu. Často lze jako reakci na bolest pozorovat zblednutí, třes. Bolest lze pokládat za stresor, protože se na ni člověk nedokáže adaptovat. Vztah k bolesti se vytváří již od dětství. Vnímání bolesti je u každého jedince individuální a je dáno prahem bolesti. Některé zdroje uvádějí, že zvýšený práh bolesti má asi 15% populace. (Paulík, 2010, s. 63-64)

Specifickou bolestí je bolest při porodu. Ta je součástí fyziologického tělesného procesu a žena má možnost se na ni v průběhu těhotenství určitým způsobem připravovat. Při porodu reaguje organismus ženy na bolest vylučováním adrenalinu (zdroj síly) a endorfinů (látky tlumící bolest, při porodu se jejich hladina zvyšuje 30x). (Ratislavová, 2008, s. 67)

Zásadní roli má také přirozeně vyplavovaný oxytocin (uvolňuje se do krevního oběhu ze zadního laloku hypofýzy např. po stimulaci dělohy). (www.cs.wikipedia.org, [online] 12. 4. 2011)

Prožívání bolesti ovlivňuje množství psychosociálních faktorů, které se prolínají s faktory fyzickými. Uplatňují se zvyky kulturní, strach a obavy z bolesti i předchozí zkušenosti s bolestí. „Rozumná míra obav může ženu motivovat k tomu, aby se naučila techniky, které zvýší toleranci bolesti. Přílišné obavy a strach naopak snižují toleranci bolesti a zvyšují citlivost.“ (Ratislavová, 2008, s. 68)

3.2.5 Krize

Krize by se dala charakterizovat jako intenzita zátěže, která dosáhla hraničních hodnot, jejichž překročení může způsobit ohrožení živého systému. Na vzniku krize se podílí psychosomatický stav a působení zevních vlivů. (Paulík, 2010, s. 64)

Určité typy vývojových krizí jsou charakteristické pro život ženy, řada z nich je spojena s reprodukční funkcí. Jedna z ženských krizí přímo souvisí s mateřstvím, zvláště z prvního těhotenství pro ženu vyplývá výrazná zátěž. Ženy bývají citlivé a tužba po dítěti je doprovázena řadou znepokojení (strach z porodu, ze změny životního stylu apod.). Pokud se ženě nenarodí zdravé dítě, ale jedinec s poškozením, nebo dokonce dojde k úmrtí dítěte po porodu, zasáhne tato kritická událost nejen ženu, ale i její okolí – partnera, rodinu. V případě, že žena nemůže otěhotnět, prožívá také výraznou krizi. „Pro některé ženy je mateřství smyslem života, jiným přináší mateřství pocit dospělosti, zvýšení sociální pozice či ztrátu pocitu osamělosti. Jsou ovšem i ženy, které se mateřství vyhýbají.“ (Paulík, 2010, s. 69)

3.3 Zvládání krizových situací

Při zvládání krizových situací je kromě mobilizace vnitřních zdrojů významná také pomoc zvenčí, která zajišťuje bezpečí, uklidnění, emoční oporu. „V závažných případech je vhodné obrátit se na odborníky buď přímo při návštěvě institucí zaměřených na poskytování krizové intervence (krizová centra a další pracoviště s krizovým programem), nebo prostřednictvím telefonu (linek důvěry).“ Existuje několik strategií, které se dají programově využít při zvládání krize. (Paulík, 2010, s. 95)

3.4 Sociální opora

Sociální opora je mnohými pokládána za poměrně účinný faktor mezilidských vztahů, který omezuje působení stresu. (Paulík, 2010, s. 23)

Podle Sýkory a Dvořáka (2005, s. 42) je jedním z nejobecnějších způsobů, jak nalézt pozitivní formy adaptace člověka na zátěž mezi vzájemným působením situačních vlivů a vnitřních podmínek (psychických, fyziologických, sociálních).

Je prvkem naplnění lidských sociálních potřeb, zahrnuje různá působení lidí v okolí jedince, kteří jsou mu blízcí, kladně jej hodnotí a mají jej rádi. Za základní přirozený zdroj sociální opory je považována rodina, která se účastní vytváření pocitu jistoty a bezpečí od raného dětství. Je prokázáno, že pozitivní sociální vazby v rodině (nebo dalších sociálních skupinách) usnadňují adaptaci na nepříznivé podmínky v kritických životních situacích. Jedinci sociálně přijímaní, pociťující důvěru, jistotu, sounáležitost a navozují také pocit spokojenosti se sebou samým i se životem. Důležitost sociální opory se prokázala u emocionálně náročných profesí (např. jako prevence syndromu vyhoření). (Paulík, 2010, s. 23,24)

Paulík (2010, s. 24) uvádí, že podstatou pozitivního působení sociální opory je přesvědčení o blízkosti a dostupnosti pomoci, porozumění od lidí v okolí a reálná existence této pomoci.

3.5 Adaptace

Paulík (2010, s. 11) říká, že adaptací se obecně rozumí takové chování organismu, které umožňuje přizpůsobení se podmínkám (prostředí), ve kterém žije. Stává se tedy nezbytnou podmínkou přežití. Dále uvádí, že: „Adaptace živého systému je zajišťována jeho schopností neustále se vyrovnávat s nároky v určitém rozmezí a udržovat vnitřní rovnováhu.“

4 PSYCHOLOGIE PORODU

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života.“ (F. Leboyer, 1995)

4.1 Porod jako náročná životní situace

Porod je pro každou ženu situace nová, složitá a zátěžová, přesto má každá budoucí matka možnost se na porod v průběhu těhotenství určitým způsobem připravit. Jak se žena sama dokáže s porodem vyrovnat, záleží na mnoha faktorech. Důležitou roli hraje osobnost ženy, její odolnost vůči zátěži, zkušenosti i aktuální stav. Musíme si uvědomit, že každá žena je jiná. Zátěž, která je ještě přijatelná pro jednu, může pro jinou přesahovat únosnou míru. Porod je situace, kterou většina žen zvládá s maximálním vypětím sil, fyzických i psychických. Náročnost porodu je jedním z faktorů, díky kterým se formuje osobnost ženy. Zdolání „překážky“ v podobě porodu ženu vede k uspokojení, hrdosti, zvýšení sebedůvěry i sebevědomí. Pocit nezvládnutí této situace však ženu může vést k rozporům v sebepojetí. (Ratislavová, 2008, s. 58)

Součástí lidské osobnosti jsou psychické obranné mechanismy, které často používáme např. při řešení rozporu. Jedná se o vnitřní obranné strategie, jejichž posláním je ochraňovat jedince před ohrožením. Řadí se mezi ně útok, únik a volání o pomoc. Od těchto strategií se následně odvíjí řada obranných mechanismů, se kterými se v praxi často setkáváme (např. racionalizace, negativismus, egocentrismus, regrese, projekce, identifikace, izolace, rezignace, vytěsnění, disociace a jiné.) (Ratislavová, 2008, s. 58)

Problematika zátěže je spojena s problematikou adaptace. Adaptivní chování je takové, které vede k reálnému a cílenému řešení. Neadaptivní chování situaci přiměřeně neřeší a žena se k takovému chování může uchýlovat tehdy, pokud je situace již nad její síly a potřebuje se bránit, odolávat tlaku. (Ratislavová, 2008, s. 58)

Podle Ratislavové (2008, s. 60) je důležité v průběhu porodu sledovat obranné psychické mechanismy ženy, umět vyhodnotit jejich úlohu a přizpůsobit jim vhodné prostředí.

4.2 Chování rodičky

„Rodící žena se díky utlumení činnosti neokortexu chová velmi instinktivně a „nekulturně“ – hlasitě se projevuje a její reakce jsou často iracionální.“
(*www.blog.aktualne.cz, [online] 15. 4. 2011*)

U rodiček rozlišujeme především tři druhy chování: adaptivní, kooperativní a patologické. U žen, které vědomě prožívají určitý stupeň úzkosti, je obvyklejší chování adaptivní a kooperativní. Některé z nich dokonce navzdory bolesti a úzkosti projevují pocity štěstí, radosti, spokojenosti. Patologické chování rodiček se dělí do několika skupin. Chování úzkostné, většinou provázené křikem, kopáním, tlačáním v nevhodnou dobu. Chování retentivní, které pramení ze vzdoru a přání nesdílet dítě s nikým jiným. Projevem zlostného chování (nevědomého hněvu) bývají výčitky, neochota, sténání, mrzutost. (*Čepický, 1999, s. 222*)

4.3 Podpora během porodu

Je prokázáno, že individuální podpora rodičí ženě má pozitivní vliv na psychologické i porodnické proměnné. U žen, kterým byla během porodu poskytnuta zvláštní podpora, bývá uváděna kratší doba trvání porodu, menší potřeba analgetik a uterotonik, nižší výskyt porodnických operací i lepší poporodní interakce s novorozencem (lepší kojení). Tyto ženy také ještě šest týdnů po porodu udávají nižší úzkost a vyšší sebeúctu. (*Čepický, 1999, s. 233,234*)

4.4 Emoční krize při porodu

Přestože prožívání porodu je pro každou ženu záležitostí individuální, můžeme hovořit o chvílích, které ženy často prožívají intenzivněji a dají se tak označit jako charakteristické emoční mezníky při porodu. Řadíme mezi ně počátek porodu, počátek aktivního porodu, přechod z I. do II. doby porodní a vypuzování hlavičky plodu. K prvnímu rozrušení rodičky dochází často s blížícím se termínem porodu. Ženy jsou nejisté. Neví, kdy odjet do porodnice, zda poznají blížící se porod, co mají dělat. V takovéto chvíli pomáhá kontakt s blízkou osobou, odvedení pozornosti od prvních kontrakcí, klidná atmosféra. Při blížícím se konci I. doby porodní jsou rodičky často již vyčerpané a unavené. Ztrácí trpělivost, jejich reakce jsou někdy neadekvátní. Pociťují zoufalství z toho, že porod ještě nekončí. Je důležitá jejich podpora a povzbuzení. (*Ratislavová, 2008, s. 61*)

5 PSYCHOSOCIÁLNÍ RIZIKA OVLIVŇUJÍCÍ TĚHOTENSTVÍ a PLOD

„Rizika spojená s perinatálním zdravím matky a dítěte zahrnují demografické faktory, zdravotní rizika a mateřské chování. Tyto rizikové faktory mohou ovlivnit zdraví matky a dítěte přímo (v termínech fyziologie) nebo nepřímo (v podobě zdravotního chování).“ (Větr, 2001, 115)

5.1 Sociální statut

Nízká životní úroveň (ekonomická situace) nepochybně ovlivňuje riziko předčasného porodu. Je také rizikovým faktorem nízké porodní hmotnosti a má souvislost i s dalšími porodnickými patologiemi. (Čepický, 1999, s. 225)

Podle Větra (2001, s. 115,116) může být příčinou předpokládaná vysoká hladina stresu a nepříznivých životních událostí spojených s chudobou. Stres a nepříznivé životní události jsou spojeny se škodlivým zdravotním chováním, např. kouřením.

5.2 Životní styl

Perinatologické výsledky významně ovlivňuje také životní styl rodiček. Špatné návyky, nedostačující výživa, kouření, alkohol a drogy prokazatelně ovlivňují jak růst a vývoj plodu, tak zdravotní stav matky. Spojitost mezi rizikovými faktory životního stylu a nízkou porodní hmotností je složitý proces. Bývá ovlivněn psychosociálními, socioekonomickými a biologickými faktory, které jsou součástí vzájemných vztahů, chování a rizik životního prostředí. (Větr, 2001, s. 116)

5.2.1 Kouření

Nepříznivý dopad kouření na těhotenství je popisován přibližně již 30 let. Přesto během těhotenství kouří přibližně 20-25% žen. Častěji se jedná o ženy mladé a svobodné, nezaměstnané, s nižším vzděláním a celkově nižší životní úrovní. Více než 1/2 žen, které kouří, se v těhotenství bojí kouřit. Naopak asi 10% kuřaček v těhotenství kouří více. (Větr, 2001, s. 120)

Kouření se na chorobném (patologickém) průběhu těhotenství a vývoji plodu participuje několika mechanismy. Některé jsou již dobře známy, jiné jsou na počátku vědeckého zkoumání. Spojitost mezi kouřením a poruchami těhotenství se sleduje

obtížně, protože v běžném životě se objevuje další množství faktorů, které tyto souvislosti mohou maskovat. (Crha, Hrubá, 2000, s. 33)

Čech (2006, s. 76) uvádí, že u kuřáček jsou častější spontánní potraty i perinatální úmrtnost. Děti kuřáček mívají nízkou porodní váhu. Kouření zároveň ovlivňuje riziko předčasného porodu.

