

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**ASPEKTY ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI ŽEN V  
ŠESTINEDĚLÍ PO PORODU V  
NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ OKRESNÍHO  
TYPU**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Bc. Eliška Bakajová  
Vedoucí práce: PhDr. Veronika Očenášková

Olomouc  
**2014**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou/magisterskou diplomovou prací na téma: „Aspekty životní spokojenosti žen v šestinedělí po porodu v nemocničním zařízení okresního typu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V .....dne .....

Podpis .....

*„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“*

Ráda bych poděkovala Mgr. Veronice Očenáškové za vedení mé práce, vstřícnost a cenné připomínky. Děkuji také třem ženám, jejichž příběh jsem měla tu čest studovat. Dále bych chtěla poděkovat svému manželovi a celé rodině za to, že mě po celou dobu podporovali a pomáhali mi.

## Obsah

Úvod.....	1
I Teoretická část.....	3
1 Těhotenství.....	3
1.1 Těhotenství z hlediska časových úseků.....	3
1.1.1 Početí.....	3
1.1.2 První trimestr.....	3
1.1.3 Druhý trimestr.....	4
1.1.4 Třetí trimestr.....	5
1.2 Těhotenství z pohledu sociálního prostředí.....	5
1.2.1 Těhotná žena v rámci rodiny.....	5
1.2.2 Těhotná žena v rámci společnosti.....	6
1.3 Těhotenství z psychologického hlediska.....	7
1.3.1 Prenatální psychologie.....	7
1.3.2 Psychologie těhotenství.....	7
1.4 Zdravotní péče v těhotenství.....	8
1.4.1 Těhotenství a moderní gynekologická péče.....	8
1.4.2 Těhotenská péče v České republice.....	10
1.5 Coping v těhotenství.....	10
1.5.1 Copingové strategie v těhotenství.....	10
2 Porod.....	12
2.1 Očekávání porodu.....	13
2.1.1 Očekávání porodu u jiných národů.....	13
2.2 Požadavky u porodu.....	14
2.3 Spokojenost u porodu.....	14
2.4 Zdravotní péče u porodu.....	15
2.4.1 Účastníci porodu.....	15
2.4.2 Externí účastníci porodu.....	17
2.4.3 Přístup personálu.....	17
2.5 Prostředí porodu.....	20
2.5.1 Možnosti volby místa porodu.....	20
3 Šestinedělí.....	23
3.1 Očekávání šestinedělí.....	23
3.2 Vztah mezi matkou a dítětem.....	24
3.2.1 Rozvoj dítěte po porodu.....	24
3.3 Prožívání šestinedělí.....	25
3.3.1 Adaptace v šestinedělí.....	25
3.3.2 Coping v šestinedělí.....	26
3.3.3 Poporodní blues, baby blues.....	27

3.4	Psychické komplikace v šestinedělí .....	28
3.4.1	Posttraumatická stresová porucha .....	28
3.4.2	Poporodní deprese .....	28
3.4.3	Puerperální psychóza.....	29
4	Aspekty životní spokojenosti ženy .....	31
4.1	Aspekty životní spokojenost šestinedělky.....	31
4.1.1	Časový odstup od porodu .....	32
4.1.2	Prvorodička, víceroďička.....	32
4.1.3	Stupeň vzdělání .....	32
4.1.4	Vaginální porod versus porod císařským řezem.....	33
4.2	Spokojenost šestinedělky a personál .....	33
4.2.1	Dostupnost personálu a podávání informací .....	33
4.2.2	Partnerský a rovnocenný vztah s personálem.....	34
4.2.3	Vstřícnost a empatie personálu.....	34
4.2.4	Podíl kontroly a možnost spolurozhodovat .....	34
II Praktická část.....		36
1	Metodologie výzkumu.....	37
1.2	Výzkumné cíle a otázky .....	37
1.3	Charakteristika výzkumného souboru .....	37
1.4	Metoda získávání dat.....	38
1.5	Organizace výzkumu .....	38
1.6	Metoda zpracování interpretace dat .....	39
2	Interpretace výsledků.....	39
2.1	Těhotenství.....	39
2.1.1	Očekávání porodu a příprava na porod .....	40
2.2.	Porod .....	41
2.2.1	Interakce s personálem u porodu.....	42
2.3.	Šestinedělí .....	44
2.3.1	Prožívání šestinedělí a mateřská role .....	44
2.3.2	Očekávání a realita šestinedělí .....	45
2.3.3	Interakce s personálem na oddělení šestinedělí.....	45
2.4	Edinburghská škála postnatální deprese.....	46
3	Diskuze .....	47
4	Závěr.....	54
	Zdroje .....	56
	Přílohy .....	62

# Úvod

Ženská podstata je od počátku lidstva vybavena mateřskou schopností. Mateřství jako takové dává každé ženě nový rozměr, avšak záleží, s jakou „výbavou“ k němu přichází. Mateřství propojuje v symbióze matku a dítě a zároveň celou společnost. Zdá se to jako samozřejmost. Tato samolibá samozřejmost ve společnosti však vede matky s dětmi k narušení jejich harmonického vztahu a psychickým výchytkám u matky, což zpětně působí i na psychické zdraví dítěte.

Jde tedy především o to, zajistit co nejbezpečnější a nejútlunější možné prostředí spolu s empatickým a trpělivým přístupem okolí, aby porod, šestinedělí i přizpůsobení se nové mateřské roli proběhly hladce. Nutno dodat, že negativní emoce jsou v podstatě dobrou známkou. Známkou toho, že dochází k nějaké „krizi“, která svým závěrem ukončí negativní emoce a poskytne matce novou škálu možností. Tyto možnosti ženě ukazují východiska, vedoucí ke spokojenosti. Spokojenost se jeví jako zcela stěžejní především u porodu, raného šestinedělí i vývoje mateřské role. Hlavně díky ní si žena může zvýšit vlastní sebehodnocení a sebevědomí v nové situaci, čímž poskytuje dítěti ideální start do života. Spokojenost je tedy zásadní nejen pro matku, ale i pro dítě. A zároveň dítě je budoucnost společnosti, čímž se kruh uzavírá. Proto se domnívám, že péče o psychickou pohodu těhotných, rodičích žen a žen v šestinedělí je významná a přínosná pro celou společnost.

Profesí jsem porodní asistentka. Setkala jsem se v praxi s několika případy diagnostikované poporodní deprese. Obecně mám dojem, že se personál porodnice spíše vyhýbá kontaktu s ženou, která má potvrzené psychické potíže, ať už jakéhokoliv rázu. Tvrdí, že je to v kompetenci psychologů, psychoterapeutů případně psychiatrů. Osobně si myslím opak. Žena, která se nachází v citlivém období šestinedělí, potřebuje především empatickou a přátelskou podporu včetně dostatku jednotných informací od všech, kdo o ni pečují. Pokud by tento partnerský vztah pomáhající osoby (personálu v porodnicích) a osoby, která pomoc přijímá (matky), byl standart ve všech porodnicích, trůfám si říct, že by se poporodní deprese a podobné psychické potíže objevovaly minimálně.

Cílem mé práce však není kritizovat personál porodnic. Cílem mé práce je zjistit aspekty, které ovlivňují spokojenost rodiček v šestinedělí právě v porodnici, kde pracují. Ráda bych tím přispěla k zajištění spokojenosti nejen matek a jejich dětí, ale také ke spokojenosti pečujících osob. Ať jde o porodní asistentky, novorozenecké sestry, lékaře

a ošetrovatelky v rámci zdravotníckej péče či otce detí, babičky, dule a ďalší pomocníky v rámci domácej péče. Vždyť najväčšou odmenou v mojej profesii je práve spokojnosť a vyrovnanosť rodičov a ich detí.

# **I Teoretická část**

## **1 Těhotenství**

Z fyziologického, psychologického, spirituálního i sociálního hlediska jde o „jiný“ stav. Stav, kdy se každodenně žena mění. Její temperament i základní charakterové vlastnosti možná zůstává stejný, avšak prožívání a hodnoty se často posouvají jinam, než byly doposud. V těhotenství jsou kladeny na ženu i její psychiku vysoké nároky. Mohou se dostavit ambivalentní pocity, ačkoliv se žena z těhotenství těší (Marek, 2002). Avšak všechny ženy v těhotenství jsou plny očekávání ve všech slova smyslech.

### **1.1 Těhotenství z hlediska časových úseků**

#### **1.1.1 Početí**

Početí spojuje nejen vajíčko a spermii, ale také muže a ženu. Vzniká společná forma i obsah. Spolu s fyzickým životem vzniká i duševní život. Pokud početí provází láska a radostné očekávání, může dítě prožívat pocit bezpečí, svobody a lehkosti. Pokud na počátku tyto pocity chybějí nebo jsou příliš krátké, může se snadno stát, že jsou pak po celý život vyhledávány. Takový lidé mohou žít s pocitem ohrožení po celý život. Mohli bychom tedy konstatovat, že početím vzniká základní pocit důvěry, který nelze ničím jiným nahradit ani ho kompenzovat (Dahlke, 2001).

#### **1.1.2 První trimestr**

V prvním trimestru dochází v těle matky k velkým energetickým i hormonálním změnám, což je obvykle provázeno nevolnostmi, únavou, podrážděností, střídáním nálad od euforie po depresi. Ve stresových situacích může těhotná reagovat přehnaně. Změny se projevují i ve vztahu k jiným lidem (Mrowetz, Antalová, Chrástilová, 2011). K emoční rozladěnosti přispívá i náročnost situace, životní proměna, kterou matka různým způsobem prožívá a různě ji zpracovává. Její reakce podmiňují biologické i psychologické faktory. Těhotná žena se mění i jako osobnost, což přináší také změnu reakcí jak vnitřních tak vnějších. To může blízké těhotné částečně znejistit. Je nutné dbát na dostatek spánku, doporučuje se 8 – 9 hodin denně (Vágnerová, 2000).



Zjištěním těhotenství se dítě přirozeně posune do středu zájmů. Dostává prostor k zasvěcení do života. Stejně tak i matka si postupně zvyká a přijímá novou roli. Matka rozhoduje o tom, zda nechá dítě podílet na společném životě (Murphy, 2004). Dítě je od početí plně spojeno s matkou a vnímá nejen její pocity, ale také její chování a aktivity (např. jízda na kole). Emoce matky jsou hlavním komunikačním kanálem mezi matkou a dítětem, přičemž dítě přejímá až do jednoho roku života veškeré emoce matky - i ty skryté a potlačené (Tausen, Goze- Hänel, 2003) Devět měsíců je čas, který mají oba vyhrazený na poznávání sebe sami, sebe navzájem a svého okolí. Pokud žena nepřijala těhotenství a odmítá jeho příznaky, čili se věnuje běžnému životu, dítě tím dosti vyřadí ze společného života. Budování vztahu mezi matkou a dítětem v těhotenství by mělo být prioritou již od zjištění stavu (Dahlke, 2001).