Vztah kouření matky v těhotenství a syndromu náhlé smrti (SIDS) v perinatálním období je popsán v různých epidemiologických studiích. Experimentálně bylo prokázáno, že prenatální vystavování nikotinu zvyšuje riziko kardiopulmonálního selhání při každé novorozenecké apnoické příhodě. Významně se na tom podílí komplex adrenálních, kardiálních a respiračních mechanismů, které jsou vyvolány právě účinkem nikotinu. (Crha, Hrubá, 2000, s. 45)

Nejvíce dlouhodobých studií týkajících se dětí kuřáček je věnováno růstu a psychologickým schopnostem. U tříletých dětí, jejichž matky přestaly kouřit, je průměrná výška a váha výrazně vyšší než u dětí, které se narodily matkám kouřícím v celém průběhu těhotenství. (Vašut a kol., 2007, s. 72)

5.2.1.1 Kouření a mimoděložní těhotenství

U žen, které během těhotenství kouřily, je riziko vzniku mimoděložního těhotenství zvýšeno průměrně o 77%. Příčinou ektopického těhotenství jsou chemické látky v cigaretovém kouři, které působí na změny utero-tubální motility (čímž mohou ovlivnit následný transport oocyty, spermií nebo oplodněného zárodku). (Crha, Hrubá, 2000, s. 33)

5.2.1.2 Placenta praevia

U žen kuřáček je průměrně asi dvakrát častěji přítomna placenta praevia (vcestné lůžko). K jeho vzniku mohou jistým způsobem přispívat i různé patologické změny v cévním řečišti dělohy, které jsou u kuřáček velmi časté. Z klinických pozorování však není dosud dobře patrné, jestli kouření ovlivňuje endometriální reakci na estrogen, progesteron nebo schopnost a způsobilost děložní sliznice připravit se k odpovídající implantaci vajíčka. O pravděpodobném vlivu kouření na endometrium svědčí epidemiologické studie prokazující vyšší výskyt spontánně potracených chromozomálně normálních plodů. (Crha, Hrubá, 2000, s. 34)

5.2.1.3 Abrupce placenty

Předčasné odlučování placenty od děložní stěny (abrupce placenty) se vyskytuje u 0,5-4% těhotenství. Význačně přispívá k incidenci spontánních potratů a předčasných porodů, může být také příčinou 15-25% perinatálních úmrtí novorozence. U žen, které v těhotenství kouří, se toto riziko zvyšuje o průměrných 62%. Značným rizikovým faktorem pro předčasné odlučování placenty je hypertenze. V placentárním krevním systému se nenacházejí žádné nárazníky, které by tlumily vliv hypertenze na cévní řečiště placenty. Jednotlivé vedlejší případy hypertenze se objevují i u normotoniček (pokud kouří), protože nikotin akutně zvyšuje krevní tlak. *(Crha, Hrubá, 2000, s. 34,35)*

5.2.1.4 Spontánní potraty

Zánik plodu (spontánní potrat) může u kuřaček nastat častěji než u žen, které v těhotenství nekouří. Toxiny v cigaretovém kouří, které ovlivňují životnost pohlavních buněk, časně embryonální dělení, transport embrya a jeho implantaci (uhníždění oplodněného vajíčka v děložní sliznici), mohou být v různých fázích těhotenství příčinou vzniklých komplikací a předčasných ukončení. Vazba mezi kouřením matky a častějším výskytem spontánních potratů je popisována už od 40. let. Riziko je zvýšeno u kuřaček silných (oproti kuřačkám slabším). Příčinou samovolných potratů mohou být také těžké vrozené vady plodu (neslučitelné s dalším vývojem). Z tohoto pohledu se (podle současných studií) uplatňují vlivy kouření otců. *(Crha, Hrubá, 2000, s. 36)*

5.2.1.5 Předčasný odtok plodové vody, předčasné ukončení těhotenství

Zvýšený výskyt předčasného odtoku plodové vody u kouřících žen je popsán v několika pracích, jeho mechanismus však zatím není zcela objasněn. Zvažuje se vliv narušení imunity a také následky vaginálních infekcí. Předčasné porody se také častěji objevují mezi kuřačkami. K předčasnému ukončení těhotenství mohou vést chronické ischemické a hypoxické poměry, které vyvolají změny v placentě i u plodu. U kuřaček byl rovněž zaznamenán zvýšený tonus dělohy a výchylka děložních kontrakcí. K těmto komplikacím však přispívá další řada faktorů: nižší sociální postavení, nižší vzdělání, konzumace alkoholu a drog, stres. Všechny zmíněné faktory se opět objevují častěji u žen – kuřaček. *(Crha, Hrubá, 2000, s. 36,37)*

5.2.1.6 Fetální tabákový syndrom

Mezi kouřením a růstovou retardací plodu existuje pevné spojení. Kouření zapříčiňuje zpomalení fetálního růstu. Ženám, které v těhotenství kouřily, se proto rodí děti s nižší porodní hmotností, v průměru o 100-300g. Kouření vede k výskytu nízké porodní hmotnosti průměrně ve 20-40%. Většina růstu tělesné hmotnosti plodu začíná v posledním trimestru těhotenství. Pokud tedy žena zanechá kouření před třetím trimestrem, efekt na fetální růst je kladný a riziko růstové retardace plodu se významně snižuje. Je dokázáno, že také nedobrovolná expozice těhotných žen tabákovému kouři (tzv. pasivní kouření) se podílí na redukci hmotnosti plodu. Novorozenci pasivních kuřaček mívají také nižší průměrnou hmotnost a délku těla při narození, než děti matek nekouřících a nevystavovaných cigaretovému kouři. V určité studii bylo dokonce snížení porodní hmotnosti dětí pasivních kuřaček výraznější, než u dětí narozených aktivním kuřačkám. *(Crha, Hrubá, 2000, s. 39,40)*

5.2.1.7 Vrozené malformace

Většina epidemiologických studií dokládá, že výskyt vrozených vývojových vad u dětí narozených matkám v těhotenství kouřícím nebývá zvýšen. Poslední dobou se tedy hledá a nalézá vztah mezi vrozenými vývojovými vadami a kuřáctvím otců. Mezi kouřením otců a výskytem určitých vrozených vývojových vad byl nalezen pozitivní vzájemný vztah. Jednalo se zejména o vrozené defekty neurální trubice, rozštěpy patra, hydrocefalus, defekty komorového septa. Kouření otců může také prokazatelně zvyšovat výskyt Downova syndromu. *(Crha, Hrubá, 2000, s. 41,42)*

5.2.2 Konzumace alkoholu

Že alkohol na vývoj plodu působí negativně, věděl už starořecký filozof Platon, který uvedl, že: „*Bylo-li dítě počato v alkoholovém opojení, objeví se u něho slabomyslnost a neposlušnost, bývá často nemocné.*“ *(Vašut a kol., 2007, s. 67)*

Alkohol se dá považovat za látku toxickou, která může prenatálně způsobovat množství zdravotních poruch, jako např. opožděný duševní vývoj, pomalý růst, poškození mozku u plodu. *(Vašut a kol., 2007, s. 67)*

Nejvíce může škodit v době, kdy žena o svém těhotenství ještě neví. Období začátku těhotenství, které je spojováno s úzkostí a depresemi často vede k požívání alkoholu pro uvolnění napětí. *(Větr, 2001, s. 121)*

Jedním z nejtěžších projevů chronické konzumace alkoholu v těhotenství je fetální alkoholický syndrom (FAS). Děti s fetálním alkoholovým syndromem jsou celoživotně postiženy nejen fyzicky, ale i mentálně. Míra jejich poškození je závislá na délce působení, množství alkoholu v krvi matky, stravovacích návycích i individuální citlivosti. (*Vašut a kol., 2007, s. 67,68*)

Větr (2001, s. 121) uvádí, že zatímco působení těžkého abúzu alkoholu na plod jasně prokazuje několik studií, dopady mírného požívání alkoholu na plod nejsou zcela známy. Při požívání malých dávek alkoholu v těhotenství lze jeho účinky na plod jen stěží dokázat. Většina studií totiž udává jen mírný nebo dokonce žádný účinek mírného pití. Podle Čekala a Šulce (2010, s. 60) však mohou mít i malé dávky alkoholu negativní vliv na vývoj, zejména v prvních měsících, kdy se tvoří základy důležitých orgánů plodu.

Děti matek alkoholiček jsou nápadně charakteristicky malou hlavou, tenkým horním rtem, širokým kořenem nosu, bývají krátkozraké a často šilhají. Obvyklá je u nich porucha tvorby zubů. Bývají hyperaktivní, jsou u nich časté problémy s učením a chováním, jejich schopnost myšlení je také poškozena. (*Pařízek, 2008, s. 352*)

5.2.2.1 Charakteristika fetálního alkoholického syndromu (FAS)

Fetální alkoholický syndrom se dělí do několika skupin, dle závislosti na užívané dávce alkoholu. Pití v prvním trimestru těhotenství je vázáno k psychickým poruchám dítěte. Růstová retardace plodu a neurologické poruchy se spojují k požívání alkoholu ve II. a III. trimestru gravidity. (*Pařízek, 2008, s. 352*)

Základní charakteristické prvky fetálního alkoholického syndromu jsou tedy: abnormální obličejové rysy, opožděný růst a poruchy nervového systému. (*Vašut a kol., 2007, s. 67*)

5.2.3 Těhotenství a kofein

Větr (2001, s. 121) uvádí, že přestože se požívání kofeinu dává do souvislosti s nízkou porodní hmotností a předčasným porodem, většina studií tento fakt neprokázala (nebo jen v kombinaci s kouřením). Podle Parker-Littlerové (2008, s. 49) je hlavním negativním faktorem užívání kofeinu narušené vstřebávání vitamínů.

5.2.4 Těhotenství a zakázané drogy

V posledních letech je zaznamenán nárůst prenatálního požívání drog. Vedlejší účinky drog na těhotenství jsou sice předpokládány, nicméně lze jen stěží oddělit účinky drog od působení faktorů životního stylu drogově závislých (špatná výživa, závislosti na jiných látkách, zanedbání zdravotní péče, sexuálně přenosná onemocnění). Kombinace pití, kouření a rekreačního používání drog je popsána u 2,5% těhotných. Drogová závislost v těhotenství představuje riziko pro matku i plod. (*Větr, 2001, s. 122,123*)

Do rizikové skupiny se řadí především ženy mladé, na drogách závislé již několik let. Těhotenství často zaznamenávají později, kolem pátého měsíce. Takovéto ženy často postihují v těhotenství nejrůznější komplikace, např. eklampsie, potraty, předčasné odlučování placenty, nižší porodní váha dítěte, vrozené vývojové vady, poškození centrální nervové soustavy u plodu. Závažným rizikem pro matku i plod jsou také odvykací syndromy. Vysoké nebezpečí pro plod spočívá zvláště v kolísání drogy v těle matky, protože plodová voda obsahuje vyšší koncentraci drogy než tělo matky. (*Ratislavová, 2008, s. 31,32*)

Výsledky některých studií uvádějí s drogovou závislostí spojené riziko předčasných porodů, potratů a mrtvorozenosti. Jiné studie však žádné význačné rozdíly mezi výskytem těhotenské a porodnické patologie proti kontrolní skupině neprokázaly. Vliv drogové závislosti na těhotenství tedy není jednoznačně uzavřen. (*Větr, 2001, s. 123*)

5.3 Stres v těhotenství

V populární literatuře je stres uváděn jako významné riziko pro matku i dítě. Současný výzkum však tento účinek nepotvrdil. „Mateřský emoční distress může být spojen s horším perinatologickým výsledkem. Fyzický i psychický stres může být spojen s nízkou porodní hmotností. Stres jako psychosociální faktor byl častěji spojen s předčasným porodem. Stres může ovlivnit výsledek těhotenství přímo (z aspektu fyziologie) a nepřímo (aspekt zdravotního chování). Fyziologicky je stres spojen s úzkostí a depresí. Chronická expozice ke stresorům nebo trvalé stresové situace ve všech aspektech života mohou interferovat s prenatální péčí a vést ke škodlivému způsobu života (kouření, alkohol, drogy).“ (*Větr, 2001, s. 117*)

5.4 Fyzické násilí, rodinné konflikty

Násilí a rodinné konflikty jsou důležité rizikové faktory. Převládání fyzického násilí vůči těhotným je 8-17%. V důsledku těchto negativních faktorů jsou udávány nižší porodní hmotnosti (u žen fyzicky týraných) až po traumata vyvolávající předčasné odloučení placenty, infekce nebo kontrakce vedoucí k nástupu předčasné děložní činnosti. „Rodinné problémy a konflikty v těhotenství jsou spojené s chronickým stresem a zvýšenou izolací, depresivními syndromy. Mohou vést k zanedbávání zdravotní péče a k jejímu pozdějšímu zahájení.“ (Větr, 2001, s. 117)

5.5 Nechtěné těhotenství

Pokud žena nechtěně otěhotní, stojí před důležitým a těžkým rozhodnutím, zda těhotenství ukončit nebo si jej ponechat a dítě donosit. Dlouhodobým účinkem negativních emocí matky v těhotenství na dítě se zabývalo několik studií. Výsledkem byly zjištěné rozdíly v sociabilitě, agresivitě nebo schopnosti milovat. Zjištěné rozdíly v psychosociálním vývoji svědčily trvale v neprospěch dětí. Nechtění jedinci byli v dospělém věku častějšími psychiatrickými pacienty, v ukazatelích úspěšnosti byli výrazně méně zastoupeni. Vazba mezi nechtěným těhotenstvím, kouřením a abusem alkoholu se neprokázala. (Ratislavová, 2008, s. 31)

6 CÍLE PRÁCE

Po prostudování literatury, vztahující se k tématu bakalářské práce, jsem dospěla k závěru, že by bylo vhodné stanovit si tyto cíle:

- Cíl č. 1: Zmapovat průběh těhotenství u žen, které si v době před otěhotněním nebo v době těhotenství prošly zátěžovou životní událostí případně krizí.
- Cíl č. 2: Zmapovat vliv zátěže v těhotenství (nebo před otěhotněním) na porod.
- Cíl č. 3: Zmapovat vliv zátěžových situací na stav plodu po narození.

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Metoda výzkumného šetření

Informace byly získány formou anonymního dotazníkového šetření. Byl sestaven nestandardizovaný dotazník (příloha č. 1) obsahující 35 otázek, předem stanovených podle vytyčených cílů. V jeho úvodu byly ženy seznámeny se smyslem dotazníku, byly sepsány pokyny k vyplnění a následně požádány o zodpovězení otázek.

V dotazníku byly použity tyto druhy otázek:

- Uzavřené – na výběr bylo několik možností, bylo možné zvolit jednu odpověď
- Polouzavřené – na výběr bylo několik možností, bylo možné zvolit více odpovědí, popř. doplnit o vlastní vyjádření
- Otevřené – možnost odpovědět vlastními slovy

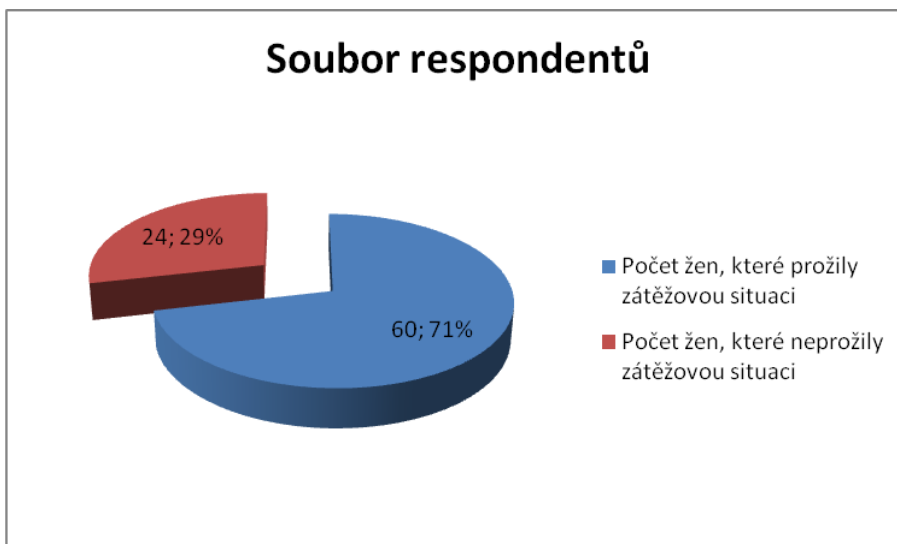
7.2 Soubor respondentů

Hlavním kritériem výběru respondentů bylo, aby se jednalo o ženu, která si během těhotenství nebo v době před otěhotněním, prošla zátěžovou situací až krizí. Dotazník zodpovědělo celkem 84 žen. 60 žen uvedlo, že v době těhotenství (nebo před otěhotněním) prožilo zátěžovou situaci. Staly se tak hlavním zkoumaným souborem.

Tabulka 1: Soubor respondentů

Celkem respondentek	84	100%
Počet respondentek, které prožily zátěžovou situaci	60	71%
Počet respondentek, které neprožily zátěžovou situaci	24	29%

Graf 1: Soubor respondentů



Zkoumaným souborem se tedy stalo 60 (100%) žen, které uvedly, že v době těhotenství (nebo před otěhotněním) prožily určitou zátěžovou situaci. Průměrný věk respondentek byl 31 let, nemladší odpovídající žena měla 18, nejstarší 52 let. Více než polovina žen (39; 65%) byla vdaných, 14 (23%) žen bylo svobodných a pouze 7 (12%) rozvedených (příloha č. 2).

21 (35%) žen ze zkoumaného souboru uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. 19 (32%) žen bylo vysokoškolsky vzděláno, 9 (15%) žen mělo středoškolské vzdělání bez maturity, 6 (10%) žen vystudovalo vyšší odbornou školu. Základní vzdělání, jako nejvyšší dosažené, mělo z celkového počtu pouze 5 (8%) žen (příloha č. 3).

Většina respondentek (45; 75%) z celkového počtu pocházela z města, 15 (25%) z vesnice (příloha č. 4)

Většina odpovídajících žen (31; 52%) byla na MD, 24 (40%) žen pracovalo, 3 (5%) nepracovaly, ale snažily se práci najít. Pouze 2 (3%) ženy z celkového počtu nepracovaly, ani si práci nehledaly (příloha č. 5).

Více než polovina žen (37; 61%) ze zkoumaného souboru uvedla, že jejich životní úroveň je střední. 4 (7%) ženy pokládaly svoji životní úroveň za vysokou a 19 (32%) z celkového počtu se domnívá, že jejich životní úroveň je nízká (příloha č. 6)

45 žen (75%) ze zkoumaného souboru pocházelo z úplné rodiny, pouze 15 (12%) uvedlo, že pochází z rodiny neúplné.

10 žen z celkového souboru (17%) uvedlo, že kouřilo v době před otěhotněním, v těhotenství kouřilo 14 žen (23%) z celkového počtu. V současné době je 22 respondentek (37%) kuřačkami (příloha č. 8).

Co se týče postoje k alkoholu, většina maminek (39, 65%) alkohol konzumovala příležitostně, ovšem v době těhotenství se nenapila. 10 (17%) žen uvedlo, že konzumují alkohol příležitostně a napily se i v době těhotenství, avšak minimálně. 8 (13%) maminek bylo abstinenty a 3 ženy (5%) se přiznaly, že alkohol konzumují pravidelně, ovšem ne v době těhotenství (příloha č. 10).

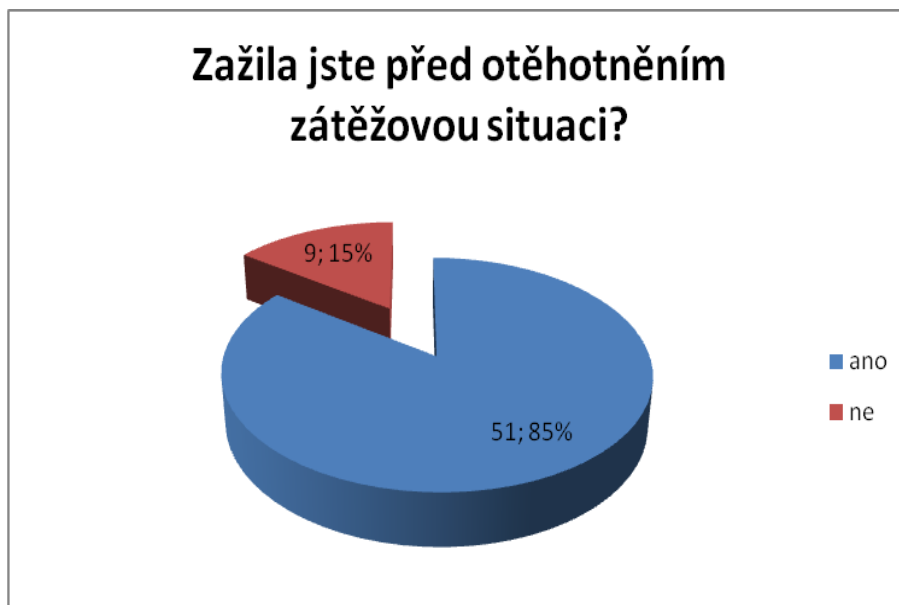
34 (57%) žen uvedlo, že jejich těhotenství bylo plánované, ve 26 případech (43%) se jednalo o těhotenství neplánované (příloha č. 11).

Zátěžovou situaci před otěhotněním zažilo z celkového zkoumaného souboru 60 respondentek 51 (85%) žen (tab. 11, graf 11).

Tabulka 11: Zátěžová situace před otěhotněním

Zažila jste před otěhotněním zátěžovou situaci?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
ano	51	85%
ne	9	15%

Graf 11: Zátěžová situace před otěhotněním

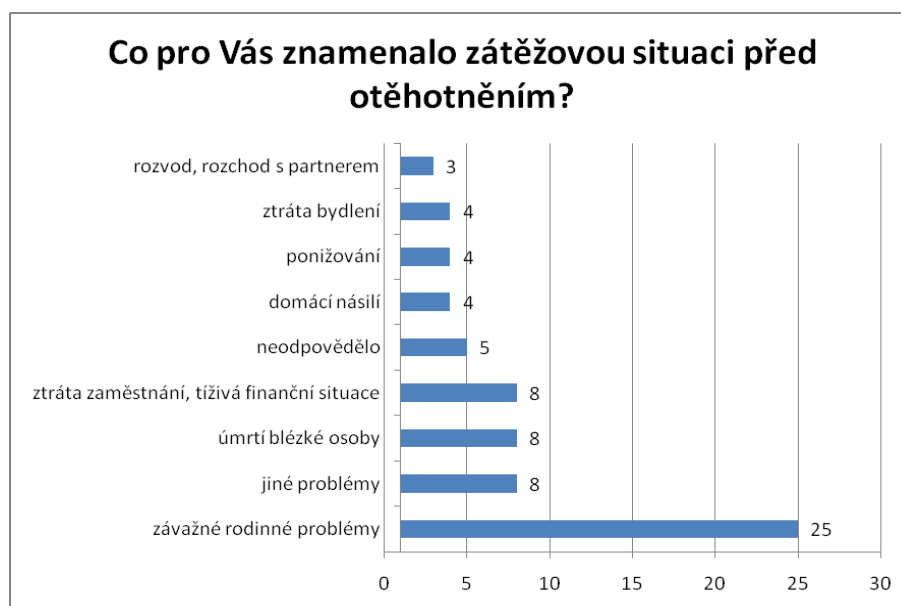


Nejčastější zátěžovou situací před otěhotněním pro ženy představovaly závažné rodinné problémy (25; 49%). Druhou nejčastěji volenou odpovědí na otázku bylo úmrtí blízké osoby a ztráta zaměstnání (s tím spojené finanční problémy), kterou vybralo 8 (16%) žen. 8 žen (16%) také zvolilo možnost „jiné problémy“. Nejčastěji se jednalo o závažné zdravotní problémy, nemoc v rodině nebo neúspěch z předchozího těhotenství (úmrtí plodu, úmrtí dítěte po porodu). Domácí násilí, ponižování a ztráta bydlení představovali zátěž pro 4 (8%) ženy, 3 ženy (6%) uvedly jako tíživou situaci rozvod nebo rozchod s přítelem. Neodpovědělo 5 (10%) žen z celkového počtu 51 (tab. 12, graf 12).

Tabulka 12: Zátěž před otěhotněním

Co pro Vás znamenalo zátěžovou situaci před otěhotněním?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
domácí násilí	4	8%
jiné problémy	8	16%
ponižování	4	8%
rozvod, rozchod s partnerem	3	6%
úmrtí blízké osoby	8	16%
závažné rodinné problémy	25	49%
ztráta bydlení	4	8%
ztráta zaměstnání, tíživá finanční situace	8	16%
neodpovědělo	5	10%

Graf 12: Zátěž před otěhotněním

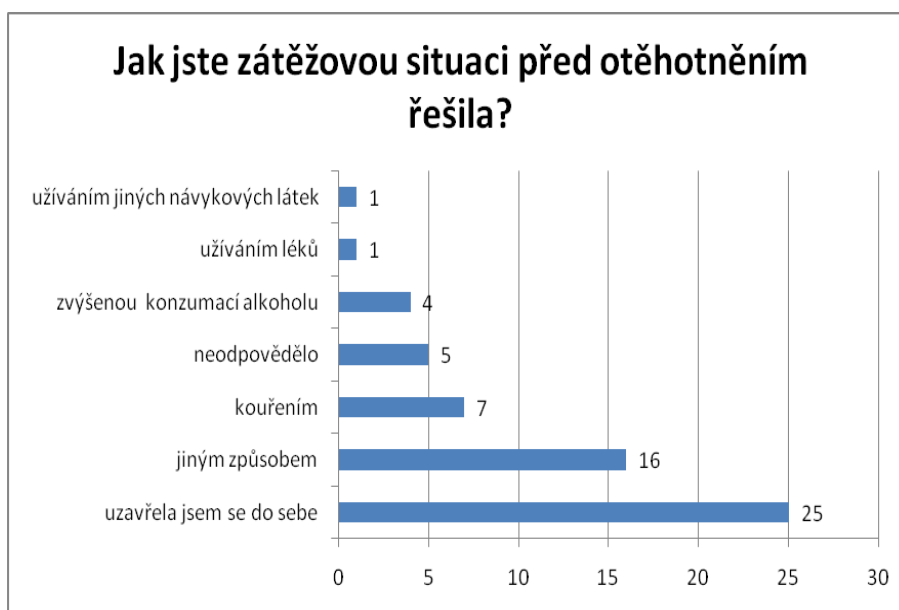


25 (49%) žen ze zkoumaného souboru uvedlo, že prožitou zátěž před otěhotněním řešilo uzavřením se do sebe. 16 (32%) žen uvedlo jinou možnost řešení zátěžové situace, nejčastěji se jednalo o aktivní řešení problému (v případě nemoci), vyhledání odborné pomoci, řešení pomocí psychoterapie, větší upnutí se na partnera, komunikaci s okolím, začlenění do běžného života. 7 (14%) žen z 51 se přiznalo, že zátěž v období před otěhotněním řešilo kouřením, 4 (8%) ženy situaci řešily konzumací alkoholu. Na otázku, jaké řešení zátěžové situace před otěhotněním žena zvolila, neodpovědělo 5 (10%) respondentek (tab. 13, graf 13).

Tabulka 13: Řešení zátěže před otěhotněním

Jak jste zátěžovou situaci před otěhotněním řešila?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
uzavřela jsem se do sebe	25	49%
jiným způsobem	16	32%
kouřením	7	14%
neodpovědělo	5	10%
zvýšenou konzumací alkoholu	4	8%
užíváním léků	1	2%
užíváním jiných návykových látek	1	2%

Graf 13: Řešení zátěže pře otěhotněním



Zátěžovou situaci v době těhotenství prožívalo 44 (73%) žen z celkového zkoumaného souboru. 16 (27%) žen uvedlo, že zátěžovou situaci v době těhotenství nezažilo (tab. 14, graf 14).

Tabulka 14: Zátěž v době těhotenství

Zažila jste v době těhotenství zátěžovou situaci?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
ano	44	73%
ne	16	27%

Graf 14: Zátěž v době těhotenství



Z nabízených možností byla nejčastěji zvolena zátěžová situace v době těhotenství v podobě problémů v rodině (17; 39%). 15 (34%) respondentek se shodlo na tíživé finanční situaci, která pro ně znamenala psychickou zátěž. Pro 14 (32%) žen bylo zátěžovou situací rizikové těhotenství, 5 (11%) žen zažívalo ponižování nebo rozvod, rozchod s partnerem. 4 (9%) ženy podstoupily v době těhotenství domácí násilí. Pro 2 (5%) ženy znamenalo tíživou životní situaci úmrtí blízké osoby (tab. 15, graf 15).

Tabulka 15: Zátěž v době těhotenství

Co pro Vás bylo zátěžovou situací v době těhotenství?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
problémy v rodině	17	39%
tíživá finanční situace	15	34%
rizikové těhotenství	14	32%
ponižování	5	11%
rozvod, rozchod s partnerem	5	11%
domácí násilí	4	9%
neodpovědělo	3	7%
úmrtí blízké osoby	2	5%
úmrtí plodu	1	2%

Graf 15: Zátěž v době těhotenství

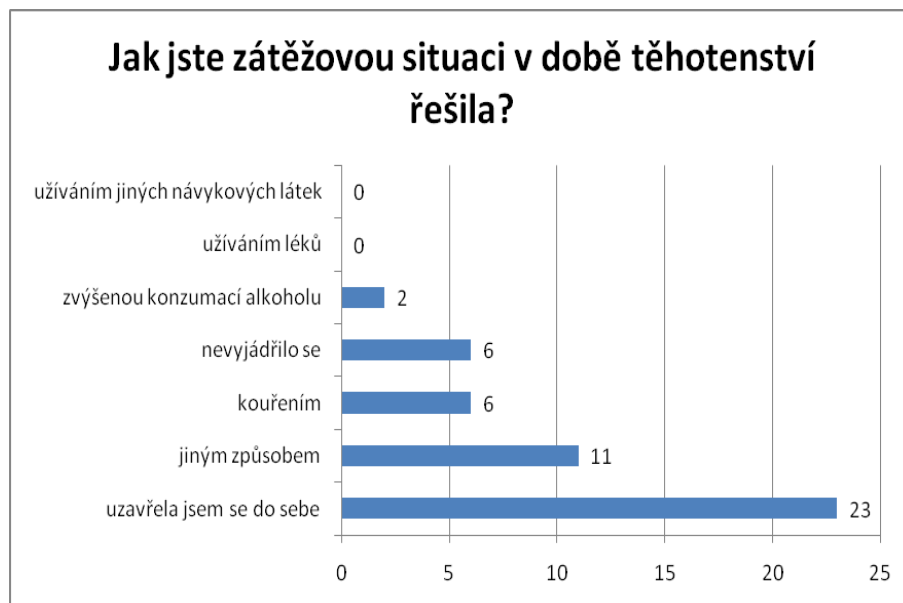


Většina respondentek se opět shodla na tom, že zátěž v době těhotenství řešila uzavřením se do sebe (23 žen ze 44; 52%). 11 žen (25%) řešilo situaci jiným způsobem (aktivní řešení, vyhledání odborné pomoci, komunikace s lidmi, řešení s partnerem). Pouze 6 žen (14%) uvedlo, že zátěžovou situaci řešilo kouřením, 2 ženy (5%) zvýšenou konzumací alkoholu. Žádná z respondentek neřešila tíživou situaci užíváním jiných návykových látek (tab. 16, graf 16).