### **1.1.3 Druhý trimestr**

V průběhu druhého trimestru, ruku v ruce se screeningem vývojových vad, se může těhotná žena začít obávat o zdraví a vitalitu svého dítěte. Vzrůstá strach z přibývání na váze související s pocitem odpudivosti pro partnera. Paradoxně postava těhotné je společensky považována za úctyhodnou, protože dosvědčuje její plodnost. Těhotenská postava je důkazem toho, že žena naplnila své hlavní biologické poslání (Vágnerová, 2000). Obvykle je však druhý trimestr spojován s přílivem energie. Končí počáteční nevolnosti a únava (Stadelmann, 2004). Očekávání nového přírůstku do rodiny začíná být radostí, zvláště pro ty ženy, které se v prvním trimestru sžily se svým dítětem a přijaly těhotenství jako radostné období svého života. Díky dostatku síly nyní mohou hrdě nosit rostoucí břicho a sdružovat se s dalšími ženami v očekávání. Také dítě se dostává do povědomí rodičů a čile komunikuje pohyby s okolím (Marek, 2002).

Už na konci prvního trimestru se dítě pohybuje tzv. trhanými pohyby. Tyto pohyby se postupně zjemňují a diferencují. Hmatové stimuly, resp. hlazení dokáže plod v děloze vnímat už od 18. týdne. Přibližně ve stejnou dobu je i jeho sluch natolik vyvinut, že dokáže vnímat, jak dech, srdeční aktivitu a pohyby trávicí soustavy matky, tak její hlas. Nejen, že dítě v lůně pozná hlas matky a blízkých osob od cizích, ale také rozpozná, zda matka mluví k němu nebo k někomu jinému. Kromě vnímání matčina hlasu, dokáže dítě určit svou polohu, navíc i pohyb a polohu matky. Je prokázáno, že pohyb v těhotenství (kam patří i smích) je jednoznačně blahodárný a stimulační pro rozvoj mozku dítěte (Teusen, Goze- Hänel, 2003).

### **1.1.4 Třetí trimestr**

Třetí trimestr je charakteristický přípravou na příchod miminka. Nakupování vybavy pro dítě a chystání prostředí i vlastního nitra naplňuje většinu žen ve třetím trimestru. Těhotné ženy často dohánějí veškeré přípravy na každodenní soužití s novorozencem a v tuto dobu se mohou dostavit pocity úzkosti, které se týkají porodu, šestinedělí i péče a výchovy dítěte (Murphy, 2005). Tak jako strach z porodu a následné péče o dítě se stupňuje s blížícím se termínem, stupňuje se také obava z narůstající váhy, která jde ruku v ruce s pocitem odpudivosti pro partnera. Těhotná žena se často cítí těžkopádná a unavená (Vágnerová, 2000). Z toho důvodu se doporučuje ve třetím trimestru více relaxovat, ačkoliv spánek je u většiny těhotných po polovině třetího trimestru povrchní. Připravuje se totiž k vyšší senzibilitě a pohotovosti vůči očekávanému dítěti. Ke konci těhotenství se mohou dostavit pocity neúnosnosti takového stavu spolu s touhou konečně porodit.

Dítě se ve třetím trimestru chystá na život venku. Trénuje své zažívání polykáním plodové vody. Zkouší sání svého palečku, což využije po porodu u kojení. Střídají se u něj fáze bdění a spánku (Chmel, 2004). Nejdůležitější orgán, který se v tuto dobu dotváří, jsou plíce (Čech, 2006). Všechny smysly jsou však plně vyvinuty a díky nim se dítě dostává ke svým prvotním zkušenostem, které se ukládají především do amygdaly. Tyto zkušenosti do jisté míry ovlivňují formování charakteru dítěte (Orel, 2010).

## **1.2 Těhotenství z pohledu sociálního prostředí**

### **1.2.1 Těhotná žena v rámci rodiny**

Očekávané dítě zásadně mění vztahovou strukturu rodiny. Významně zasahuje do života svých rodičů, zejména, je-li dítě první. Tato doba představuje náročnou situaci pro oba partnery. Procházejí obdobím transformace vlastních rolí, vzájemného vztahu a dosavadního způsobu života (Vágnerová, 2000). Těhotná žena je v rámci rodiny blízké i vzdálené považovaná za symbol radostného očekávání. V těhotenství i po porodu přichází mnoho změn. Nové pocity, nové role a zejména proměna osobnosti těhotné vyžaduje znovuzrození vlastní rovnováhy (Murphy, 2005). Někdy čelí matky nepříjemným pocitům, jejichž příčinami může být neodvolatelnost nové role, strach ze zodpovědnosti, nechuť k vlastnímu tělu anebo strach ze ztráty dosavadního stylu života (Vágnerová, 2000).

## 1.2.2 Těhotná žena v rámci společnosti

Společnost nahlíží na těhotenství velmi povrchně a předpokládá pouze pozitivní emoce pojící se k dítěti či rostoucímu břichu. Ostatní emoce společnost zpravidla nechápe, případně odsuzuje. Přístup společnosti je do jisté míry logický. Snaží se zajistit si kontinuální reprodukce- schopnost. Díky pozitivnímu náhledu přesvědčuje budoucí rodiče o jejich správně volbě. Navíc pod nátlakem všeobecného mínění těhotné ženy často berou své těhotenství jako nemoc s diagnózou nebo naopak jako „malou mušku rozplácnutou na předním skle“ jejich profesního života. Ačkoliv obě cesty pojí stejný pocit zklamání na konci (Murphy, 2005).

Obecně se bere láska k plodu a dítěti jako automatická, avšak každý vztah a láska se nějakým způsobem vyvíjí. Z takového rámce nelze vytrhnout ani rodičovskou lásku. Na počátku je zamilování, které probíhá v prvních minutách a hodinách díky boxingu (Odent, 2013). Následuje mazlení a užívání si zamilovanosti a po čase „vystřízlivění“ a hledání souznění mezi rodičem a dítětem, čímž se může vztah a láska hodně prohloubit, pokud rodič reaguje na dítě citlivě (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

V momentě, kdy by společnost připustila možnost, že těhotná žena může mít negativní emoce v souvislosti s dítětem i samotným stavem, by společnost ztratila kontrolu nad těhotnou. Což znamená, že autonomie samotných těhotných by stoupla a nevyhledávaly v takové míře jako dnes běžnou gynekologicko-porodnickou péči. Systém a gynekologové by tím ztratili přehled a velký podíl zodpovědnosti za těhotné ženy. Více by totiž spoléhaly samy na sebe, svou intuici a své dítě. Z nadhledu by takový přístup společnosti však přispěl k větší zodpovědnosti a spokojenosti jak těhotných žen, tak jejich dětí a potažmo i společnosti samotné (Lorencová, Kodyšová, 2009).

## **1.3 Těhotenství z psychologického hlediska**

### **1.3.1 Prenatální psychologie**

Z pozorování plodu v prenatálním období bylo zjištěno, že je dítě s matkou stejně „naladěno“. Dítě aktivně reaguje na emoce matky pohyby, ale také vlastními emocemi. Již prenatálně se tvoří emocionální báze plodu prostřednictvím vzorců z podnětových situací, kterými matka v těhotenství prochází. Změna tepové frekvence plodu při emoční změně u matky je měřitelná už od 30. týdne. Vyrovnaná těhotná žena vytváří příznivé podmínky pro vytvoření správných základů psychiky dítěte. Takže stres těhotné ženy stejně významně ovlivňuje psychický stav dítěte do budoucna. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

### **1.3.2 Psychologie těhotenství**

Existuje jen velmi malé procento těhotných žen, které nikdy emotivně nepřemýšlely o porodu. Stejně jako existuje jen velmi malé procento těhotných žen, které by si nikdy emotivně nepředstavovali sami sebe jako matky (Murphy, 2005). Ty, které to nepřipustily, se vydaly na cestu popření, se mohou ještě nějakou dobu chovat stejně jako před těhotenstvím, což je jedna z copingových strategií. Tělo a sílící dítě v něm má své mechanismy, kterými i zatvrdelou matku přesvědčí o zvolnění tempa minimálně ve třetím trimestru (Stadelmann, 2004). Nastává tedy čas zamýšlení se nad porodem a svou rolí jako matky. Nežřídky kdy se takové filosofování pojí s neklidem nebo strachem. Nevyrovnanost a neklid však nelze chápat pouze jako nežádoucí. Pomáhají ke snadnější adaptaci (Yali, Lobel, 2002).

Ženy, které očekávají dítě později po třicítce, často zápasí s ambivalencí mezi radostí z příchodu dítěte a smutkem ze ztráty současného statusu. Smutek ze ztráty statusu se nemusí pojit výhradně s prací, jde také o vyrovnanost a jistotu, kterou si pravděpodobně dlouho získávaly. Teď má přijít zásadní změna ve všech dimenzích života, kterou hůře nesou právě ženy po třicítce (Murphy, 2005). Všechny ženy naopak spojuje fakt, že v těhotenství prochází důležitým obdobím, kdy se vyrovnávají nejen s budoucností a přítomností ale i s minulostí. Všechny nevyřešené konflikty či bloky z minulosti, které podvědomě brání v hladkém porodu, se mohou vědomě či nevědomě

dostávat na povrch. Způsobují psychickou rozladěnost až somatickou bolest (Mongan, 2010). Stává se také, že těhotné ženy, přemýšlejší a obávají se nevratnosti jejich stavu. V takovém případě však často dojdou k závěrům, které posílí jejich sebedůvěru (Teusen, Goze- Hänel, 2003).

Nutno dodat, že je potřeba, aby matka komunikovala o svých starostech, nejlépe s partnerem. Potlačené pocity vyplouvají totiž na povrch a zhoršují se, pokud je těhotná neřeší. Navíc se může matka snadno dostat do sociální izolace, která se po porodu ještě prohloubí a může spustit další psychické problémy. Doporučuje se tedy diskutovat o svých pocitech a vyhledávat pro tuto diskuzi vhodnou společnost (Vágnerová, 2000).

## **1.4 Zdravotní péče v těhotenství**

### **1.4.1 Těhotenství a moderní gynekologická péče**

Samotné početí přestává být v moderní době úplnou samozřejmostí, i když podle článku ze zdravotnických novin dokáže česká reprodukční medicína pomoci 90% párů z celkových 15% neplodných párů (ČTK, 2012).

Jakmile žena zjistí, že je těhotná, následuje potvrzení těhotenství gynekologem a otázka, zda dítě chce nebo ne. Jak Dahlke (2001, 51) tvrdí: „ Tato otázka sama o sobě je výrazem krize v procesu rozhodování, protože naši předci věděli, že jim takové rozhodování nepřísluší.“ Rostoucí počet rizikových těhotenství (jak ho nazývají lékaři) potvrzuje, že lékaři a celá společnost nevytváří dostatek bezpečí a blahobytu pro novou bytost. O potratech ani nemluvě (Dahlke, 2001).

Žena je tedy v pozhnaném stavu, ve stavu očekávání. Očekávání v tom pravém slova smyslu. Očekává totiž nejen správný vývoj těhotenství, svého dítěte, ale také vysoce strukturovanou a odbornou zdravotnickou péči. Tato péče jí přináší hmatatelné důkazy o onom správném vývoji dítěte a těhotenství (Marek, 2002). Hledá jistoty a často se nespokojí jen s nadějí. Důvěru v sebe sama jako v ženu, matku svěruje do rukou odborníků většinou mužů. Avšak domnělé jistoty demonstrováné formou krevních či ultrazvukových vyšetření jsou dvojsečnou zbraní. Mohou totiž těhotnou ženu postavit před zásadní rozhodnutí, kterých byly naše babičky ušetřeny. Přinášejí s sebou dilemata, za jakých okolností má či nemá milovat a přijímat své dítě (Buckley, 2009). Z pohledu těhotné ženy jde především o zodpovědnost, kterou si s přibývajícím

gestačním stářím více či méně uvědomuje. Zodpovědností míním zodpovědnost za sebe, své zdraví a svůj stav, ale také zodpovědnost za dítě a jeho přiměřený vývoj. V neposlední řadě jde zároveň o zodpovědnost za partnera a rodinu, kterou s ním těhotenstvím vytváří. (Doleželová, 2006).

V České republice se těhotné automaticky nabízí síť odborně vzdělaných gynekologů a jejich procedur a metod. Avšak do jaké míry je „moderní“ přístup v souladu s úctou k životu a životním kontinuem? Posttotalitní vykořenění zasahuje i nynější matky nejistotou a beznadějí. Sami raději přenechávají zodpovědnost za své rozhodnutí a činy „autoritám v bílých pláštích“ místo, aby lékaře považovali za partnery a poskytovatele informací, na jejichž základě se sami rozhodnou (Liedloffová, 2007).

Těhotné maminky však stále jednájí v souladu se svými niternými touhami. Jen se snaží uspokojit svou potřebu jistoty. Nezapomínejme, že těhotenství je obdobím naděje ne jistoty. Lékaři gynekologové zajišťují mnoho vyšetření a screeningů, ale nezbývá jim čas na informování a podporu těhotné. Upřednostňují fyzickou stránku před emoční a to se z psychologického hlediska problematické (Mrowetz, Chrástilová, Antalová, 2011).

Nehledě na to, že prenatalní vyšetřovací metody nejsou přesné (např. triple test má senzitivitu kolem 60-70% a až 16% falešné pozitivivity, ultrazvukové vyšetření spolu s biochemickými markery mají senzitivitu mezi 75-90% a falešnou pozitivitu do 5%). Za zmínku také stojí stres a strach, který provází samotné vyšetření (Boudyš, Hodík, Kačerovský, 2008).

### **Těhotenská péče ve Velké Británii – plánované změny**

V Británii se nedávno nechal slyšet tamní ministr zdravotnictví, že plánují velkou změnu prenatalní péče. Těhotné ženy a jejich děti jsou velmi citlivé na stres. Podle posledních poznatků neurovědy bylo zjištěno, že dítě, které je vystaveno takovým negativním stimulům prospívá hůře nejen v dětství, ale vyrůstá z něj nevyrovnaný jedinec, náchylný k dalším potížím. Proto v Británii chtějí rekvalifikovat všechny porodní asistentky a další zdravotníky pečující o matku a dítě prenatalně (v podstatě změnit celý model péče v proaktivní), aby byli schopni poskytnout matce dostatek podpory a harmonie, kolik potřebuje, čímž působí preventivně vzhledem k matce i vzhledem k dítěti. Navíc šetří tento systém peníze daňových poplatníků (Watt, 2013).

## 1.4.2 Těhotenská péče v České republice

V České republice zajišťují péči o těhotnou především lékaři – gynekologové. Jejich profesionalita je jistě kladem, avšak potřebný čas na sociální podporu a psychoprofilaxi těhotných jim chybí. Proto má své místo v péči o těhotné porodní asistentka. Porodní asistentky však v dnešní době v ČR nemohou dostatečně rozvinout své kompetence, protože jim to legislativa nedovoluje. Existují soukromé porodní asistentky, které podporují a pečují o těhotné, rodící či ženy v šestinedělí, avšak jejich péči si většinou musí hradit žena sama. Toto řešení tudíž není plošně dostupné (Doležalová, 2006).

Dají se najít gynekologové či porodní asistentky, kteří omezují svou aktivitu pouze na nezbytně nutnou a tím dávají prostor svobodě a „oslavným rituálům“ (Doležalová, 2006). Podvědomě mají totiž všechny ženy zakódována tato očekávání svobody a blaha, proto intuitivně vědí, co je správné pro ně a jejich děti. Žijeme v době ovládané rozumem, intelektem a ten vyhnal intuici i z těch nezákladnějších životních procesů jako jsou těhotenství, porod a šestinedělí, což je samo o sobě zdrojem potíží (Liedloffová, 2007).

## 1.5 Coping v těhotenství

Coping lze charakterizovat jako kognitivní nebo behaviorální pokus zvládnout situaci, která je vnímána jako stresová. Vyhýbání se jako strategie je v těhotenství provázena úzkostí, depresí a typickým těhotenským stresem a každodenními potížemi. Pochvala, kladné ocenění od druhých je provázeno nižší úzkostí, depresí i typickým těhotenským stresem (Mrowetz, Antalová, Chrástilová, 2011).

Ačkoli řešení potíží a další podobně orientované strategie jsou obecně efektivní, v těhotenství nejsou tak jednoznačné. Příprava na mateřství a zjišťování informací může pro jednu ženu znamenat snížení úzkosti a u jiné naopak zvýšení (Yali, Lobel, 2002).

### 1.5.1 Copingové strategie v těhotenství

#### Optimismus

Optimističtí jsou lidé, kteří očekávají pozitivní budoucnost. Ladí se na kladné výsledky a usilují o jejich dosažení (Franckh, 2010). Optimismus hraje v těhotenství zásadní roli. Těhotná žena očekává pozitivní průběh těhotenství, věří v souměrný vývoj

plodu i porod zdravého dítěte. Optimismus v těhotenství se pojí s nižší mírou deprese, úzkosti a vyšším sebevědomím (Murphy, 2005). Další teorie tvrdí, že optimismus v těhotenství působí nepřímo skrz globální schopnost copingu.

Lze usoudit, že optimismus nejen snižuje distres, ale zároveň formuje pozitivnější zkušenosti. Opačné zkušenosti zaznamenali u pesimistických respondentek, které udávali celkové zhoršení (Yali, Lobel, 2002).

### **Sociální podpora**

Sociální podpora je mezilidské spojení zajišťující profity, jakými jsou pomoc, citovou sounáležitost nebo informace. Díky podporujícím vztahům získávají těhotné informace o prenatální péči a také sdílí tíživé pocity (např. spojené s těhotenství a nadcházejícím porodem), kterým je žena dennodenně vystavena (Lorencová, Kodyšová, 2009). Podpora okolí je signifikantně velmi důležitým faktorem pro spokojenost těhotné ženy. Kvalitní sociální podpora s sebou nese sociální spokojenost a dosažitelnost v jakémkoli případě, což v těhotenství vede k menšímu počtu případů poporodní deprese, klesá počet stresorů a úzkost. Navíc vede ke zlepšení zdraví. Sociální podpora se podílí na výběru strategie zvládnání stresu a snižuje negativní stres (Yali, Lobel, 2002).

### **Socioekonomický status**

Socioekonomický status souvisí s fyzickým zdravím i psychickou pohodou. Lidé s nižším statusem jsou zranitelnější distresem a častěji mu čelí, než lidé s vyšším. Těhotná se často strachuje o zdraví a správný vývoj svého dítěte. Tato úzkost lze snadno snížit pomocí většího počtu informací (Holásková, 2004). Kvalita a dostupnost vyhledávání informací souvisí se sociálním statusem. Ženy s nižších vrstev vykazovali větší míru stresu než ženy ze střední a vyšší vrstvy. Dále ženy ošetřované v rámci velkých klinik vykazovali vyšší míru stresu než ženy ošetřované v privátní ambulanci. Ženy s vyšších vrstev využívali strategie plánování a vyhledávání informací, což vedlo k eliminaci stresu. Kdežto ženy s nižších vrstev častěji podléhali alkoholu, vyhýbali se stresorům a podléhali katastrofickým myšlenkám, což zvyšuje míru distresu (Yali, Lobel, 2002).



## 2 Porod

Porod je nejdůležitějším životním mezníkem z pohledu ženy i rodičího se dítěte. Zrození samo o sobě se formovalo jako instinktivní projekt v nitru ženy po staletí. Každá žena má projekt zakódován hluboce ve svém mozku. Ba i sama ženská podstata je tvořena schopností zrodit něco nového, nový život. Mnohdy není snadné racionálně vysvětlit okolnosti týkající se proměnlivosti jednotlivých těhotenství a především jednotlivých porodů. Příčinu nacházíme právě v onom instinktu, který se racionálně dá uchopit jen velmi těžší. Stejně jako každý z nás je individualita, stejně tak i každý porod probíhá individuálně. Existují společné zákonitosti a určitá „pravidla“ porodu, ale okolnosti se situačně i osobnostně mění.

Rozvoj medicíny a zdravotnictví přinesl nejen velký pokrok především ve zvyšování kvality a záchraně životů, ale také přinesl odklon od přirozenosti, odklon od ženských instinktů v rámci porodnictví. Porodníci a celý systém péče pomáhají dnes a denně zachraňovat životy novorozenců i rodiček. Díky moderní zdravotnické péči jsme se dostali na přední příčky žebříčku zemí s nejnižší perinatologickou úmrtností (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

Vysoce specializovaná perinatologická péče v České Republice vede sice k unikátním výsledkům především v oblasti záchraně života a zvyšování kvality zdraví, ale medicína všeobecně se jen velmi pozvolna vrací k péči v oblastech emociální, duchovní a přesahové roviny člověka, rodičky. Záchrana životů a zdravotní péče neznamená automaticky spokojenou rodičku. Za základní považují to, že ženy přenesli zodpovědnost za své těhotenství a porod na lékaře a spoléhají na racionální vysvětlení a metody více než na instinktivní pohnutky a jednání. Dvacáté století se neslo v duchu dehumanizace a medikalizace porodu. Ve století dvacátémprvém se „znovuobjevují“ přínosy přirozeného porodu, podpory rané vazby a citlivého přístupu personálu v průběhu těhotenství a porodu (Marek, 2002).

Porodem začíná nejen šestinedělí, ale také život jednoho dítěte. Největším vkladem do daného dítěte je spojení s matkou. Není výjimkou, že ženy po operačním porodu nevěřily, že je „toto“ jejich dítě a velice obtížně se se svým dítětem sžívaly (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011). Dokonce v mnoho případech trpěly poporodními depresemi. Kontakt kůže maminky a miminka nastartuje kaskádu hormonálních změn, které způsobují u matek návaly štěstí, neskutečnou rozkoš z doteků

vedoucí k slzám a smíchu a u miminka prvotní uklidnění a základ pocitu bezpečí (Marek, 2002).

## **2.1 Očekávání porodu**

Už samotné zjištění těhotenství automaticky vede myšlenky nastávající maminky k porodu. Nezřídka kdy se stává, že představy porodu provází úzkost a strach. Vždyť dnes a denně slyšíme porodní příběhy žen, našich maminek a kamarádek plné bolesti, hrůzy a strachu. Slovo porod v mnoha ženách (ať už rodivších nebo nerodivších) vyvolává negativní pocity a přirovnala bych ho ke slovu horor.

Očekávání spojené s porodem se různí individuálně. Obecně lze říct, že základním kamenem očekávání je vlastní zkušenost. Pokud je tedy maminka prvoroďčka, žádnou zkušenost nemá, pak faktory pro tvorbu očekávání vyhledává častěji ve vnějších zdrojích než víceroďčka (Stadelmann, 2004).

Zkušenost hraje významnou roli nejen v očekávání porodu, ale také v nastavení celkové psychické pohody a psychického ladění v rámci porodu a raného šestinedělí. Zásadní je, zda se rodička seznámila s prostředím porodnice a jeho personálem již před zahájením porodu (Geisel, 2004). Je prokázáno, se že ženy, které strávili část svého těhotenství hospitalizovány, snášejí porod lépe než ženy, které hospitalizovány nebyli. Důvodem je to, že se adaptovali na osoby a prostředí nemocnice, čímž se snížil stres z neznáma v rámci samotného porodu (Doležalová, 2006).