Tabulka 16: Řešení zátěže v době těhotenství

Jak jste zátěžovou situaci v době těhotenství řešila?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
uzavřela jsem se do sebe	23	52%
jiným způsobem	11	25%
kouřením	6	14%
nevyjádřilo se	6	14%
zvýšenou konzumací alkoholu	2	5%
užíváním léků	0	0%
užíváním jiných návykových látek	0	0%

Graf 16: Řešení zátěže v době těhotenství



7.3 Realizace výzkumného šetření

Výzkumnému šetření předcházelo stanovení cílů bakalářské práce, sestavení dotazníku a jeho schválení vedoucím práce. Samotné šetření probíhalo od února 2011 do poloviny dubna 2011. Nejprve bylo rozesláno 40 dotazníků do azylových domů a domovů pro matky s dětmi v tísni. Návratnost dotazníků však činila pouhých 20% (zpět se vrátilo 10 vyplněných dotazníků). Proto byl vytvořen dotazník internetový, který byl rozeslán na diskusní fóra pro maminky s dětmi, např. www.rodina.cz, www.modrykonik.cz, www.porodnice.cz. Dotazník byl anonymní, po jeho zodpovězení se výsledky odeslaly na určenou adresu, aniž by bylo zpětně dohledatelné, kdo jak odpovídal. Spolu s vyplněnými internetovými dotazníky jsem získala soubor 84 respondentek, pro další vyhodnocení však bylo použitelných pouhých 60.

7.4 Zpracování dat

Získané informace byly zpracovány pomocí počítačových programů MS WORD a MS EXCEL, kde byly ke každé otázce vytvořeny jednotlivé tabulky a grafy.

8 INTERPRETACE DAT VE VZTAHU K CÍLŮM PRÁCE

8.1 Interpretace dat ve vztahu k cíli č. 1

Zmapovat průběh těhotenství u žen, které si v době těhotenství nebo před těhotenstvím prošly zátěžovou situací.

K cíli č. 1 se v dotazníku vztahovaly položky č.: 12, 19, 21 a 23

Otázka číslo 12: Jaká byla vaše reakce, když jste se dozvěděla, že jste těhotná?

31 (52%) žen uvedlo, že při potvrzení těhotenství bylo šťastné. 17 (28%) žen bylo šokováno, na miminko se ale i přesto těšilo, 7 (12%) žen cítilo strach a úzkost, 5 (8%) žen vyjádřilo jiné pocity (rozporuplné, bylo jim to jedno).

Tabulka 18: Pocity při zjištění těhotenství

Jaká byla vaše reakce, když jste zjistila, že jste těhotná?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
byla jsem šťastná	31	52%
zjištění mě šokovalo, ale na miminko jsem se těšila	17	28%
cítila jsem strach a úzkost, nedokázala jsem si představit, co budu dělat	7	12%
jiné pocity	5	8%

Graf 18: Pocity při zjištění těhotenství



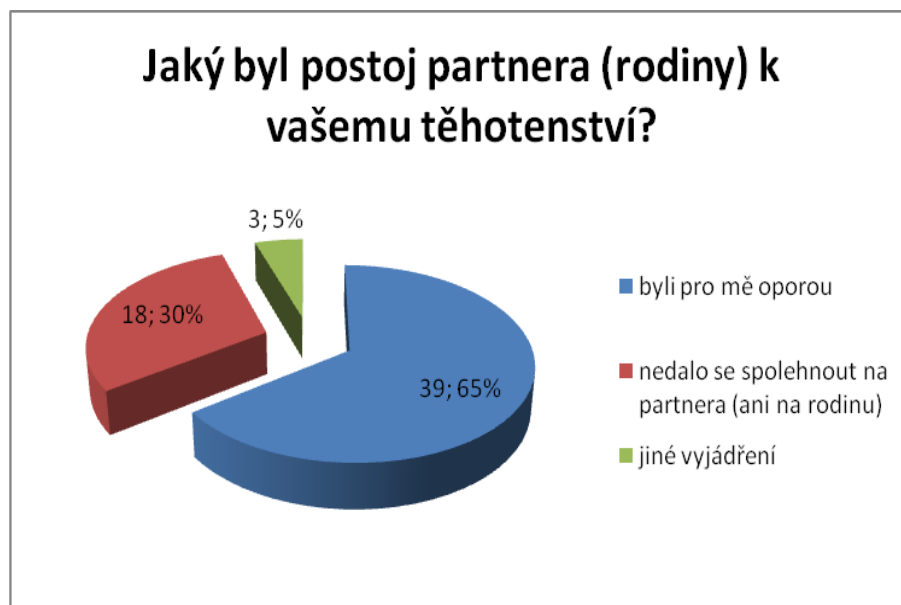
Otázka č. 19: Jaký byl postoj Vašeho partnera/rodiny k těhotenství?

39 žen (65%) z celkového počtu 60 mělo v době těhotenství ve svém partnerovi (nebo rodině) důležitou oporu, v 18 případech (30%) ženy uvedly, že se na partnera (rodinu) nedalo spolehnout, 3 ženy (5%) zvolily možnost jiné odpovědi (partnerovi trvalo, než si zvyknul, že bude mít potomka, partner mě podporoval, rodina byla proti).

Tabulka 19: Postoj partnera (rodiny) k těhotenství

Jaký byl postoj Vašeho partnera (rodiny) k těhotenství?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
byli pro mě oporou	39	65%
nedalo se spolehnout na partnera (ani na rodinu)	18	30%
jiné vyjádření	3	5%

Graf 19: Postoj partnera (rodiny) k těhotenství



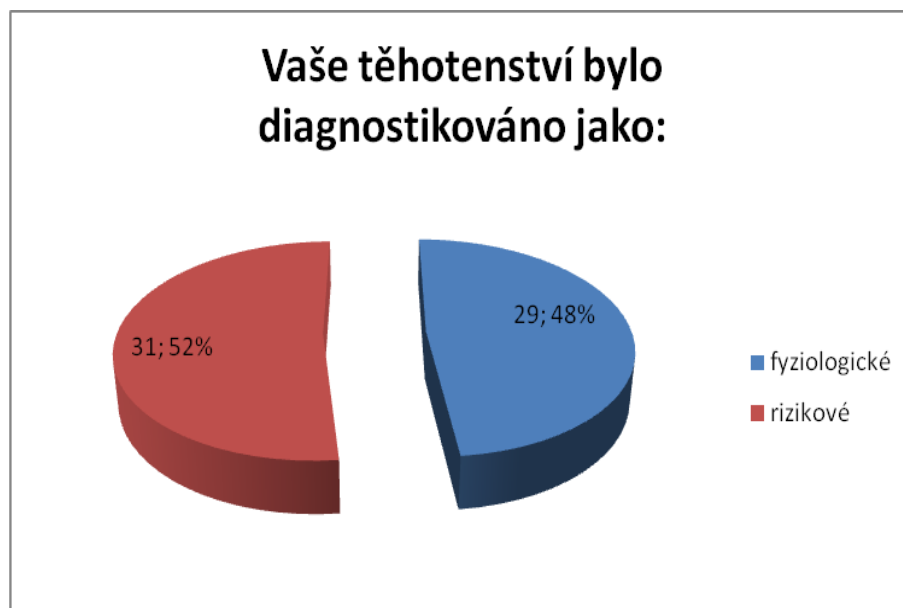
Otázka č. 21: Vaše těhotenství bylo diagnostikováno jako:

Ve 29 případech (48%) bylo u žen těhotenství diagnostikováno jako fyziologické, 31 (52%) žen prožívalo těhotenství rizikové. Důvody rizikového těhotenství (uváděly respondenty do poznámky za otázku), byly např. vyšší věk, diabetes, preeklampsie, předčasná děložní činnost, riziko předčasného porodu a potraty v předchozích těhotenstvích.

Tabulka 20: Těhotenství

Vaše těhotenství bylo diagnostikováno jako:	Absolutní četnost n	Relativní četnost
fyziologické	29	48%
rizikové	31	52%

Graf 20: Těhotenství



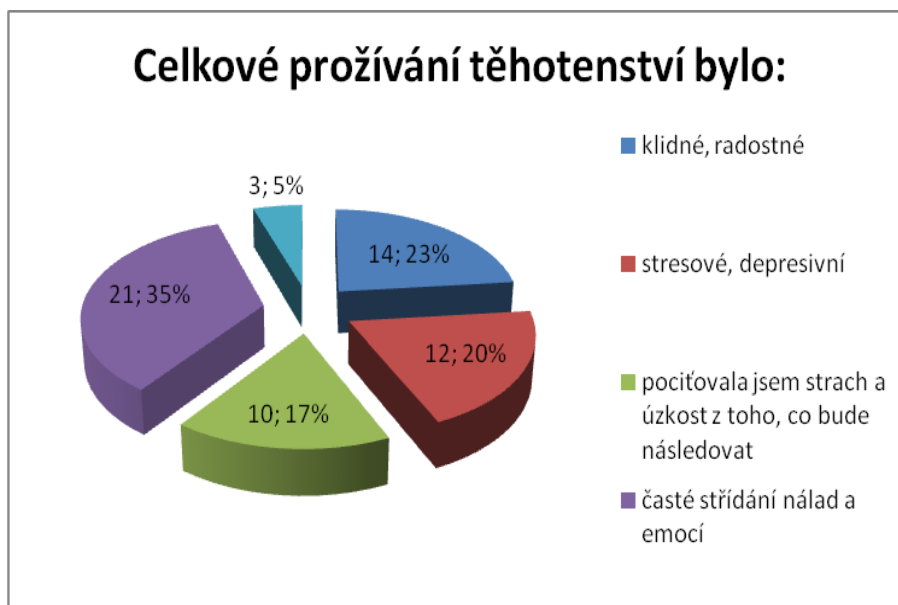
Otázka č. 23: Celkové prožívání těhotenství bylo:

Nejčastější odpovědí na otázku, jak ženy těhotenství prožívaly, byla odpověď „časté střídání nálad a emocí“. Odpovědělo tak 21 (35%) ze všech respondentek. Přestože ženy zažily určitou zátěžovou situaci, 14 (23%) uvedlo, že prožívalo těhotenství klidně a radostně. Pro 12 (20%) žen bylo těhotenství obdobím stresovým a depresivním, přičemž stres byl v mnohých případech zapříčiněn ze strany manžela. 10 (17%) žen uvedlo, že pociťovalo strach a úzkost z toho, co bude následovat. Maminky v poznámce často uváděly, že se bály především o zdraví miminka.

Tabulka 21: Prožívání těhotenství

Celkové prožívání těhotenství bylo:	Absolutní četnost n	Relativní četnost
klidné, radostné	14	23%
stresové, depresivní	12	20%
pociťovala jsem strach a úzkost z toho, co bude následovat	10	17%
časté střídání nálad a emocí	21	35%
jiné	3	5%

Graf 21: Prožívání těhotenství



8.2 Interpretace dat ve vztahu k cíli č. 2

Zmapovat vliv zátěže v těhotenství (nebo před otěhotněním) na porod.

K cíli č. 2 se v dotazníku vtažovaly položky č.: 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 a 31

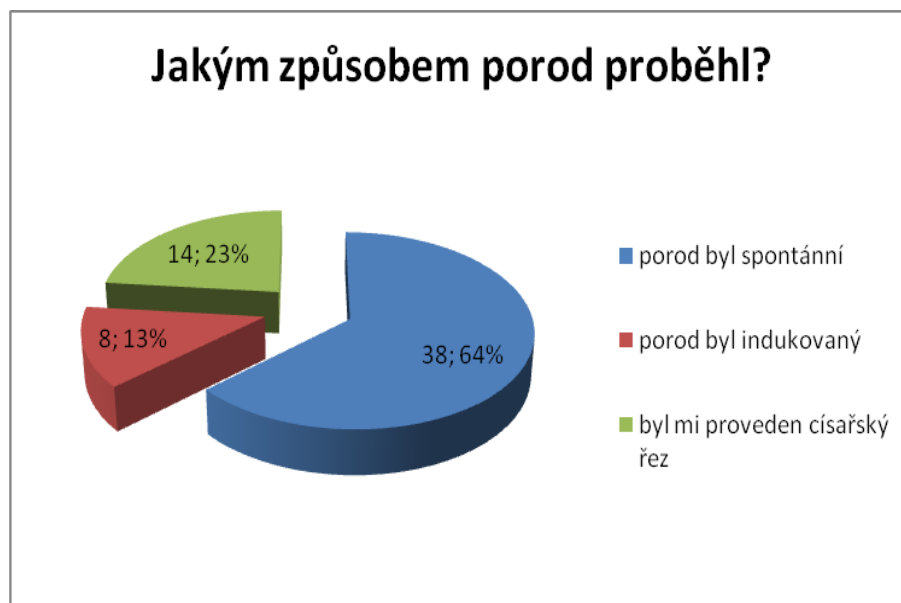
Otázka číslo 24: Jakým způsobem porod proběhl?

Většina respondentek (38; 64%) porodila spontánně, u 8 maminek (13%) byl porod indukovaný z důvodů preeklampsie nebo potermínové gravidity. 14 ženám (23%) byl proveden císařský řez. Důvody pro jeho provedení byly následovné: poloha dítěte koncem pánevním, kefalopelvický nepoměr (v dotazníku uvedena odpověď „úzká pánev“), SC z důvodu zdravotních komplikací (vysoký TK), předpokládaná vysoká hmotnost plodu, stav po předchozím SC, akutní hypoxie plodu a prolaps pupečníku.