### **2.1.1 Očekávání porodu u jiných národů**

Na rozdíl od Evropanek většina domorodých žen, např. Indiánek, žen z oblasti Yirrkala v Austrálii, žen z Keňi, apod. rodí překvapivě snadno a rychle. Hlavním spojovacím článkem pro takové porody jsou: absence utrpení a bolesti, absence únavy, absence (po)porodních komplikací u matky i dítěte a samozřejmě i absence negativních emocí před, při i po porodu. V čem jsou tyto ženy jiné? Mnoho odborníků se domnívá, že jsou zvyklé na tvrdé podmínky a těžkou práci a díky tomu odolnější. Avšak i „civilizované“ domorodky rodí bezbolestně. V zásadě všechny totiž těhotenství i porod berou jako posvátnou chvíli či stav. Jako k posvátnému tak přistupují ke všem zásadním momentům tohoto období. Porod je pro takové ženy čest a radost v jednom. Již v těhotenství jsou naplněny klidem, radostí a nemají strach. Všechny ženy, které

porodily bezbolestně, mají společný právě onen klid, radostné očekávání porodu i dítěte a úplnou bezstarostnost (Trča, 2001).

## **2.2 Požadavky u porodu**

Požadavky na porod se různí podle toho, kolik rodička přijme zodpovědnosti a jak se připravuje a informuje v průběhu těhotenství. Souvisí do značné míry také s očekáváním porodu. Jsou ženy, které chtějí dobrovolně císařský řez a naopak jsou ženy, které si zakládají na přirozeném porodu bez zásahů.

Ženy, které vkládají zodpovědnost za svůj stav do rukou zdravotnického systému, většinou žádají bezbolestný porod a chtějí ho mít rychle za sebou, čímž ztrácí kontrolu a úměrně k tomu klesá i jejich spokojenost (Goer, 2002). Naopak ženy, které přijaly zodpovědnost za svůj stav, často žádají co nejméně zásahů a vyrušujících elementů. Obě skupiny ovšem mají společný požadavek na personál. Chtějí být v podporující a empatické atmosféře. Žádají si personál, který jim bude kdykoliv k dispozici a poskytne jim dostatek informací a podpory. Přejí si být rovnocennými partnery, se kterými všichni komunikují otevřeně a přátelsky. V neposlední řadě potřebují soukromí a zachování pravidel intimity a čistoty (Takács, Seidlerová, 2012).

Většina těhotných žen přemýšlí nad porodem ještě před jeho začátkem, proto počítám požadavky k porodu jako soubor očekávání či přání. Pokud by tato očekávání byla naplněna, byly by naplněny i významné aspekty spokojenosti jednotlivých rodiček.

## **2.3 Spokojenost u porodu**

Spokojenost ženy u porodu závisí na řadě aspektů. Patří k nim předchozí zkušenost a zkušenost z vlastního porodu, kterou si neseme hluboce zakořeněnou. Souvisí do jisté míry se vzděláním a vyhledáváním informací o porodu a také s hloubkou psychické přípravy. Na straně personálu podněcuje ženinu spokojenost empatické, vstřícné a respektující chování, umožnění kontroly nad vlastním porodem a nezasahování do přirozeného průběhu, podpora ve chvílích, kdy ztrácí kontrolu a v neposlední řadě také pozitivní přístup a vystupování v rámci porodu (Odent, 2013). Při porodu se totiž nerodí jen nový člověk, ale také nová matka. Každý specifika má svá specifika a úskalí (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

Dnes již víme, že porod není jenom práce matky, ale i dítě v něm aktivně pomáhá.

I pro tohoto malého tvorečka je porod namáhavý a bolestný. Navíc těsně po porodu reaguje velmi podrážděně především na hluk, cizí lidi (kohokoliv kromě matky, otce a sourozenců) a ostré světlo. Také pro novorozeně je spokojenost důležitá. Zjistilo se, že první nádech je bolestivý. Pokud je provázen strachem, vzniká větší riziko dýchacích obtíží a onemocnění, které jedince provází po celý život. Navíc první sekundy až hodiny po porodu jsou pro novorozeně nejdůležitější, především kvůli správnému navázání láskyplného a spokojeného vztahu s matkou ( Teusen, Goze- Hänel, 2003).

## **2.4 Zdravotní péče u porodu**

### **2.4.1 Účastníci porodu**

Nejzásadnějším účastníkem porodu je samotná rodička. Bez ohledu na místo porodu lze prokazatelně říct, že většina „práce“ spočívá na ní. Část zásluh nelze odepřít také rodičímu se miminku. Ostatní lidé by měli v podstatě být pouze přihlížejícími, protože schopnost porodit je vtištěna do ženského pokolení stejně jako předpoklad k menstruaci.

#### **Gynekolog/porodník**

Gynekolog/porodník je absolventem lékařské fakulty a má za sebou atestační zkoušku se splněnými podmínkami a veškerou nutnou praxí dle Zákona č.95/2004 Sb., a Vyhlášky č. 185/2009.

Mimo dosaženou kvalifikaci, která zaručuje maximální možnou péči profesionála při patologickém těhotenství a porodu, se porodníci velmi často staví k porodu jako k potenciálně rizikovému, z čehož vychází i většina jejich rozhodnutí o zásazích do jeho průběhu. V podstatě lze říct, že ve jménu zabránění rizika (ať už potenciálního nebo reálného) sahají k provádění rutinních zákroků, jako je urychlení, umrtvení, vyvolávání, operativnímu ukončení porodu, bez využití alternativních metod (Goer, 2002).

#### **Pediatr**

Pediatr je absolventem lékařské fakulty a má za sebou atestační zkoušku se splněnými podmínkami a veškerou nutnou praxí dle Zákona č.95/2004 Sb., a Vyhlášky č. 185/2009). Pediatr však nebývá přítomný paušálně u každého porodu, přichází pouze

ke komplikovaným porodům (Čech, a kol., 2006).

### **Porodní asistentka**

Porodní asistentka mohla získat svou kvalifikaci různě. V dnešní době je běžné bakalářské nebo vyšší odborné vzdělání. Střední zdravotnické vzdělání při tom není nutné. V nemocnicích však pracují i porodní asistentky, které mají střední zdravotnické vzdělání a dvouletou nástavbu studia pro porodní asistentky a postgraduální kurz v rámci programu Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Všechny výše uvedené varianty jsou v souladu se Zákonem č. 96/2004 Sb. a Vyhláškou č. 39/ 2005 Sb. §5. Většina porodních asistentek má tzv. registraci neboli způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu, což vymezuje Vyhláška č. 55/2011 Sb.

Porodní asistentka je plnohodnotnou průvodkyní žen od počátku pohlavní zralosti až do klimakteria. V mé práci považuji za nejdůležitější zmínit, že porodní asistentka pečuje o ženu v průběhu celého fyziologicky probíhajícího těhotenství, porodu a šestinedělí. Je prokázáno, že péče porodní asistentky znamená pro ženu ve zmíněném období péči nejméně rizikovou, podporující a posilující (Goer, 1999).

### **Novorozenecká sestra**

Všeobecná sestra nebo porodní asistentka, pracující na neonatologickém/novorozeneckém oddělení. Pokud je tato zaměstnankyně všeobecná sestra, tak má bakalářské nebo vyšší odborné vzdělání v oboru pediatrie či dětská sestra. Některé mají pouze středoškolské vzdělání v oboru dětská sestra spolu s postgraduálním kurzem v rámci programu Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Výše uvedené varianty upravuje Zákon č. 96/2004 Sb., a Vyhláška č. 39/ 2005 Sb. §4.

Všichni členové zdravotnického týmu, kteří jsou zmíněni výše, podléhají také celoživotnímu vzdělávání. Po různě dlouhé praxi (liší se podle data a typu ukončení odborného vzdělávání) získávají registraci v národním registru zdravotnických povolání. Musí se účastnit vzdělávacích akcí a v průběhu své kariéry znovuoobnovovat svou registraci dle Vyhlášky č. 423/2004 Sb.

## **2.4.2 Externí účastníci porodu**

Porodu se může účastnit soukromá porodní asistentka či osobní lékař těhotné ženy. Péči obou dvou si hradí těhotná žena sama a jsou externími účastníky porodu, takže se většinou nemohou aktivně podílet na rozhodování v průběhu porodu. Avšak existují porodnice (např. Vyškov), kde mají i externí porodní asistentky či gynekologové smlouvu, takže se aktivně podílejí na rozhodování o průběhu porodu konkrétní ženy. Musí se řídit pravidly, právy a povinnostmi daného porodního sálu.

### **Dula**

Dula prošla certifikovaným kurzem. Má základní znalosti ze zdravotnictví první pomoci a průběhu porodu, ale především má funkci podpory rodičí ženy. Není zdravotníkem a žena si ji většinou přivádí na porodní sál jako doprovod. Dula zastává funkci podpory, ale také „obhájce“ porodních přání rodičí ženy. Komunikuje také s otcem a dalšími členy rodiny. Snaží se mateřsky a láskyplně starat o nově zrozenou matku (Kennell, Klaus, Klaus, 2004). Na rozdíl od porodní asistentky má čas pouze na jednu ženu, kterou maximálně podporuje, masíruje a uklidňuje. Zná její přání a postoje týkající se porodu či medikace u porodu. Pokud má žena porodní plán, tak komunikuje s personálem a vyjednává podmínky. Stojí na straně ženy a jejích emocionálních potřeb a očekávání, což je rozdíl od porodní asistentky, která ženu musí posuzovat i ze zdravotního hlediska a to i její plod (Goer, 1999).

### **Otec**

Otec dítěte může být také přítomný u porodu. V podstatě může plnit funkci duly/ soukromé porodní asistentky, avšak v některých případech jim chybí dostatečná empatie, asertivita nebo znalosti k dostatečné podpoře rodičí ženy a jejích očekávání (Kennell, Klaus, Klaus, 2004).

## **2.4.3 Přístup personálu**

Holistický přístup se jeví u porodu jako zásadní. Nejen z důvodu, že si žena porod jako průlomový okamžik svého života pamatuje dlouho po té, případně až do smrti, ale také proto, že díky pozitivnímu prožitku u porodu získá žena potřebnou sebedůvěru a sebeúctu a to především v nové roli matky (Marek, 2002). Okolnosti porodu zůstávají

hluboko vtištěny do ženiny psychiky, což s sebou nese velké riziko především díky zranitelnosti ženy u porodu. Rutinní a minimálně individuální péče (zákroky, omezení a medikace) v průběhu porodu prokazatelně působí škodlivě. Spokojenost ženy klesá nepřímo úměrně k stoupajícím zákrokům bez vysvětlení (Mrowetz, Antalová, Chrástilová, 2011).

Lékařská péče přináší své klady i zápory. Pokud se zasahuje do porodu bezproblémového rutinně, automaticky daný zásah představuje pro matku i dítě pouze riziko, aniž by z toho nějak profitovaly. Teorie, že porod je bezpečnější v nemocničním prostředí, což propagují lékaři, však nemá platný důkaz formou studie. Tuto teorii podepírají porodníci především nízkou perinatologickou úmrtností, avšak na úkor vysokému procentu císařských řezů rutinně prováděných (Goer, 1999).

Při porovnání lékařské péče a péče porodních asistentek jasně vyplývá, že pokud se o ženu starají v průběhu fyziologického těhotenství a fyziologického porodu jen porodní asistentky je nižší novorozenecká úmrtnost, nižší výskyt poporodních depresí, méně intervencí při porodu a vyšší spokojenost žen po porodu (Tucker, Hall, Howie, *akol.* 1996).

### **Týmová spolupráce**

Standartní péče o rodící ženu v českých porodnicích zajišťuje porodnický a neonatologický tým. Součástí týmu jsou lékaři, sestry a porodní asistentky. Běžný způsob péče se vyznačuje profesionálními intervencemi vycházejícími z nařízení ministerstva zdravotnictví a kopírujícími vnitřní směrnice daného porodnického oddělení. Avšak vysoce specializovaná péče není zárukou spokojenosti.

Dle výzkumu z roku 2012 (Takács, Seidlerová) existují aspekty, které jsou při svém naplnění přímo úměrné spokojenosti žen a snadnějšímu vytváření a upevňování vztahu mezi matkou a dítětem. Mezi tyto aspekty patří dostatek informací, dostupnost personálu, empatie a vstřícnost personálu, kontrola rodičky a její podíl na rozhodování, přátelské a rovnocenné jednání, fyzické pohodlí a služby. Všechny zmíněné aspekty podněcují spokojenost a týkají se porodních sálů i oddělení šestinedělí. Roli hraje také podávání protichůdných informací. Pokud podá rodičce novorozenecká sestra jiné informace než porodní asistentka a při výměně služeb dostane opět jiné informace, může jí to znejistit, čímž klesá spokojenost. V České republice je obecně spokojeno 84,95% rodiček, avšak podle jednotlivých dimenzí je spokojenost až o třetinu horší a

liší se také nemocnice od nemocnice.

Zdá se to jako jednoduchá samozřejmost zajistit vstřícný a holistický přístup personálu. Avšak mnohým zdravotníkům dělá obtíže přizpůsobit se ženiným přáním v rámci možností daného pracoviště i v rámci možností individuálního porodu. Jen velmi těžko opouští naučené praktiky a nesnadno se vyhýbají rutinním zákrokům (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011). I v České republice však existují porodnice s odlišným přístupem (Krnov, Vyškov, Neratovice). Podíl císařský řezů a dalších intervencí zde klesá pod celorepublikový průměr a nepřetržitý kontakt matky s dítětem je poskytnuta naprosté většině (Marek, 2002).

### **Interakce personálu s rodičkou**

Rodička nepocituje extrémní emocionální zátěž tam, kde je vlídně přijata, disponuje dostatkem informací, je středem pozornosti a současně se může samostatně rozhodovat a aktivně vstoupit do porodu vlastního dítěte. V těchto případech se rodička dobře adaptuje v neznámém prostředí a je schopna poměrně dlouhodobě udržet koncentraci a dobře spolupracuje se zdravotníky. Maladaptivní chování se může objevit u rodičky, která neprochází problematickým porodem, ale nedůvěřuje zdravotníkům, vnímá je jako své nepřátele a neakceptuje jejich pokyny (Holásková, 2004).

Záleží na personálu a na atmosféře, kterou vytváří. Díky lidem a jejich interakcím vzniká příhodné nebo naopak nevhodné prostředí k porodu. V dnešní době je to především žena-matka, která přemýšlí a rozhoduje se o místě či způsobu porodu. Na tomto rozhodování mají svůj podíl také porodní asistentky a lékaři, ale i ženina schopnost vyhledávat informace a rozhodovat (Yali, Lobel, 2002). Nelze vyřadit ani dudu, partnera, matku těhotné či kamarádky. Avšak hlavní roli hraje stále rozhodnutí matky, na rozdíl od dob minulých (Doleželová, 2004).

Když si žena si vybere místo k narození svého dítěte a vstupuje do interakce se členy dané pracovní skupiny. Zde prožije několik emočně nejintenzivnějších hodin svého života. Pocity podpory nebo naopak odmítnutí při porodu či naprostou izolaci bez potřebného zájmu a empatie od okolí rodičku provází nejen porodem, ale de facto celým životem. Jak se člověk chová v dané roli, takovou míru statusu získá. Hodnotu statusu poznává snadno jedinec především z chování ostatních, kteří se s ním ocitají v interakci. Status vytváří podstatnou část obrazu o sobě – sebeobrazu (Holásková, 2004).



## 2.5 Prostředí porodu

Prostředí porodu se může zdát jako zdánlivá banalita. Ve skutečnosti prostředí porodu ovlivňuje celý jeho průběh. Záleží na prostorovém rozmístění i designu. V Cochrane Review se uvádí, že ženy rodící v alternativně vybavených pokojích (na rozdíl od běžných porodních pokojů vybavených přísně zdravotnický) mají větší šanci na přirozený porod bez intervencí a epidurálu (Hammond, 2014). To potvrzuje i britská studie. Pokud se stěna se zdravotnickým vybavením zakryla stěnou s barevným motivem (např. s krajinou), zkrátila se průměrná doba porodu o dvě hodiny a klesla potřeba epidurální analgezie o 7% (Duncan, 2010). Ženy upřednostňují malé útulné pokojíčky víc než rozlehlé studené místnosti. Tato zkušenost pravděpodobně pramení z pocitu zranitelnosti, potřeby se skrýt a nutkové potřeby absolutního klidu a bezpečí, kterou cítí všechny rodící ženy. Často se stává, že ženy instinktivně hledají co nejmenší a nejskrytější kout jako např. toaleta, kde mohou klidně a bezpečně porodit (Leboyer, 1999). S klidem a bezpečím u porodu souvisí také ostré světlo, hluk, neznámý lidé a místa, případně nástroje (Odent, 1995). To všechno stimuluje neocortex rodící ženy a tím zmenšuje jejich šanci na normální porod. Pokud bychom minimalizovali tyto faktory, přibýlo by fyziologických porodů (Hammond, 2014).

Dr. Odent tvrdí, že pokud si chcete vybrat, kde se radši půjdete v noci projít buď v Brazílii, kde je 80% císařských řezů nebo v Nizozemí, kde třetina dětí přichází na svět doma, s největší pravděpodobností si vyberete Nizozemí, protože zde se kriminalita dostala na velmi nízkou úroveň oproti Brazílii. Také tvrdí v dokumentu *Face of Birth*, že prostředí kde přivádíme děti na svět, není jen otázka pro porodníky, porodní asistentky a těhotné ženy. Je to otázka, která je zásadní pro celou společnost. Protože na způsobu porodu naši děti závisí celá budoucnost. Je to otázka lidství jako takového, neb jeho vývoj záleží na schopnosti milovat. Kapacitu milování si dítě a člověk vytváří v prvních minutách až hodinách, kdy přijde na tento svět (Gorman, Banks, 2012).

### 2.5.1 Možnosti volby místa porodu

Žena má možnost rozhodnout se mezi porodem doma, porodem v porodním domě a ve zdravotnickém zařízení. Legislativa však v dnešní době podporuje pouze porody ve zdravotnickém zařízení, protože asistence u porodu doma nebo v porodním domě je nyní pro zdravotníka (především pro porodní asistentku) postup *non lege artis*, za který

může být postihnutá. V dnešní době totiž Ministerstvo zdravotnictví odmítá vydat oprávnění k poskytnutí péče během porodu mimo zdravotnické zařízení ani ke vzniku samostatného porodního domu (Königsmarková, 2012).

Ženy, které chtějí využít jiné alternativy než porodu ve zdravotnickém zařízení, argumentují tím, že je porušováno jejich právo svobodné volby na místo porodu. Je jim odepřena odborná pomoc při porodu mimo zdravotnické zařízení (Doleželová, 2006). V současnosti se čeká na rozhodnutí evropského soudu pro lidská ve Štrasburku, kde prozatím vyjádřili nesouhlas se současným legislativním stavem v ČR, kdy stát sice nezakazuje porod doma a zároveň zakazuje poskytnout odbornou pomoc u domácího porodu (ČTK, 2013).

## **Domov**

Domov poskytuje rodiče jistotu. Odpadá zde stres z neznáma. Také uspořádání své domácnosti zná maminka dokonale, což může usnadnit pohyb a celý proces porodu. Díky atmosféře pohodlí nerušené cizími osobami se snáz uvolní a zbaví úzkosti (Goer, 1999). Uvolnění a optimismus jsou přitom zásadními faktory pro hladce probíhající porod. V domácím prostředí také odpadají medicínské intervence a farmakologické zásahy (Yali, Lobel, 2002).

## **Porod ve zdravotnickém zařízení**

Zdravotnická zařízení, která nabízejí služby porodního oddělení, jsou uspořádána do systému fakultních a nefakultních nemocnic. Fakultní nemocnice úzce spolupracují s místní lékařskou fakultou. Ve fakultních nemocnicích je vysoký počet porodů za rok. Specializují se zde na rizikové případy. Nefakultní nemocnice jsou všechny ostatní. Toto dělení je však nepřesné.

Podle lékařský stanov rozdělujeme porodnice na perinatologická centra, která se specializují na nejrizikovější případy, ale rodí se zde i fyziologicky. Dalšími jsou intermediální centra, kde se soustřeďují středně a mírně rizikové případy spolu s těmi fyziologickými. Posledním stupněm jsou běžné porodnice tzv. okresního typu, kde rodí ženy s nízkým nebo žádným rizikem (Čech, Hájek, Maršál, Srp, 2006).

V perinatologických centrech je největší koncentrace porodů (až 2500 porodů ročně) naopak v okresních nemocnicích je koncentrace porodů nejnižší (okolo 800 porodů ročně). V některých porodnicích klesá počet porodů až pod 500. Právě

v porodnicích s nejnižším počtem porodů jsou všeobecně rodičky nejspokojenější (Takács, Seidlerová, 2012).

### 3 Šestinedělí

Šestinedělí v podstatě začíná čtvrtou dobou porodní a končí šest týdnů po porodu, kdy je většina involučních a fyziologických změn dokončena. Obecně je za konec šestinedělí považováno zahájení normálního menstruačního cyklu. Avšak záleží na délce laktace, frekvenci a délce jednotlivého kojení, což způsobuje „opožděný“ nástup menstruačního cyklu. Běžně se do 12. týdne po porodu, což je doba označovaná jako prodloužené šestinedělí, navrácí do normálního funkčního stavu: ženského pohlavní orgány, krevní a hemokoagulační systém, gastrointestinální trakt, uropoetický systém, endokrinní systém s výjimkou hypotalamo – hypofyzární - ovariální osy, která může být blokována prolaktinem (při kojení). Jako „bonus“ klesá tělesná hmotnost. Psychický stav ženy po porodu, musculoskeletární a kardiovaskulární systém se adaptuje po dobu několika měsíců, až jednoho roku (Roztočil, 2004).

Rané šestinedělí je období prvních hodin až deseti dní po porodu, kdy jsou veškeré změny nejintenzivnější (Stadelmann, 2004). Žena dostává „odměnu“ a sílu díky endokrinnímu systému, především díky oxytocinu, endorfinům a prolaktinu. Avšak na odměnu má nárok pouze tehdy, jsou-li splněny všechny podmínky. Mezi podmínky patří nepřetržitý kontakt s dítětem, klid a bezpečí, podporující, respektující a empatická atmosféra a dostatek prostoru svobodně a informovaně se rozhodovat, případně kontinuální možnost pomoci v případech krize (Geisel, 2004). Ačkoliv nastává určité omezení společenských konexí, neměla by šestinedělka zůstat zcela izolovaná. Zvláště pokud chceme podpořit její spokojenost.