Tabulka 22: Způsob porodu

Jakým způsobem porod proběhl?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
porod byl spontánní	38	64%
porod byl indukovaný	8	13%
byl mi proveden císařský řez	14	23%

Graf 22: Způsob porodu



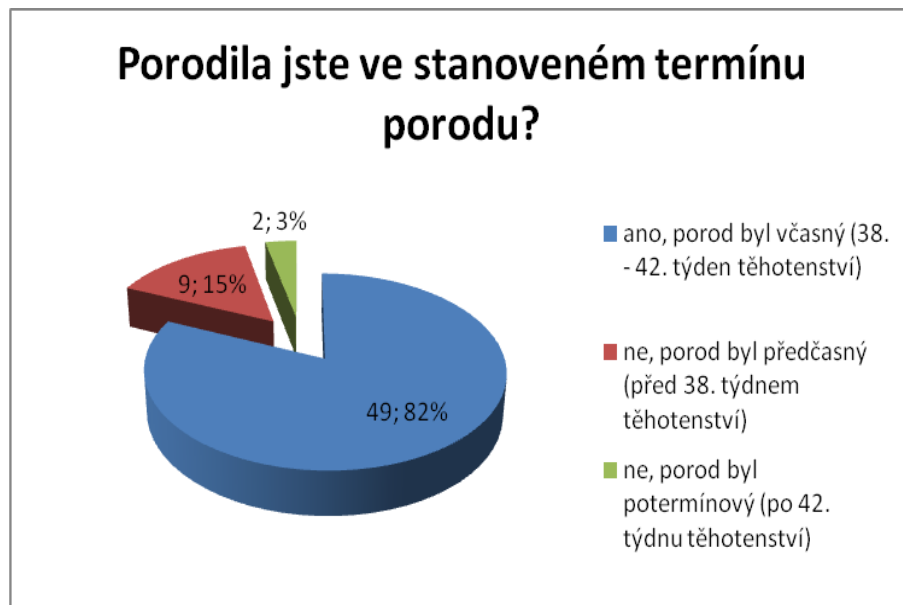
Otázka č. 25: Porodila jste ve stanoveném termínu porodu?

49 (82%) žen porodilo i přes prožitou zátěžovou situaci v termínu stanoveném k porodu. Pouze 9 (15%) žen ze zkoumaného souboru porodilo předčasně, tj. před 38. týdnem těhotenství. 2 ženy (4%) porodily po 42. týdnu těhotenství.

Tabulka 23: Porod v termínu

Porodila jste ve stanoveném termínu porodu?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
ano, porod byl včasný (38. - 42. týden těhotenství)	49	82%
ne, porod byl předčasný (před 38. týdnem těhotenství)	9	15%
ne, porod byl potermínový (po 42. týdnu těhotenství)	2	4%

Graf 23: Porod v termínu



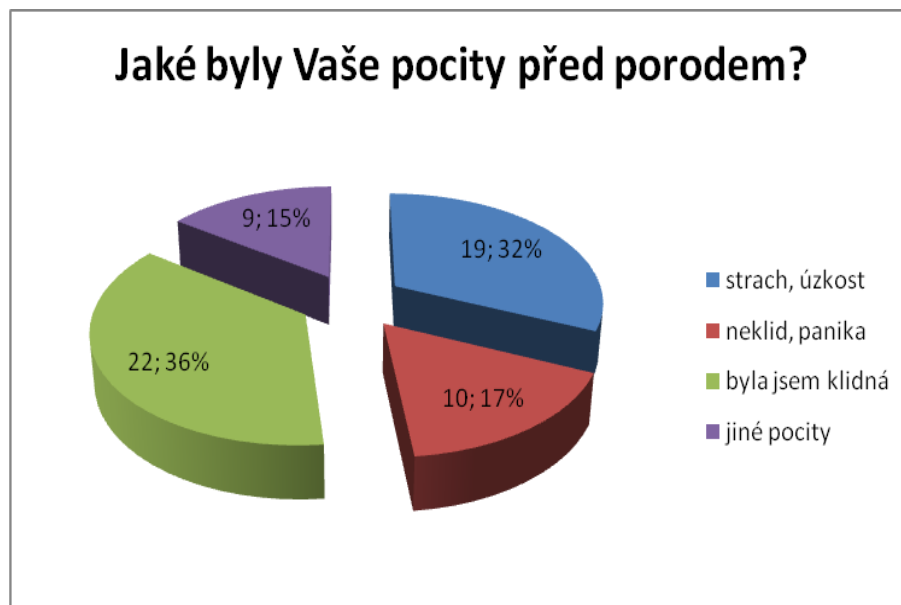
Otázka č. 26: Jaké byly Vaše pocity těsně před porodem?

22 respondentek (36%) uvedlo, že se před porodem cítilo klidně, 19 žen (32%) pociťovalo strach a úzkost, 10 žen (17%) dokonce pociťovalo neklid a paniku. 9 maminek (15%) uvedlo, že jejich pocity byly „jiné“, střídala se u nich radost, zvědavost, strach, neklid a nervozita.

Tabulka 24: Pocity před porodem

Jaké byly Vaše pocity před porodem?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
strach, úzkost	19	32%
neklid, panika	10	17%
byla jsem klidná	22	36%
jiné pocity	9	15%

Graf 24: Pocity před porodem



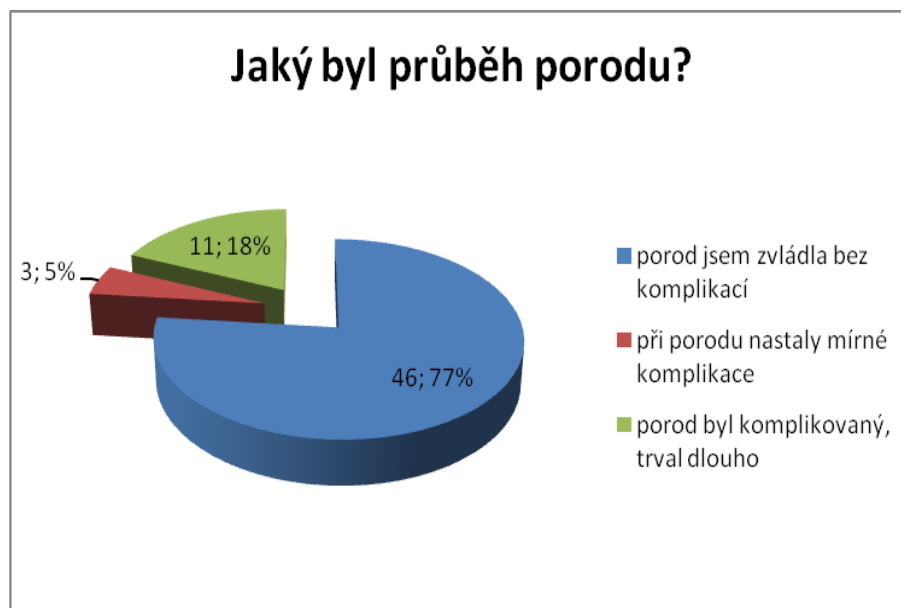
Otázka č. 27: Jaký byl průběh porodu?

46 respondentek (77%) uvedlo, že porod u nich probíhal bez komplikací, u 3 žen (5%) nastaly mírné komplikace (dle maminek ruptura III. stupně, silné krvácení a podání infuze z důvodu ustávajících kontrakcí). 11 (18%) z celkového počtu uvedlo, že jejich porod byl komplikovaný a trval dlouho (bohužel již nevedly, o jaké zásadní komplikace se jednalo).

Tabulka 25: Průběh porodu

Jaký byl průběh porodu?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
porod jsem zvládla bez komplikací	46	77%
při porodu nastaly mírné komplikace	3	5%
porod byl komplikovaný, trval dlouho	11	18%

Graf 25: Průběh porodu



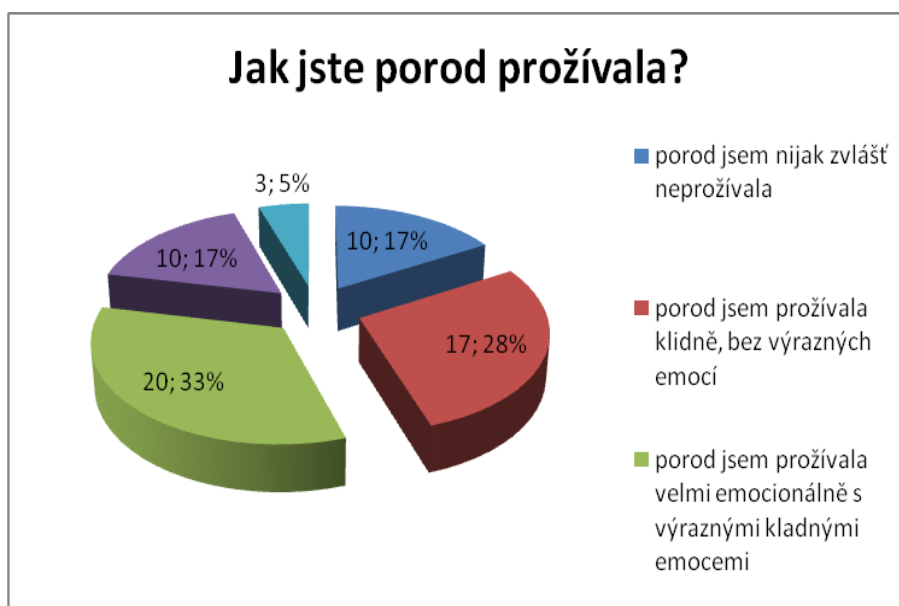
Otázka č. 28: Jak jste porod prožívala?

20 žen (33%) uvedlo, že porod prožívalo velmi emocionálně, a to s výraznými kladnými emocemi (těšení se, radost). 17 žen (28%) porod prožívalo klidně, bez výrazných emocí. 10 žen (17%) porod nijak zvlášť neprožívalo, stejný počet odpovědělo, že porod byl velmi emocionálně prožíván, ovšem s výraznými negativními pocity. 3 ženy (5%) zvolily možnost odpovědi „jiné pocity“ a specifikovaly, že se u nich pocity střídaly (těšení se na miminko, ale zároveň také obavy, zda porod fyzicky zvládnou).

Tabulka 26: Prožívání porodu

Jak jste porod prožívala?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
porod jsem nijak zvlášť neprožívala	10	17%
porod jsem prožívala klidně, bez výrazných emocí	17	28%
porod jsem prožívala velmi emocionálně s výraznými kladnými emocemi	20	33%
porod jsem prožívala velmi emocionálně s výraznými negativními emocemi	10	17%
jiné pocity	3	5%

Graf 26: Prožívání porodu



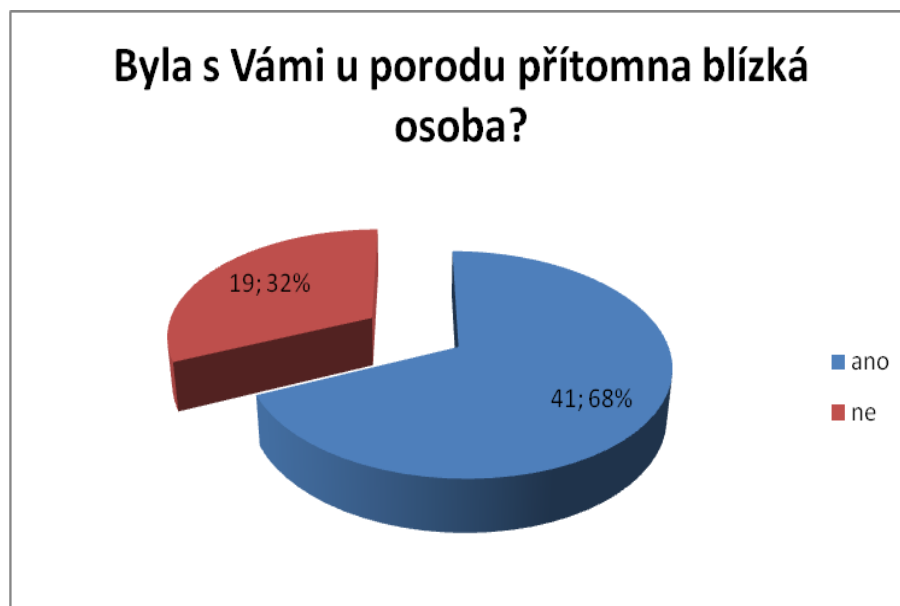
Otázka č. 29: Byla s vámi u porodu blízká osoba (partner, kamarádka)?

41 žen (68%) ze zkoumaného souboru mělo u porodu partnera, kamarádku nebo jinou blízkou osobu. Pouze 19 maminek (32%) si přítomnost jiné osoby sobě blízké u porodu nepřálo. V 63% (39 případů) přítomnost jiné osoby rodičím maminkám pomohla, zejména jako psychická opora (příloha č. 12).

Tabulka 27: Přítomnost blízké osoby u porodu

Byla s Vámi u porodu blízká osoba?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
ano	41	68%
ne	19	32%

Graf 27: Přítomnost blízké osoby u porodu



77% žen uvedlo, že po porodu pociťovaly štěstí a radost, 8 maminek (13%) prožívalo pocity strachu (ale nedefinovalo, z čeho přesně strach má). Bohužel, 2 respondentky (3%) uvedly, že dítě po porodu nepřijaly (příloha č. 13).

8.3 Interpretace dat ve vztahu k cíli č. 3

Zmapovat vliv zátěžových situací na stav plodu po narození.

K cíli č. 3 se v dotazníku vztahovaly položky č.: 31, 32, 33 a 34

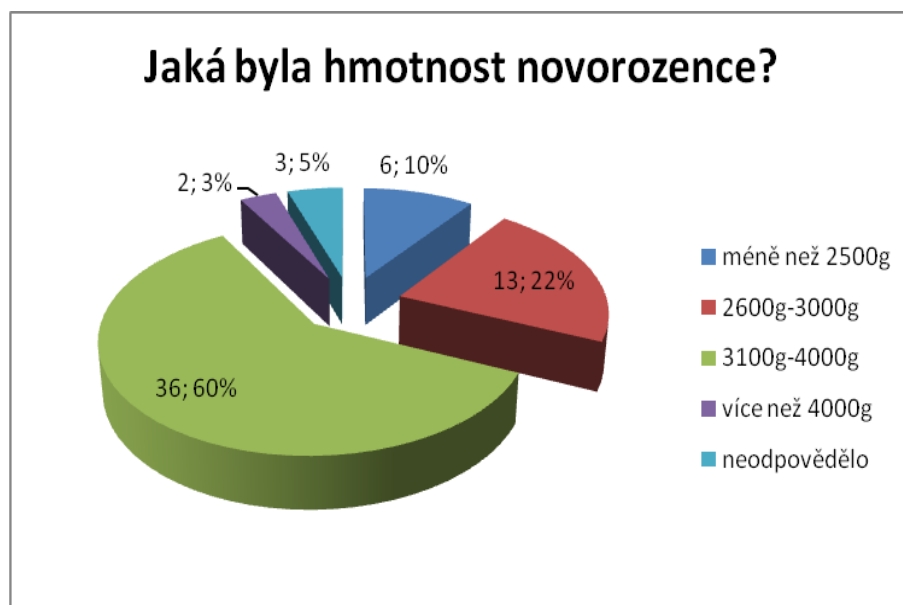
Otázka číslo 31: Jaká byla hmotnost novorozence?