#### 3.1 Očekávání šestinedělí

Ve společnosti se setkáváme s propagací porodu jako „něčeho, co se musí přežít“ a šestinedělí jako „nejšťastnějšího období života“. Ve skutečnosti však novopečená rodička prožívá velkou změnu nejen v oblasti role, ale také bouřlivé hormonální a emocionální změny. Proto ne jednu ženu zaskočí, že se v šestinedělí cítí nešťastně, zmateně a unaveně, což je v rozporu jejich očekáváními (Murphy, 2005). Stává se, že to zaskočí zejména prvorodičky. Avšak negativní pocity a velké emocionální výkyvy k šestinedělí patří. Důležité je, aby si žena zachovala vlastní sebeúctu. Je běžné, že se přechodně cítí zoufalá z nové role, přesto by měl zůstat zachován respekt k sobě, svému dítěti a partnerovi (Mrowetz, Antalová, Chrástilová 2011).

## **3.2 Vztah mezi matkou a dítětem**

Bezprostředně po porodu je jediná chvíle vhodná pro imprinting, čili tvorby pevné vazby mezi matkou a dítětem. Podílí se na něm celá řada hormonů a faktorů, avšak v této senzitivní fázi taky může dojít velmi jednoduše k silným poškozením vznikajícího vztahu i porušení vnímání vlastní mateřské kompetenci (Geisel, 2004).

První sekundy až hodiny po porodu vznikají první a nejsilnější vlákna propojení, která navždy určují povahu vztahu mezi matkou a dítětem. Matka prvními doteky a pohledem z očí do očí svému novorozeněti dává kapacitu lásky na celý život. Je prokázáno u odloučených dětí, že spolu s délkou odloučení od matky narůstá jejich frustrace a stres (Odent, 2013). Navíc pokud i po dlouhé časové prodlevě není dítě matkou přijato bezpodmínečnou láskou, přichází dítě do stavů zoufalství a v podstatě nenaplnění potřeby lásky. Z dlouhodobého hlediska to může být příčinou mnoha problémů či psychických poruch (Mrowetz, Antalová, Chrástilová, 2011).

Naopak z biologického hlediska je přijetí dítěte matkou po dlouhém odloučení velmi problematické zvláště u matky, protože se její imprinting podpořené hormony vyplýval na jiné osoby (např. personál porodnice) a dítě nyní není schopná navázat hluboký vztah, pouze vědomě ví, že se o něj má postarat, ale chybí zde bezpodmínečná láska. Takové děti jsou často označovány, že jako by nebyli jejich. Matky i děti častěji trpí psychickými problémy (Geisel, 2004).

### **3.2.1 Rozvoj dítěte po porodu**

U novorozeného dítěte se setkáváme s termínem mozkový „hardware“. Tento termín vznikl srovnáním počítače s mozkem. Hardware je tudíž určitý základní systém mozku. Mozková tkáň je z větší části vyvinuta již v okamžiku porodu (geneticky zakotvena). Zbývající buňky a spoje se dotváří pomocí buněčného dělení v období několika měsíců po porodu, pak buněčné dělení končí. Mozková tkáň se již nemění. Každý konec věští nový začátek, proto díky ukončenému vývoji mozku se můžeme učit a pracovat s informacemi (Vester, 1997).

Prvotní vjemy po porodu (hmatové, čichové, zrakové, sluchové, chuťové) jsou hluboce zakódovány a mají zásadní význam pro budoucí způsob myšlení (Murray, Cooper, 1997). Díky prvotním vjemům vzniká asociační báze, vnitřní vzor vnějšího světa. Na základě této báze, která je v každé kultuře ba i v každé rodině originální, náš

mozek identifikuje sám sebe i své okolí (Vester, 1997). Důvěrný vztah, porozumění a stimulující okolní svět vede k rozvoji mozku, zatímco nadbytek nebo nedostatek stimulace a nesprávná výživa spíše zpomalují rozvoj mozku. Prostřednictvím nejvíce stimulovaného smyslu v novorozeneckém a kojeneckém období se z nás stává určitý učební typ (auditivní, vizuální, haptický, intelektuální). Matka může své dítě nejlépe podpořit v raném rozvoji, pokud bude kojit a bude obklopotvat své dítě přátelskou a láskyplnou atmosférou (Liedloffová, 2007).

### **3.3 Prožívání šestinedělí**

Prožívání šestinedělí souvisí se subjektivním prožíváním těhotenství a porodu. Žena si celé těhotenství více či méně představuje své dítě a sebe jako matku. Najednou přichází ta chvíle (porod) , kdy se doopravdy matkou stává. Dítě však nevypadá, nechová se podle jejích představ. Ani ona sama nedokáže jednat tak s přehledem jako ve svých snech (Geisel, 2004). Vystřízlivění a sžívání se s realitou trvá různou dobu v závislosti na tom, jak moc žena byla připravena na mateřství ještě před porodem. V tomto období se žena cítí nejvíce zranitelná. U mnohých se to projevuje nepřiměřeně vděčným až podlézavým chováním směřovaným na personál případně rodinu. Zejména ženy, které v těhotenství a při porodu ztratily kontrolu a dostaly se do kaskády intervencí, musí v podstatě znovunajít vlastní sebeúctu (Murphy, 2005).

Citlivé naslouchání, emocionální podpora a prostor k vyjádření sebe a svých vlastních niterních obav či pohnutek jsou aspekty, které přispívají ke spokojenosti a hladšímu průběhu nejen šestinedělí. S množstvím narůstajících rutinních zdravotních intervencí v těhotenství, při porodu i po porodu, stoupá také úzkostnost ženy a tím i riziko poporodní deprese (Geisel, 2004).

#### **3.3.1 Adaptace v šestinedělí**

Adaptaci prožívá žena hned první hodiny po porodu. Zásadní změny probíhají v prvních dnech až týdnech života dítěte. Adaptace se tedy týká hlavně žen v raném šestinedělí. Způsoby adaptace v šestinedělí lze rozdělit do čtyř oblastí: fyziologická, sebekoncepce, role, a vzájemná vztahová závislost (Stadelmann, 2004).

Fyziologickou adaptaci lze nejvíce sledovat na involuci dělohy a dalších návratných změnách týkající se především pohlavního, endokrinního a

kardiovaskulárního systému, navrací se i břišní stěna do své pozice (Čech, Hájek, Maršál, a kol., 2006). Adaptace v rámci sebekoncepcce se projevuje postupným vyčleňováním zdravých a nezdravých návyků v péči o sebe a své dítě. Ačkoliv většina žen od porodu až do půl roku dítěte pocítuje nějaké potíže, málokterá vyhledá pomoc lékaře. Téměř všechny přizpůsobí svůj chod danému omezení, které často po půl roce vymizí (Romero, Rodriguez, Cardenas, 2012).

Žena v šestinedělí se potýká s řešením distribuce energie mezi svými rolemi. Kromě role pracovní a partnerské nyní přibyla role mateřská u prvorodiček. U vícerodiček sice mateřská role nepřibyla, přesto se musí vypořádat s rozdělením péče mezi dětmi. Pro rozvoj mateřské role je velice důležitá sociální podpora (Geisel, 2004). Pokud je adaptace na mateřskou roli úspěšná, získá matka sebevědomí, vědomí, že je dobrá matka. Navíc se zvýší její životní spokojenost, což ovlivňuje pozitivně jak dítě, tak všechny její vztahy (Romero, Rodriguez, Cardenas, 2012).

Sexuální apetence v šestinedělí výrazně klesá. Je to způsobeno fyziologickými faktory – jako je krvácení z rodidel, bolestivost perineální oblasti, kojení, změny tělesných proporcí, ale také psychologickými faktory - pocitem ztráty atraktivity, strachem o dítě, únavou (Murphy, 2005). Podpora a empatie zde nabývá na významu především od partnera. Existují však situace, které je potřeba řešit z celostního pohledu intervencí zvenčí, např. v rámci poradenské psychologie (Romero, Rodriguez, Cardenas, 2012).

Vztahy a konexe se v šestinedělí výrazně mění. Ze sociálního statu „žena“ se stává status „matka“ (Marek, 2002). Šestinedělka vstupuje do období plného omezení a separace. Šest týdnů žena podléhá řadě omezení v oblasti výživy, hygieny, sexuálního života, ale také společenského života. Sociální kontakty se často zúží na blízkou rodinu a středobodem mateřského světa je nyní dítě. Šestinedělka se učí, jak fungovat a zvládat všechny denní aktivity a péči o dítě (Romero, Rodriguez, Cardenas, 2012).

### **3.3.2 Coping v šestinedělí**

Zásadní roli hraje v šestinedělí několik činitelů. Patří mezi ně sebevědomí matky, zkušenosti z dětství, zkušenosti s předchozím dítětem, znalosti a schopnost rozšiřování znalostí (učení se), víra a naděje a v neposlední řadě také plánování návratu do zaměstnání (Romero, Rodriguez, Cardenas, 2012). Čím vyrovnanější vztah měla šestinedělka v dětství se svou matkou, tím empatictější je posléze ke svému dítěti. Často

se v ženě otevírají všechny potlačené emoce především z dětství. Novorozenec je jako zrcadlo, jak se cítí jeho maminka, tak se cítí i on sám. Může se stát, že se dítě zklidní, když si žena začne uvědomovat a řešit své psychické bloky (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011). Zkušenější matka resp. vícerodička se snáze vyrovnává s nároky péče o dítě. Platí také přímá úměra mezi dostatkem informací a celkovou informovaností ženy a copingem (Takács, Seidlerová, 2012). Matka, která se dopředu vzdělává a získává informace a neustále vyhledává další potřebné informace, které flexibilně promítá do péče o dítě i sebe, se vyrovnává se zátěží daleko lépe. Ženy, které jsou v kontaktu s podporující osobou (např. laktační poradkyní) či s podporující skupinou, jsou signifikantně klidnější a konzistentnější v péči o dítě (Romero, Rodriguez, Cardenas, 2012). Pokud lze zaměstnání skloubit s mateřstvím tak, aby byly obě role naplněny, pak je to prospěšné nejen pro matku a dítě, ale také pro rodinu a potažmo i společnost. Avšak žena, která musí dát přednost práci a dítě přenechá na starosti jiné osobě již v šestinedělí, je častěji méně spokojená (Murphy, 2005).

### **3.3.3 Poporodní blues, baby blues**

Necelých 80 % žen prožívá třetí až čtvrtý den po porodu psychické rozladění, velké výkyvy nálad od radostného smíchu po nával vzteku. Cítí se zranitelné a přecitlivělé. Pláčou, avšak jejich pláč mnohokrát nemá žádné odůvodnění. Patří to k fyziologické reakci adaptace, která většinou nevyžaduje žádnou intervenci kromě podpory nejbližší rodiny, zejména partnera (Geisel, 2004). Období prvního týdne až deseti dní po porodu je mezi ženami označováno za kritické. Mohou se dostat do stavu úzkosti, psychické lability či depersonalizace, avšak jde o přechodný stav. Často stačí empatie a projev sounáležitosti od personálu poporodního oddělení či rodiny (Roztočil, 2004). Naopak rutinní či negativní postoje personálu mohou prohloubit baby blues, které při pokračující malé sociální podpoře a prohlubující se frustraci mohou přejít až v poporodní depresi (Takacs, Seidlerová, a kol 2012).



## **3.4 Psychické komplikace v šestinedělí**

### **3.4.1 Posttraumatická stresová porucha**

Posttraumatická stresová porucha se projevuje u žen, které ztratily kontrolu nebo měly pocit ztráty kontroly nad porodem vlastního dítěte jakožto důležité životní události. V průběhu porodu se cítí bezmocně a nepotřebně (Takács, Seidlerová, 2012). Záludné je, že se posttrauma může projevit jak u komplikovaného porodu tak u zdánlivě neproblematického porodu. Není výjimkou, že posttraumatickou stresovou poruchou trpí i ženy po potratu nebo porodu mrtvého dítěte. Společným znakem pro ženy s posttraumatem je absence radosti z porodu, kterou nahradí smutek, vina, vztek, lítost, bolest a nenávisť. Většinou jsou tyto rodičky podrážděné, vyděšené a hlavně osamocené, protože se bojí o těchto pocitech mluvit, avšak jsou jimi natolik zahlceny, že mají obavy, že se z nich snad zblázní (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

Druhým případem ztráty kontroly nad sebou a svým dítětem je manipulace ze strany personálu, kdy se matka stává pasivním aktérem svého porodu (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011). Nejfrekventovaněji se vyskytuje u žen, které prošly programovaným porodem, nebo u kterých lékař rutinně zasahoval do průběhu porodu. Za zmínku stojí rutinní dirupce vakuu blan, episiotomie, operativní porod (vakuumextraktor, klešťový porod) nebo císařský řez (Goer, 2002). Po takovém porodu často následuje separace matky dítěte, kdy matka celou noc nemůže spát strachem o své dítě. Doporučení personálu zní, odpočiňte si. Ve chvíli, kdy je celý systém novopečené matky připraven na dítě, dochází k hlubokému vykořenění (Geisel, 2004).

Řešení postraumatu spočívá v psychoterapii. Na rozdíl od deprese “stačí“, aby si dotyčná promluvila s někým, kdo nebude obhajovat zdravotníky a ji nebude kritizovat za její pocity, kterým čelí (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

### **3.4.2 Poporodní deprese**

Poporodní deprese se projevuje u žen, které jsou dlouhodobě a intenzivně vystaveny negativním emocím. Popisují pocity neschopnosti a studu, sebezpochybnosti, zlost a nadměrnou zátěž. Průvodním jevem je také nespavost, která celkový stav zhoršuje (Geisel, 2004). V prvních týdnech až prvním roce jí trpí 10 – 20% žen (Roztočil, 2004).

Poporodní depresi trpí častěji ženy, které po dítěti toužili a těšili se na ně. Zdá se to jako paradox, ale ve skutečnosti je to logické. Vytoužené dítě je středobodem, čímž se od matky očekává, že bude perfektní, trpělivá ke všemu a všem a navíc šťastná. Náhle však přichází realita, která se může dostat do rozporu s očekáváním a vznikne ambivalence (Murphy, 2005). Ambivalence mezi ženskou a mateřskou rolí. Pokud ambivalence sílí a vyvolává zásadní vnitřní konflikty, může vyústit až v tzv. poporodní depresi (Marek, 2002). Geisel (2004, 31) tvrdí, že: „Čím větší je rozdíl mezi ideálním dítětem a skutečným, tím vyšší je pravděpodobnost, že vznikne poporodní deprese.“ Stačí, aby matky věděly a připustily si, že mohou být nedokonalé. Být nedokonalou matkou s nedokonalým dítětem často přinese obrovskou úlevu a umožní rodině žít více méně šťastně (Murphy, 2005).

Vztah mezi matkou a dítětem má vzniknout bezprostředně po porodu. Pokud jsou matka a dítě rozděleni, může dojít k tomu, že matka místo nezměrné lásky cítí k dítěti averzi (Mrowetz, Antalová, Chrástilová, 2011). To samotné stačí k obrovským pocitům viny, které mohou vyústit až v poporodní depresi. Ženy po těžkém nebo operačním porodu většinou hledají příčinu všech nesnází v sobě a posilují tím pocity viny. To se stává živnou půdou pro poporodní depresi (Geisel, 2004).

Nemálo přidává také společenské mínění, které podceňuje mateřskou roli a zároveň očekává od matky mnoho splněných úkolů (Lorencová, Kodyšová, 2009). Strach, že nedostojí svým závazkům a očekáváním od okolí, vyvolává v ženách paniku. Rozbrázděná psychika ženy pak snadno podlehne depresi (Geisel, 2004). Mezi další rizikové faktory patří nízký věk rodičky (pod 20 let), špatné nebo žádné vztahy s otcem dítěte, negativní zkušenosti z dětství či nepříznivé vztahy s vlastní rodinou, ekonomické a existenční potíže, zdravotní handicap a narušené nebo nízké sebevědomí. Jde o déletrvající stav než baby blues, který vyžaduje psychologickou případně psychiatrickou intervenci (Roztočil, 2004).

### **3.4.3 Puerperální psychóza**

Průměrně jedna matka z tisíce podlehne puerperální psychóze. Projevuje se stavy vyčerpanosti, úzkosti, s halucinacemi, návaly vzteku, ztrátou kontaktu s realitou, myšlenkami na sebevraždu nebo vraždu dítěte (Geisel, 2004). Pravděpodobně vzniká na podkladu předchozí psychotické zkušenosti anebo na základě rodinného zatížení. Naštěstí prognóza puerperální psychózy je příznivější než prognóza psychózy vzniklé

mimo šestinedělí. Tyto závažné případy se řeší hospitalizací na specializovaném psychiatrickém oddělení (Roztočil, 2004).

## 4 Aspekty životní spokojenosti ženy

Životní spokojenost je především subjektivní stavem, kdy se jedinci daří dobře a cítí se šťastně. Jedinec hodnotí svůj pocit pohody a štěstí především pozitivními afektivními termíny (Kahneman, Diener, Schwarz, 1999). Samotná spokojenost tedy souvisí s osobnostními charakteristikami daného jedince, s jeho aktuálním psychickým rozpoložením, s biologickými předpoklady (zdraví), s jedincovým chováním, ekonomickými a rodinnými podmínkami. Také věk, pohlaví, vzdělání a stav spoluurčuje životní spokojenost (Diener, a kol., 1999).

Ženy obecně prožívají silněji pozitivní i negativní emoce, díky čemuž také emocionálněji popisují svoji spokojenost příp. nespokojenost. Toto intenzivní emotivní prožívání je v šestinedělí ještě posíleno (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011). Ačkoliv jsou ženy vystaveny většímu rozptylu mezi oběma póly afektů, obecně se jejich spokojenost vyrovná mužské. Avšak s větší intenzitou vnímání na straně žen (Diener, a kol., 1999).

### 4.1 Aspekty životní spokojenosti šestinedělky

Specifika životní spokojenosti šestinedělky v raném stádiu spočívají nejen v psychologických aspektech, ale také fyziologických. K fyziologickým aspektům patří hormonální disbalance, fyzické změny po porodu a průběh porodu. K psychologickým aspektům patří prožívání porodu, adaptace na novou roli matky, změna životního stylu, osobnostní charakteristiky a zkušenosti ženy a navíc sociální podpora (Rastislavová, 2008).

Spokojenost matky úzce souvisí se zdravým vývojem dítěte a s utvářením jeho sebevědomí. Tato teze platí i opačně čili spokojené dítě znamená šťastnou matku. Obě tvrzení jsou platná i v případě, že dítě má nějakou diagnózu. Hormonální “koktejl” těsně po porodu umožňuje každé matce bezpodmínečně milovat a akceptovat své dítě, ať je jakékoliv, což je účel podpory rané vazby (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

U ženy, které svůj porod prožili v rámci svých očekávání, se méně často objevují symptomy deprese. Spolu s tím souvisí i nižší výskyt depresivních znaků u žen, které mají kontrolu nad svým porodem. Je tedy důležité uvážit veškeré varianty porodu a za svou volbu již v těhotenství orodovat ve vybrané porodnici (Murphy, 2005).

### **4.1.1 Časový odstup od porodu**

Ženy v raném šestinedělí hodnotily svou spokojenost shovívavěji a pozitivněji, než ženy-matky měsíce až jeden rok od porodu. Jedna z příčin může být pocit, že už mají všechno za sebou a teď je čeká jen radost z dítěte. Naopak s větším časovým odstupem a se srovnáváním s ostatními mohou rodičkám dojít souvislosti, které při samotné události porodu a šestinedělí nevnímaly (Takács, Seidlerová, a kol. 2012). Další příčinou může být zvýšená hladina hormonů lásky a štěstí v krvi, která pomáhá ženám především v raném šestinedělí k vytváření mateřského jemnocitu, kojení a překonávání potíží. Šestinedělky, které o tuto „odměnu“ přišly kvůli dlouhé separaci od dítěte, pociťují jako nejkrizovější právě počáteční stádium čili rané šestinedělí (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

### **4.1.2 Prvorodička, vícero dička**

Prvorodička na rozdíl od vícero dičky potřebuje větší sociální podporu, protože podléhá náročnému procesu adaptace na novou roli matky (Romero, Rodriguez, Cardenas, 2012). Dalším faktorem ovlivňující spokojenost prvorodiček je vysoké očekávání. Díky vysokým očekáváním prvorodičky svůj často první pobyt v nemocnici hodnotí hůře než vícero dičky. Prvorodičky jsou tedy méně spokojené s péčí při i po porodu než vícero dičky, proto také v menší míře doporučují danou porodnici svým známým (Takács, Seidlerová, a kol., 2012). Pro zvýšení spokojenosti potřebují empatii, vstřícnost, dostatek informací a možnost podílet se na rozhodování o péči pro sebe a své dítě. Nejčastěji jsou v kontaktu s porodními asistentkami a novorozeneckými sestrami. Právě tyto pracovnice mají klíčovou roli v procesu adaptace, sebehodnocení a jistoty (Wiklund, a kol., 2009). Pokud se rodička setkává s nadřazeností, nedostatkem zájmu a nízkou možností podílet se na rozhodování, snižuje to její sebevědomí a zhoršují se tak všechny procesy fyziologické i psychologické, ať už porodila první nebo další dítě. Vícero dička se díky svým zkušenostem lépe vyrovnává s případnou nepříznivou situací (Takács, a kol., 2012).

### **4.1.3 Stupeň vzdělání**

Obecně lze říct, že ženy vzdělanější vyhledávají více informací a více se připravují na porod i šestinedělí. S jasnější představou také předstupují před personál a lépe dokážou obhajovat vlastní volbu (Murphy, 2005). Ženy s vyšším stupněm vzdělání

(středoškolské s maturitou a vysokoškolské) kladou dle Takács a Seidlerové (2012) větší nároky na přístup personálu, možnost spolupodílení na rozhodování o sobě a svém dítěti a vyžadují více informací. Jsou také lépe teoreticky připraveny. Ženy s nižším vzděláním (základní, středoškolské bez maturity) nelpí tolik na vysoké kvalitě a individualitě péče, avšak častěji pociťují nezáměr a podráženosť na oddělení šestinedělí (Takács, a kol., 2012).