36 novorozenců (60%) vážilo 3100g-4000g, 13 novorozenců (22%) mělo 2600g-3000g. Pouze 6 novorozenců (10%) z celkového počtu vážilo méně než 2500g. 2 novorozenci (5%) měli hmotnost vyšší než 4000g. 3 respondentky tuto otázku nezodpověděly.

Tabulka 28: Hmotnost novorozence

Jaká byla hmotnost novorozence?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
méně než 2500g	6	10%
2600g-3000g	13	22%
3100g-4000g	36	60%
více než 4000g	2	3%
neodpovědělo	3	5%

Graf 28: Hmotnost novorozence



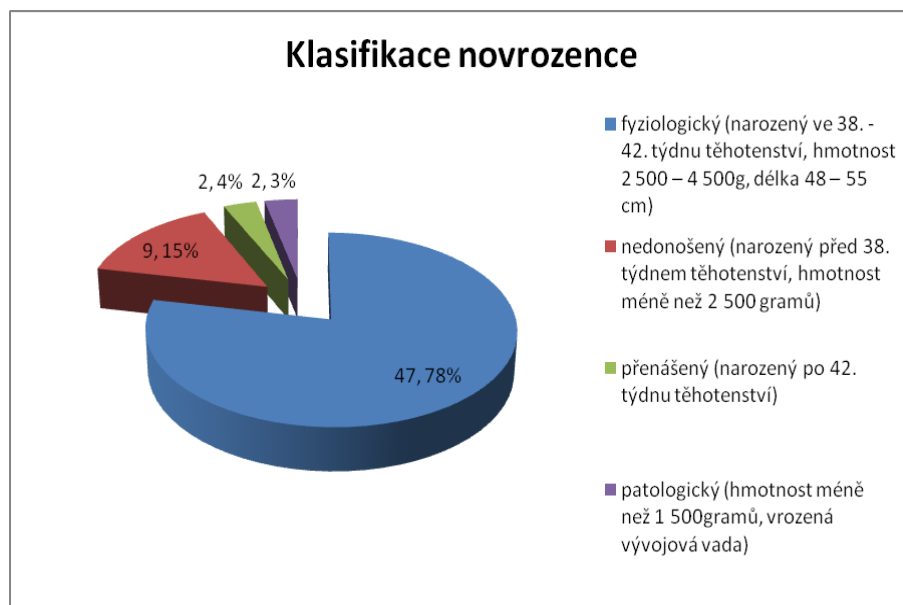
Otázka č. 32: Novorozenec byl klasifikován jako:

47 novorozenců (78%) z celkového počtu 60 bylo klasifikováno jako „fyziologický novorozenec“. 9 novorozenců (15%) bylo nedonošených, důvodem mohl být jednak předčasný porod (před 38. týdnem těhotenství) nebo nízká hmotnost dítěte. 2 děti (3%) byly hodnoceny jako přenášené, stejný počet dětí byl hodnocen jako „patologický novorozenec“.

Tabulka 29: Klasifikace novorozence

Novorozenec byl klasifikován jako:	Absolutní četnost n	Relativní četnost
fyziologický (narozený ve 38. -42. týdnu těhotenství, hmotnost 2500g-4500g, délka 48-55cm)	47	78%
nedonošený (narozený před 38. týdnem těhotenství, hmotnost méně než 2 500 gramů)	9	15%
přenášený (narozený po 42. týdnu těhotenství)	2	3%
patologický (hmotnost méně než 1 500gramů, vrozená vývojová vada)	2	3%

Graf 29: Klasifikace novorozence



Otázka číslo 33: Mělo dítě po narození zdravotní komplikace?

17 respondentek (28%) uvedlo, že jejich dítě mělo po narození zdravotní komplikace (novorozenecká žloutenka, anémie, nestabilní oběh, dýchání a termoregulace). 43 novorozenců (72%) nemělo po porodu žádné komplikace.

Tabulka 30: Zdravotní komplikace novorozence

Mělo dítě po narození zdravotní komplikace?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
ano	17	28%
ne	43	72%

Graf 30: Zdravotní komplikace novorozence



Otázka č. 34: Jaký byl zdravotní stav dítěte po narození?

50 (83%) respondentek uvedlo, že stav jejich dítěte po narození byl dobrý, 8 maminek (14%) na tuto otázku neodpovědělo. Stav dvou novorozenců (3%) po narození byl špatný.

Tabulka 31: Zdravotní stav novorozence

Jaký byl zdravotní stav dítěte po narození?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
dobrý	50	83%
špatný	2	3%
neodpovědělo	8	14%

Graf 31: Zdravotní stav novorozence



9 DISKUZE

Bakalářská práce mapuje vliv nepříznivých psychosociálních faktorů na průběh těhotenství, porodu a stav dítěte po narození. Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno, jaké zátěžové situace ženy prožívaly, jakým způsobem je řešily a zda tyto situace do určité míry ovlivnily prožívání těhotenství a průběh porodu, nebo zda měly vliv na stav dítěte po narození.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastější zátěžovou situací (před otěhotněním i v době těhotenství) pro ženy byly závažné problémy v rodině následované tíživou finanční situací. Větr (2001) uvádí, že rodinné problémy a konflikty jsou spojeny s chronickým stresem a mohou vést k zanedbávání zdravotní péče. Tato hypotéza se však v našem výzkumném šetření nepotvrdila, protože 90% respondentek uvedlo, že pravidelně navštěvovalo prenatální poradnu (příloha č. 9). Důležitým ukazatelem je také sociální statut ženy. Větr (2001) považuje nízkou životní úroveň za rizikový faktor předčasného porodu nebo hypotrofie plodu. Výzkumného šetření se zúčastnilo pouze 32% žen s nízkou životní úrovní, což mohlo do jisté míry ovlivnit další získané výsledky.

Prvním cílem práce bylo zmapovat průběh těhotenství u žen, které prožily zátěžovou situací. Záměrně zde byly položeny otázky, zda bylo těhotenství plánované a jaká byla reakce ženy na zjištění, že je těhotná. Dalo by se předpokládat, že žena prožívající výraznou zátěžovou situací nebude těhotenství plánovat a její reakcí tedy bude zděšení. Postoj ženy k těhotenství totiž souvisí s rizikem předčasného porodu (www.ped.muni.cz, [online] 11. 4. 2011). 57% respondentek ale odpovědělo, že jejich těhotenství bylo plánované i přes nepříznivou životní situaci (příloha č. 11). 52% bylo při zjištění těhotenství šťastné, 28% bylo zjištěním šokováno, 12% z celkového počtu si nedokázalo představit, co bude dělat (tab. 18, graf 18). Důležitou roli v těhotenství samotném hraje také rodina a partner. 65% respondentek uvedlo, že rodina nebo partner pro ně byli oporou, pouze 30% těhotných žen se nemohlo na nikoho z rodiny spolehnout. Rizikové těhotenství bylo diagnostikováno u 52% žen. Nemůžeme bohužel posuzovat, zda na tuto diagnózu měl vliv psychický stav žen nebo prožitá zátěž. Celkově ženy těhotenství prožívaly s častým střídáním nálad a emocí nebo klidně a radostně.

Druhým cílem bylo zjistit, zda vliv zátěže ovlivní porod. Čepický (1999) uvádí, že stres a prožitá zátěžová situace má negativní vliv na průběh těhotenství. Opakovaný stres se podle něj může podílet na rozvoji předčasného porodu. Dále uvádí, že ženy žijící ve stresovém prostředí nemají však více porodnických komplikací a sociální opora zde zřejmě nemá význam, snad jen ochranný. V našem výzkumném šetření se však vliv zátěže na průběh porodu neprokázal. 63% žen porodilo spontánně, 82% žen porodilo včasné (ve stanoveném termínu porodu), předčasně porodilo jen 15% žen z celkového zkoumaného souboru. 77% žen zvládlo porod bez komplikací, pouze 18% žen uvedlo, že byl jejich porod komplikovaný a trval dlouho. Zjištěné výsledky mohou být ovlivněny malým počtem respondentek. Myslím si však, že hlavním důvodem včasných a nekomplikovaných porodů byla právě sociální opora v rodině nebo partnerovi, kterou mělo 65% žen. Na důležitost sociální opory upozorňuje Sýkora a Dvořák (2005), kteří říkají, že právě sociální opora je jedním z nejdůležitějších pozitivních faktorů, jak se adaptovat na zátěž. Podle Paulíka (2010) sociální opora omezuje působení stresu.

Třetím cílem bylo zjistit, jak prožitá zátěž ovlivnila plod a jaký byl stav novorozence po porodu. Cíl byl stanoven záměrně. Předpokládalo se totiž, že se ženy budou se zátěžovou situací mimo jiné vyrovnávat častějším kouřením, pitím alkoholu nebo užíváním návykových látek. Negativní vliv kouření, alkoholu a drog na plod je všeobecně znám. Čepický (1999) i Větr (2001) uvádějí, že ženy, které kouří, prodělávají více spontánních potratů, rodí předčasně a novorozené děti mají nízkou porodní hmotnost. U matek alkoholiček se předpokládá postižení dítěte fetálním alkoholovým syndromem. V našem výzkumném šetření se toto tvrzení však nepotvrdilo. 78% novorozenců bylo klasifikováno jako fyziologických, 15% bylo hodnoceno jako novorozenec nedonošený a pouze 10% narozených dětí mělo porodní hmotnost nižší než 2500g. Stejně tak se u žádného novorozence neobjevil fetální alkoholový syndrom nebo jiné komplikace. Stav dětí po porodu byl v 83% dobrý, komplikace mělo jen 28% dětí, přičemž se jednalo o komplikace v podobě novorozenecké žloutenky nebo nestabilního dýchání. 72% novorozenců bylo zcela bez komplikací.

10 ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na zmapování vlivu nepříznivých psychosociálních faktorů vzhledem k těhotenství, plodu a porodu.

Prvním cílem bylo zmapovat vliv zátěže na průběh těhotenství. Na základě zjištěných informací můžeme říct, že i ženy, které si prošly určitou zátěžovou situací, prožívaly těhotenství radostně a na potomka se těšily a těhotenství neprožívaly výrazněji negativně. **První cíl byl splněn.**

Druhý cíl byl zaměřen na zmapování vlivu zátěže na průběh porodu. Výsledky neprokázaly, že by ženy prožívající zátěžovou situaci rodily předčasně nebo s většími komplikacemi. Opět zde připisuji význam sociální opoře a podpoře ze strany partnera. Většina respondentek totiž porodila ve stanoveném termínu. **Druhý cíl byl splněn.**

Třetí cíl byl zaměřen na stav dítěte po narození. Ani v tomto případě se neprokázalo, že vlivem stresu a prožité zátěžové situace se narodí dítě hypotrofické (s nízkou porodní hmotností). Novorozenci byli ve většině případů klasifikováni jako fyziologičtí s porodní hmotností 3100g – 4000g a jejich zdravotní stav byl dobrý. **Třetí cíl práce byl splněn.**

Zjištěné výsledky do jisté míry ovlivnil malý počet respondentek, z důvodu specifčnosti zkoumaného souboru. Musím také zdůraznit, že maminky, které vyplnily dotazníky, byly zodpovědné a nastalé zátěžové situace řešily ve většině případů rozumně. Aktivním přístupem k problému, vyhledáním odborné pomoci nebo pasivním uzavřením do sebe. Důležitou roli také sehrála již tolikrát zmiňovaná sociální opora, které se dostalo 65% žen.

Výstupem bakalářské práce bude diskuze na dané téma s maminkami v rodinném centru.

V budoucnu by bylo dobré zaměřit se více na ženy, které prožívaly zátěž, avšak neměly vedle sebe tolik důležitou oporu v partnerovi nebo v rodině. Bylo by zajímavé zjistit a porovnat, jak se lišil jejich přístup k řešení situace a jaký vliv měla zátěž na jejich těhotenství, porod a novorozence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav; ŠAVLÍK, Jiří; ŠIMEK, Jiří. *Psychosomatická medicína*. První. Praha: Grada, 1993. 363 s. ISBN 80-71-69-031-7.
2. CRHA, Igor; HRUBÁ, Drahoslava. *Kouření a reprodukce*. První. Brno: Masarykova univerzita, 2000. 54 s. ISBN 80-210-2284-1.
3. ČEKAL, Miloš; ŠULC, Jan. *Průvodce ženy jiným stavem*. První. Pohořelice: Československý spisovatel, 2010. 169 s. ISBN 978-80-87391-39-6.
4. ČEPICKÝ, Pavel. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Moderní gynekologie a porodnictví. 1999, 3, s. 215 - 242. ISSN 1211-1058.
5. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; BOREK, Ivo. *Intenzivní péče o novorozence*. První. Brno. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
6. LEBOYER, Frederick. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos, 1995. 56 s. ISBN 80-85962-04-7.
7. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. První. Praha: Portál, 1996. 144 s. ISBN 80-7178-085-5.
8. MATĚJČEK, Zdeněk; DYTRYCH, Zdeněk. *DĚTI, RODINA A STRES: Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. První. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80-85824-06-X.
9. MIKŠÍK, Oldřich. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. První. Praha: Karolinum, 2009. 302 s. ISBN 978-80-246-1600-1.
10. PARKER-LITTEROVÁ, Catharine. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. První. Praha 5 : Euromedia Group, k. s., 2010. 320 s. ISBN 978-80-249-1376-6.
11. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. Třetí. Praha 5 : Galén, 2008. 776 s. ISBN 978-80-7262-594-9.

12. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. První. Praha 7 : Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
13. PONĚŠICKÝ, Jan. *Fenomén ženství a mužství: Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Druhé. Praha 10 : TRITON, 2004. 201 s. ISBN 80-7254-374-1.
14. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. První. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
15. ROZTOČIL, Aleš, et al. *Moderní porodnictví*. První. Praha 7 : Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
16. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. První. Praha: Panorama, 1990. 440 s. ISBN 505-21-857.
17. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti*. Druhé. Praha: Orbis, 1975. 332 s. ISBN 510-21-825.
18. SÝKORA, Jaroslav; DVOŘÁK, Josef. *Člověk v krizi*. První. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2005. 182 s. ISBN 80-213-0432-4.
19. VÁGNEROVÁ, Marie. *VÝVOJOVÁ PSYCHOLOGIE II. : DOSPĚLOST A STÁŘÍ*. První. Praha 1 : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
20. VAŠUT, Karel. *Léčiva v těhotenství*. První. Brno: Computer Press, a.s., 2007. 112 s. ISBN 978-80-251-1452-0.
21. VĚTR, Miroslav. *Psychosociální rizika v těhotenství*. *Moderní gynekologie a porodnictví* 10. 2001, 1, s. 115-127.
22. VOKURKA, Martin, et al. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum, 2008. 218 s. ISBN 978-80-246-1561-5.
23. WITKINOVÁ, Georgia. *JAK PŘEŽÍT STRES: průvodce ženy aneb všechno, co jako žena potřebujete vědět o stresu*. První. Praha: Práh, 2009. 288 s. ISBN 978-80-7252-267-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

24. *Porodnice.cz* [online]. 2002-2011 [cit. 2011-04-12]. Psychické změny těhotných. Dostupné z WWW: <<http://www.porodnice.cz/psychicke-zmeny-tehotnych>>.
25. KOHOUTEK, Rudolf. *ÚVOD DO VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE* [online]. 2005 [cit. 2011-04-12]. ÚVOD DO VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE. Dostupné z WWW: <http://www.ped.muni.cz/wpsy/old/stud_materialy/koh_vyv_ps.htm>.
26. Oxytocin. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, , last modified on 2011 [cit. 2011-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Oxytocin>>.
27. *Blog.aktualne.cz* [online]. 2010. 03. 12. 2010 [cit. 2011-04-16]. Dostupné z WWW:<<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/gabrielakontra.php?itemid=956>>.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1	Dotazník
Příloha č. 2	Rodinný stav
Příloha č. 3	Nejvyšší dosažené vzdělání
Příloha č. 4	Odkud pocházíte
Příloha č. 5	Pracujete
Příloha č. 6	Životní úroveň
Příloha č. 7	Rodina
Příloha č. 8	Kouření
Příloha č. 9	Návštěvy prenatální poradny
Příloha č. 10	Postoj k alkoholu
Příloha č. 11	Těhotenství plánované, neplánované
Příloha č. 12	Přítomnost blízké osoby u porodu
Příloha č. 13	Pocity žen po narození dítěte

Příloha č. 1

Dotazník

Milá maminko,

jmenuji se Radka Ondřejková a jsem studentkou třetího ročníku prezenčního studia bakalářského studijního programu Porodní asistence na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Do rukou se Vám nyní dostává dotazník, který je součástí praktické části mé bakalářské práce na téma „**Nepříznivé psychosociální aspekty ovlivňující těhotenství, plod a porod**“.

Ráda bych Vás tímto požádala o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a informace v něm uvedené budou použity výhradně pro potřeby mé bakalářské práce.

Své odpovědi, prosím, zakroužkujte nebo označte jiným způsobem. Pokud otázka nabízí možnost „jiná“, doplňte, prosím, vlastní odpověď.

Budu velice ráda, pokud mi na konci dotazníku sdělíte Vaše připomínky nebo i pocity a vyjádření, pro které v otázkách nebylo místo.

Děkuji za Vaši ochotu a čas strávený doplňováním odpovědí.

Radka Ondřejková

1. Kolik je Vám let?

2. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodná
- b) vdaná

- c) rozvedená
- d) jiný, prosím, uveďte _____

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské s maturitou
- c) středoškolské bez maturity

- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Pocházíte z:

- a) města

- b) vesnice

5. Pracujete v současné době?

- a) ano, pracuji
- b) nepracuji, práci si nehledám

- c) nepracuji, ale práci si hledám
- d) jiné, prosím, uveďte _____

6. Jak byste zhodnotila Vaši životní úroveň?

- a) nízká
- b) střední

- c) vysoká

7. Rodina, ze které pocházíte, je:

- a) úplná

- b) neúplná

8. Kouříte v současné době?

- a) ano

- b) ne

9. Kouřila jste v době před otěhotněním?

- a) ano

- b) ne

10. Jaký je Váš postoj k alkoholu?

- a) jsem abstinent
- b) alkohol konzumuji příležitostně, v době těhotenství jsem se nenapila
- c) alkohol konzumuji příležitostně, napila jsem se i v době těhotenství

- d) alkohol konzumuji pravidelně, v době těhotenství jsem ho nepožívala
 - e) alkohol konzumuji pravidelně, a to i v době těhotenství
-

Otázky týkající se posledního těhotenství

11. Bylo Vaše těhotenství plánované?

- a) ano b) ne

12. Jaká byla Vaše reakce, když jste se dozvěděla, že jste těhotná?

- a) byla jsem šťastná, pociťovala jsem radost c) cítila jsem strach a úzkost, nedokázala jsem si představit, co budu dělat
b) zjištění mě šokovalo, ale na miminko jsem se těšila d) jiné _____

13. Zažila jste v době před otěhotněním závažnou zátěžovou situaci?

- a) ano b) ne (neodpovídejte na otázku č. 6 a 8)

14. Zažila jste v době těhotenství závažnou zátěžovou situaci?

- a) ano b) ne (neodpovídejte na otázku č. 7 a 9)

15. Zátěžovou situaci před otěhotněním pro Vás bylo:

- a) domácí násilí e) rozvod nebo rozchod s partnerem
b) ponižování f) ztráta zaměstnání, tíživá finanční situace
c) závažné rodinné problémy g) ztráta bydlení
d) úmrtí blízké osoby h) jiné, prosím, uveďte _____

16. Zátěžovou situaci v době těhotenství pro Vás bylo: (možnost více odpovědí)

- a) domácí násilí f) tíživá finanční situace
b) ponižování g) rizikové těhotenství
c) závažné problémy v rodině, pokud ano, jaké h) úmrtí plodu
d) úmrtí blízké osoby i) jiné, prosím, uveďte _____
e) rozvod nebo rozchod s partnerem

17. Jak jste tuto zátěžovou situaci před otěhotněním řešila? (možnost více odpovědí)

- a) uzavřela jsem se do sebe d) užíváním léků
b) zvýšenou konzumací alkoholu e) užíváním jiných návykových látek
c) kouřením f) jiné vyjádření _____

18. Jak jste tuto zátěžovou situaci v době těhotenství řešila? (možnost více odpovědí)

- a) uzavřela jsem se do sebe d) užíváním léků
b) zvýšenou konzumací alkoholu e) užíváním jiných návykových látek
c) kouřením f) jiné vyjádření _____

19. Jaký byl postoj Vašeho partnera (rodiny) k těhotenství?

- a) měla jsem v partnerovi/rodině oporu
b) na partnera/rodinu se nedalo spolehnout
c) jiné vyjádření _____

20. Kouřila jste v době těhotenství?

- a) ano b) ne

21. Vaše těhotenství bylo diagnostikováno jako:

- a) fyziologické, bez komplikací b) rizikové

22. Navštěvovala jste pravidelně prenatalní poradnu?

- a) ano b) ne

23. Celkové prožívání těhotenství bylo:

- a) klidné, radostné d) časté střídání nálad a emocí
b) stresové, depresivní e) jiné _____
c) pociťovala jsem strach a úzkost z toho, co bude následovat

Informace týkající se posledního porodu

24. Jakým způsobem proběhl porod?

- a) spontánní
- b) indukovaný - vyvolávaný; proč? _____
- c) císařský řez - proč? _____

25. Porodila jste ve stanoveném termínu porodu?

- a) ano, porod byl včasný (ve 38. – 42. týdnu těhotenství)
- b) ne, porod byl předčasný (před 38. týdnem těhotenství)
- c) ne, porod byl potermínový (po 42. týdnu těhotenství)

26. Jaké byly vaše pocity těsně před porodem? (možnost více odpovědí)

- a) strach, úzkost
- b) neklid, panika
- c) byla jsem klidná
- d) jiné pocity _____

27. Jaký byl průběh porodu?

- a) porod jsem zvládla bez komplikací
- b) při porodu nastaly mírné komplikace, jaké _____
- c) porod byl komplikovaný, trval dlouho _____

28. Jak jste porod prožívala?

- a) porod jsem nijak zvlášť neprožívala
- b) porod jsem prožívala klidně, bez výrazných emocí
- c) porod jsem prožívala velmi emocionálně s výraznými kladnými emocemi (těšení se, radost...)
- d) porod jsem prožívala velmi emocionálně s výraznými negativními emocemi (strach, úzkost, pláč...)
- e) jiné _____

29. Byla s Vámi u porodu blízká osoba (partner, kamarádka...)?

- a) ano
- b) ne (neodpovídejte na další otázku)

30. Pomohla Vám její přítomnost?

- a) ano, jak _____
- b) ne

Informace týkající se novorozence

31. Jaká byla jeho hmotnost? _____ gramů

32. Novorozenec byl klasifikován jako:

- a) fyziologický (narozený ve 38. -42. týdnu těhotenství, hmotnost 2 500 – 4 500g, délka 48 – 55 cm)
- b) nedonošený (narozený před 38. týdnem těhotenství, hmotnost méně než 2 500 gramů)
- c) přenášený (narozený po 42. týdnu těhotenství)
- d) rizikový (důvodem bylo rizikové těhotenství, rizikový porod – císařský řez, porod kleštěmi)
- e) patologický (hmotnost méně než 1 500gramů, vrozená vývojová vada)

33. Mělo dítě po porodu nějaké zdravotní komplikace?

- a) ano, jaké _____
- b) ne

34. Jaký byl stav dítěte po narození? Prosím, napište:

35. Jaké byly vaše pocity po narození dítěte? (možnost více odpovědí)

- a) byla jsem šťastná
- b) pociťovala jsem strach
- c) dítě jsem nepřijala, nechtěla ho
- e) jiné pocity _____

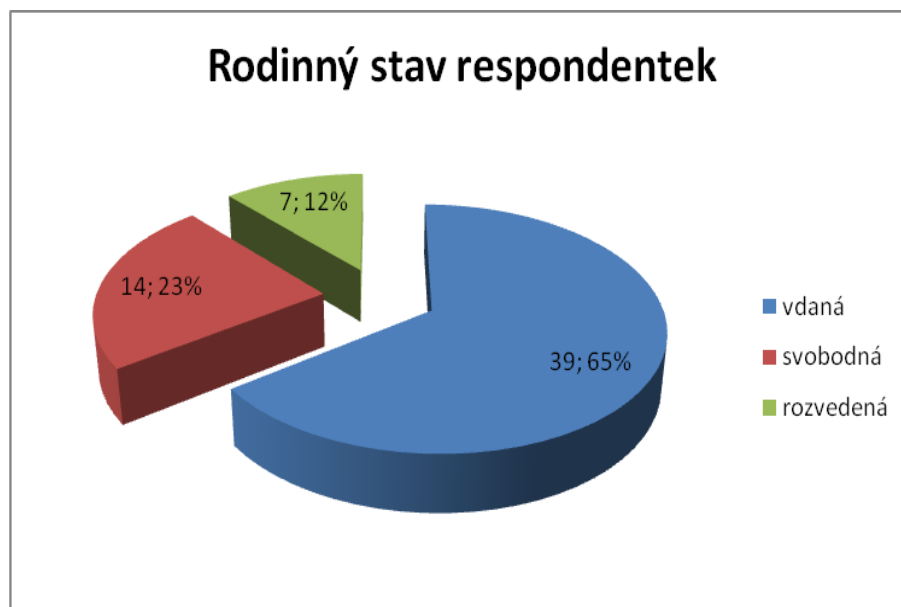
Příloha č. 2

Rodinný stav respondentek

Tabulka 2: Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost n	Relativní četnost
vdaná	39	65%
svobodná	14	23%
rozvedená	7	12%

Graf 2: Rodinný stav



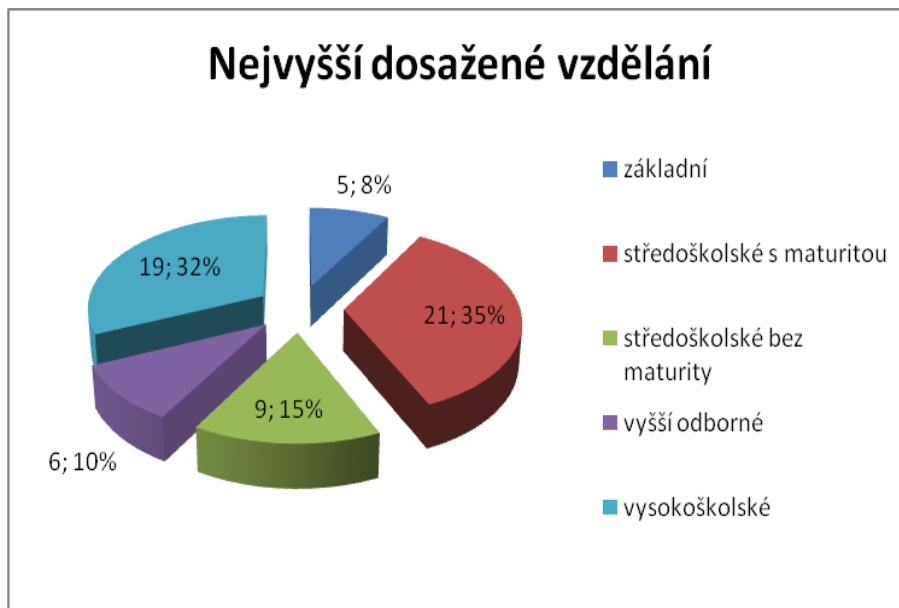
Příloha č. 3

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost n	Relativné četnost
základní	5	8%
středoškolské s maturitou	21	35%
středoškolské bez maturity	9	15%
vyšší odborné	6	10%
vysokoškolské	19	32%

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



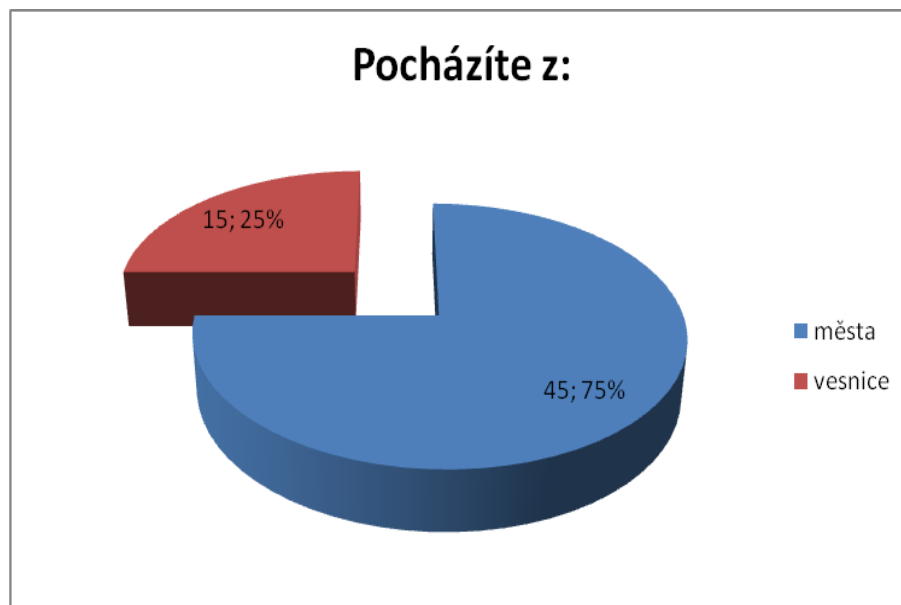
Příloha č. 4

Odkud pocházíte?

Tabulka 4: Odkud pocházíte

Odkud pocházíte?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
město	45	75%
vesnice	15	25%

Graf 4: Odkud pocházíte



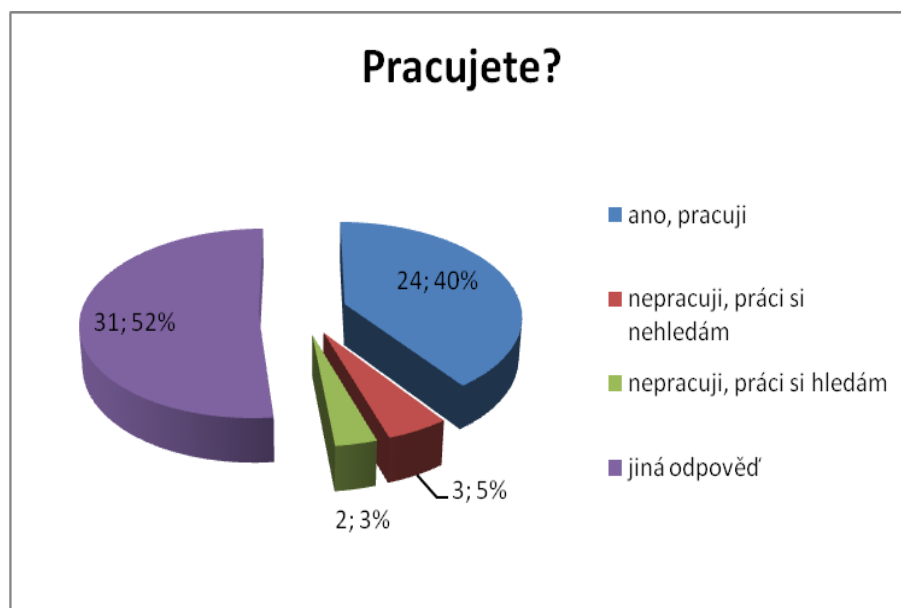
Příloha č. 5

Pracujete?

Tabulka 5: Pracujete?

Pracujete?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
ano, pracuji	24	40%
nepracuji, práci si nehledám	3	5%
nepracuji, práci si hledám	2	3%
jiná odpověď	31	52%

Graf 5: Pracujete?



Příloha č. 6

Jaká je Vaše životní úroveň?

Tabulka 6: Životní úroveň

Jaká je Vaše životní úroveň	Absolutní četnost n	Relativní četnost
nízká	19	32%
střední	37	61%
vysoká	4	7%

Graf 6: Životní úroveň



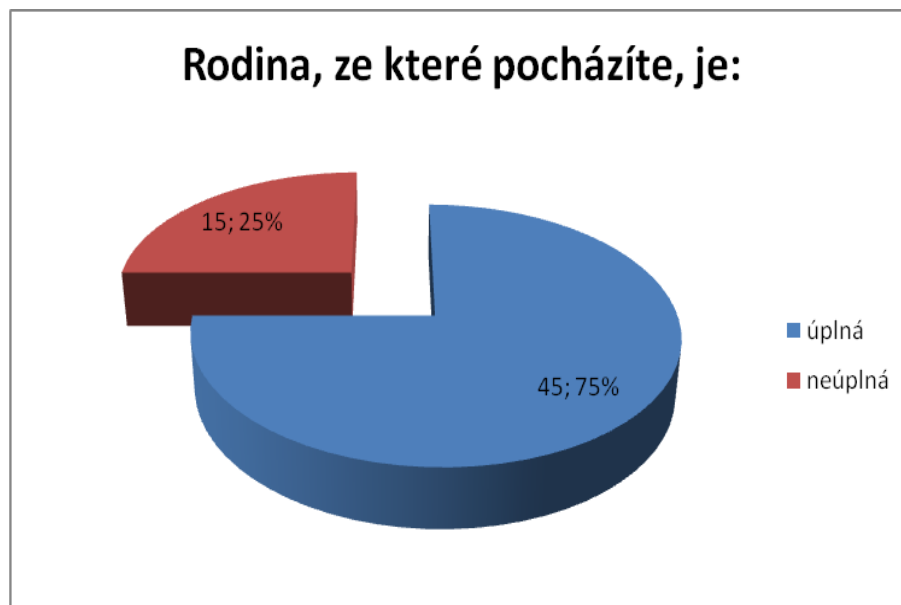
Příloha č. 7

Rodina, ze které pocházíte, je:

Tabulka 7: Rodina, ze které pocházíte:

Pocházíte z rodiny	Absolutní četnost n	Relativní četnost
úplné	45	75%
neúplné	15	25%

Graf 7: Rodina, ze které pocházíte:



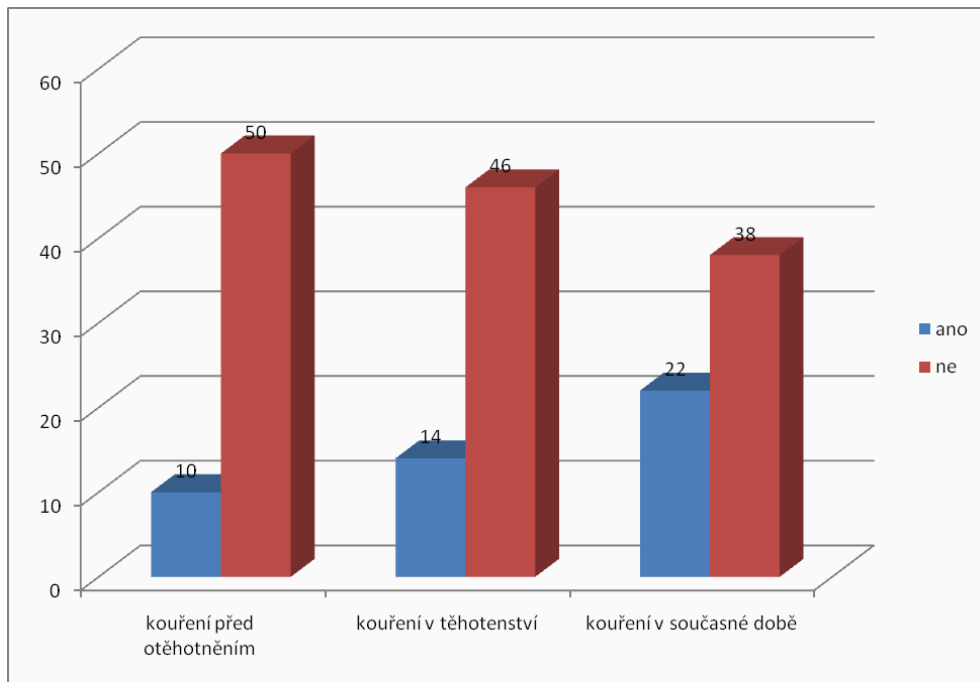
Příloha č. 8

Kouření

Tabulka 8: Kouření

	ano		ne	
	absolutní četnost n	relativní četnost	absolutní četnost n	relativní četnost
kouření před otěhotněním	10	17%	50	83%
kouření v těhotenství	14	23%	46	77%
kouření v současné době	22	37%	38	63%

Graf 8: Kouření



Příloha č. 9

Otázka č. 22: *Navštěvovala jste pravidelně prenatalní poradnu?*

Tab. 32: Návštěva prenatalní poradny

Navštěvovala jste prenatalní poradnu?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
ano	54	90%
ne	6	10%

Graf 32: Návštěva prenatalní poradny



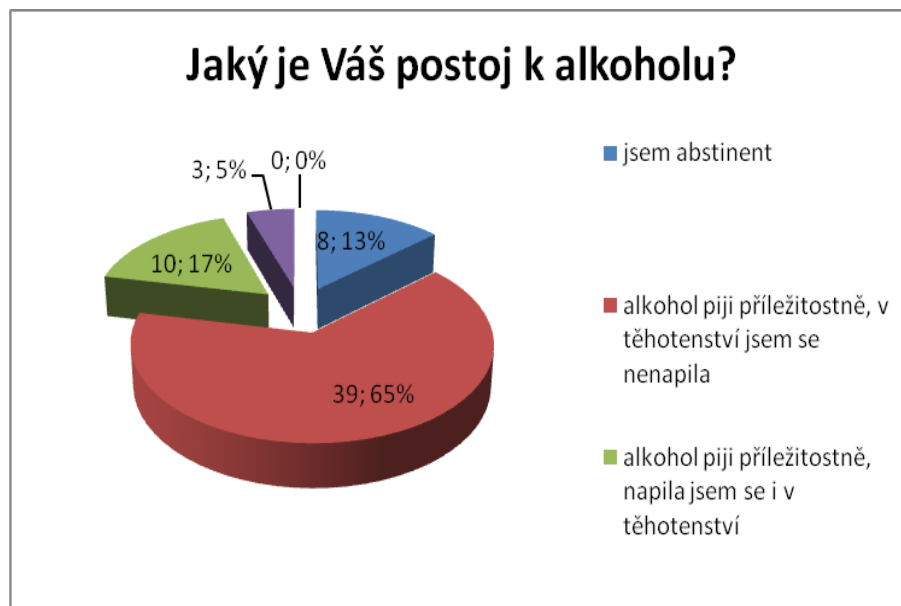
Příloha č. 10

Jaký je Váš postoj k alkoholu?

Tabulka 10: Postoj k alkoholu

Jaký je Váš postoj k alkoholu?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
jsem abstinent	8	13%
alkohol piji příležitostně, v těhotenství jsem se nenapila	39	65%
alkohol piji příležitostně, napila jsem se i v těhotenství	10	17%
alkohol konzumuji pravidelně, v době těhotenství jsem ho nepožívala	3	5%
alkohol konzumuji pravidelně, a to i v době těhotenství	0	0%

Graf 2: Postoj k alkoholu



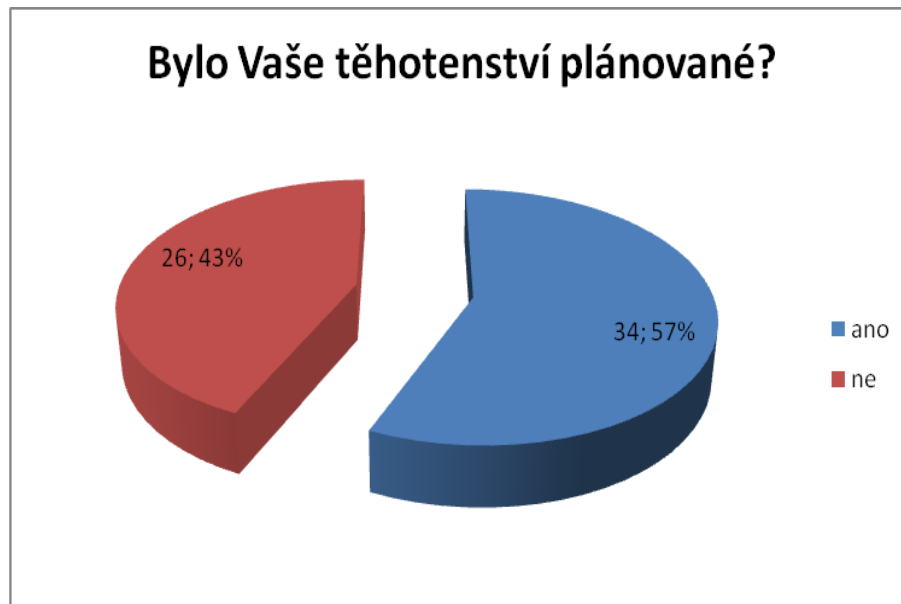
Příloha č. 11

Bylo těhotenství plánované?

Tabulka 17: Těhotenství

Bylo vaše těhotenství plánované?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
ano	34	57%
ne	26	43%

Graf 17: Těhotenství



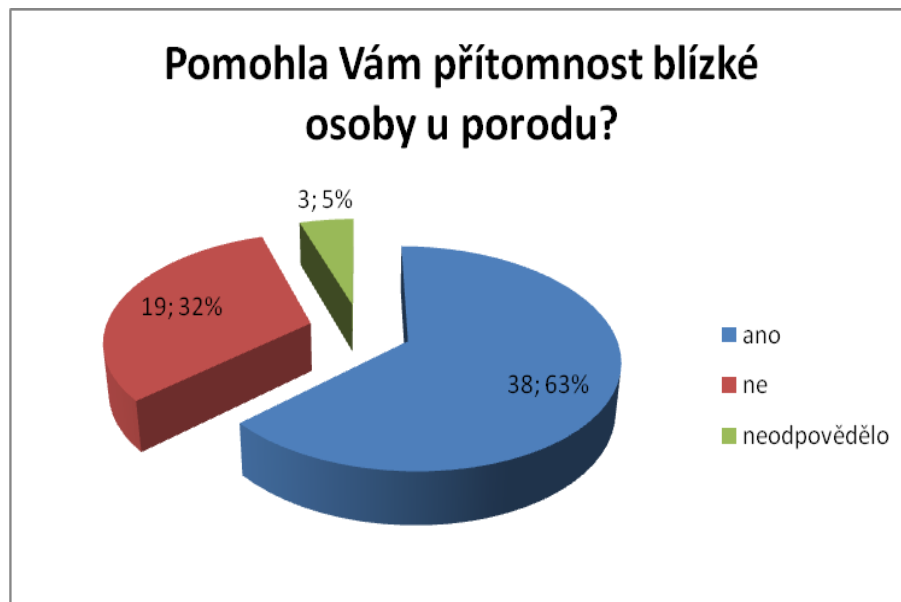
Příloha č. 12

Otázka č. 30: Pomohla Vám přítomnost blízké osoby u porodu?

Tabulka 33: Pomohla Vám přítomnost blízké osoby u porodu?

Pomohla Vám přítomnost blízké osoby u porodu?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
ano	38	63%
ne	19	32%
neodpovědělo	3	5%

Graf 33: Pomohla Vám přítomnost blízké osoby u porodu?



Příloha č. 13

Pocity žen – matek po narození dítěte

Tabulka 32: Pocity po narození dítěte

Jaké byly vaše pocity po narození dítěte?	Absolutní četnost n	Relativní četnost
byla jsem šťastná	46	77%
pociťovala jsem strach	8	13%
dítě jsem nepřijala, nechtěla ho	2	3%
jiné pocity	4	7%

Graf 32: Pocity po narození dítěte