#### **4.1.4 Vaginální porod versus porod císařským řezem**

Ženy po císařském řezu jsou obecně méně spokojené. Hraje zde roli několik faktů. První je odloučení matky od dítěte mnohdy na déle než 24 hodin, což rapidně snižuje podíl kontroly nad péčí o vlastní dítě, snižuje schopnost typicky mateřského chování (Goer, 1999). Ženy po císařském řezu tedy potřebují podporu, informace a dostatek empatie, vstřícnosti a trpělivosti od personálu ve větší míře než ženy po vaginálním porodu (Takács, a kol., 2012).

Nehledě na to, že oddělení matky a dítěte na jakkoliv dlouhou dobu těsně po porodu snižuje schopnost navazování vztahu matka a dítě, zhoršuje se také fyzická rekonvalescence jak u matky, tak u dítěte. Navíc může dojít k psychické deprivaci dítěte (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

## **4.2 Spokojenost šestinedělky a personál**

Na poporodním oddělení se nedělka setkává s porodními asistentkami a gynekology pečujícími o ni, s novorozeneckými sestrami a pediatry pečujícími o dítě. S lékaři se průměrně setkávají jednou za den. Se sestrami a porodními asistentkami několikrát denně. Ideálně by měli být asistentky i sestry permanentně k dispozici a edukovat je. Navíc by rodičkám měli předem podávat dostatečné množství informací o zákrocích, chystaných pro ni i pro dítě, tak aby se sama mohla rozhodnout. Celorepubliková průměrná spokojenost s péčí na oddělení šestinedělí je 78% (Takács, Seidlerová, a kol., 2012).

### **4.2.1 Dostupnost personálu a podávání informací**

Jak již bylo zmíněno výše, šestinedělka potřebuje vědět, že se může kdykoliv obrátit na odborníky, kteří o ni pečují. Právě v tomto období, kdy jí chybí jistota, vyžaduje jistotu alespoň od personálu. Chce být o všem vyrozuměna s dostatečným

předstihem. V případě potíží nutně potřebuje jednotné informace spolu s trpělivým a empatickým přístupem personálu (Marek, 2002). Vícerodičky jsou zkušenější, proto vyžadují menší míru informací. Navíc ženy s nižším stupněm vzdělání (základní, střední bez maturity) netuší, že mohou dostávat víc informací a mohou častěji vyhledávat podporu, proto jsou spokojené více než ženy s vyšším stupněm vzdělání. Celková spokojenost rodiček s podáváním informací na oddělení šestinedělí je nízká: pouhých 38,7 % (Takács, Seidlerová, a kol., 2012).

#### **4.2.2 Partnerský a rovnocenný vztah s personálem**

Šestinedělka potřebuje pro svou vnitřní pohodu vědět, že je podporována. Sama se ocitá v emočně velmi vypjaté situaci, kdy potřebuje nejen informace, ale také znovunabytí potřebnou míru sebeúcty. Díky partnerskému a rovnocennému jednání ze strany personálu i blízkého okolí se adaptace rodičky na veškeré psychické i fyzické změny zlepší a celková životní spokojenost tím stoupne (Holásková, 2004).

Především prvorodičky, ženy do konce šestinedělí a ženy po císařském řezu uvádějí, že se setkaly s nadřazeným a neosobním přístupem od porodních asistentek i novorozeneckých sester. Spokojenost s tímto aspektem se pohybuje okolo 50%, což je nutné změnit (Takács, Seidlerová, a kol., 2012)

#### **4.2.3 Vstřícnost a empatie personálu**

Žena po porodu touží po neustálé citlivé a jemné přípravě na nové mateřské povinnosti. Veškeré jednání vnímají hypersenzitivně. Potřebují se cítit respektovány v rámci svého soukromí, emocí i jednání. V těchto chvílích se učí svému prvotnímu mateřskému chování a podobnou dávku této mateřské vstřícnosti a empatie potřebují od personálu (Kennell, Klaus, Klaus, 2004). Celkově a plošně si většina žen stěžovala na nízkou emoční podporu od personálů oddělení šestinedělí i novorozeneckého oddělení. Pouhých 41% dotázaných nedělek bylo spokojeno s emoční podporou personálem (Takács, Seidlerová, a kol., 2012).

#### **4.2.4 Podíl kontroly a možnost spolurozhodovat**

Nejisté šestinedělky očekávají, že budou s dostatečným předstihem informovány o zákrocích u nich samotných i u jejich dětí. Chtějí být informované a chtějí se na základě těchto informací rozhodnout. Možnost kontrolovat stav sebe i svého dítěte je určující pro vznik základní sebedůvěry jako matky. Díky tomu se rychleji a snáze mohou cítit

jako „dobré matky“, což pomáhá vývoji vztahu s dítěte i vývoji dítěte samotného (Murphy, 2005). Obecně jsou u nás šestinedělky spokojeny na 83% s nepřetržitým kontaktem s dítětem, příp. povědomím, kde novorozenec je. Avšak spokojenost s informovaností a spolurozhodování je nižší – 64% (Takács, Seidlerová, a kol. 2012).



## II Praktická část

V České republice se rok od roku více mluví o problematice porodu a celkové spokojenosti žen s poskytovanou péčí ve zdravotnických zařízeních. Stoupá trend domácích porodů, i přesto, že se zdravotnická zařízení snaží zvyšovat standart péče (Štromerová, 2004). Chtěla bych se věnovat tématu spokojenosti rodiček právě kvůli zmíněnému paradoxu. Jako jeden z cílů své studie považuji určení konkrétních aspektů spokojenosti žen v raném šestinedělí po porodu v nemocničním zařízení okresního typu. Zaměřuji se především na ženu, její očekávání, přípravu na těhotenství, porod a šestinedělí, subjektivní prožívání porodu i raného šestinedělí a případný rozdíl od reality. Zajímá mne také rozvoj vztahu mezi matkou a dítětem. Dále se soustředím na interakce rodičky s personálem porodnice, subjektivní hodnocení přístupu a chování personálu, spokojenost s komunikací a srozumitelností informací. Chtěla bych zjistit, zda pracovníci podporovali ji a její dítě.

Tato studie by mohla spolu s dalšími přispět k větší informovanosti české laické i odborné veřejnosti. Další význam vidím především ve snadnějším holistickém pochopení utváření vlastní spokojenosti ženy-matky a jejího dopadu na dítě. Myslím, že je nutné překonat předsudky dob minulých, kdy se předpokládalo, že žena je po porodu a při výchově dítěte šťastná a bezstarostná (Jedličková, 2008). Ráda bych odtajnila tabu jménem poporodní deprese, které úzce souvisí s vývojem dítěte (Murray, Cooper, 1997).

Drtivá většina novorozenců spatří poprvé světlo světa v některém ze zdravotnických zařízení, proto je nutné zajímat se také o přístup personálu porodnice. Právě personál porodnice může zásadně ovlivnit spokojenost rodiček a jejich celkovou pohodu, což se odráží ve vznikajícím vztahu matka – dítě (Marek, 2002). Porod z pohledu zdravotníků vyžaduje zvýšenou zdravotnickou péči jak porodnickou tak neonatologickou, takže personál zasahuje do časného poporodního období (prvních pár dní po porodu) ve větší míře, než by si některé ženy přály (Mrowetz, Antalová, Chrástilová, 2011). Z toho důvodu považuji za důležité také otázky týkající se spokojenosti matky v novém sociálním prostředí čili v prostředí zdravotnického zařízení.

Pro praktickou část jsem zvolila kvalitativní přístup. Celý výzkum jsem pojala jako případovou studii. Díky ní je totiž možné získat od malého počtu dotázaných velmi podrobné informace, které poslouží k holistické presentaci složitosti jednotlivého případu. Pokud pochopíme jeden příklad, snáze si vyložíme i jiný podobný příklad.

# 1 Metodologie výzkumu

## 1.2 Výzkumné cíle a otázky

Hlavním výzkumným cílem je charakterizovat subjektivní prožívání raného šestinedělí u konkrétních žen po porodu v nemocničním zařízení s nízkou mírou porodnosti (přibližně 500 porodů ročně). Dalším cílem je identifikovat aspekty, které formují subjektivní prožívání šestinedělí zmíněných žen.

### Hlavní výzkumná otázka

Jaké vlivy mohou působit na spokojenost ženy v raném šestinedělí po porodu ve zdravotnickém zařízení okresního typu?

### Dílčí výzkumné otázky

1. Jak ovlivňuje plánované těhotenství následné šestinedělí?
2. Jaký je vztah mezi představami a očekáváním ženy a reálnou situací v souvislosti s jejím porodem a šestinedělím ve zdravotnickém zařízení okresního typu?
3. Jakým způsobem ovlivňuje personál porodnice rodiččinu spokojenost?

## 1.3 Charakteristika výzkumného souboru

Základní soubor výzkumu se skládá ze tří šestinedělek, které byly hospitalizovány na porodním oddělení po porodu v Kroměřížské nemocnici a.s. v době od dubna do srpna 2012. Výběr šestinedělek proběhl prostřednictvím instituce (porodní oddělení v nemocnici), kde jsem získala kontakty na ty, které souhlasily se zařazením do mé případové studie a splnily podmínky mé studie.

V rámci zachování anonymity neuvádím jejich jména ani iniciály. První žena má 28 let, je vdaná a vyučená druhorodička, která žije v malém městě. Před otěhotněním byla na rodičovské dovolené. Edinburghskou škálu postnatální deprese vyplnila čtvrtý den po porodu a spolu s ním potvrdila informovaný souhlas. Polostrukturovaný

rozhovor absolvovala v domácím prostředí tři týdny po porodu.

Druhá žena má 26 let, je svobodná prvorodička se středoškolským vzděláním, která žije v dlouhodobém vztahu s přítelem na malé vesnici u svých prarodičů. Před otěhotněním pracovala ve zdravotnictví. Edinburghskou škálu postnatální deprese vyplnila pátý den po porodu a spolu s ním potvrdila informovaný souhlas. Polostrukturovaný rozhovor absolvovala v domácím prostředí měsíc po porodu.

Třetí žena, 27 let je svobodná prvorodička s vysokoškolským vzděláním, která žije s přítelem ve městě. Před těhotenstvím pracovala ve zdravotnictví. Edinburghskou škálu postnatální deprese vyplnila třetí den po porodu a spolu s ním potvrdila informovaný souhlas. Polostrukturovaný rozhovor absolvovala v domácím prostředí pět týdnů po porodu.

## **1.4 Metoda získávání dat**

Za metodu získávání dat jsem si vybrala polostrukturovaný rozhovor s šestinedělkami, které splnily podmínky mé studie. Polostrukturovaný rozhovor (příloha 5) doplňuji o Edinburghskou škálu postnatální deprese (příloha 4), abych zjistila aktuální emoční stav rodičky spolu s mírou eventuální deprese.

Edinburghská škála postnatální deprese byla šestinedělkám poskytnuta k vyplnění ještě v době hospitalizace. Rozhovor proběhl až po propuštění z nemocnice formou ústní s audiozáznamem.

## **1.5 Organizace výzkumu**

Výběr respondentek proběhl na porodním oddělení Kroměřížské nemocnice a.s. v období duben 2012 až srpen 2012, kde šestinedělky potvrdily informovaný souhlas a vyplnily Edinburghskou škálu postnatální deprese. Podle domluvy absolvovaly po propuštění rozhovor, který proběhl v domácím prostředí v průběhu jejich šestinedělí.

Oslovila jsem deset šestinedělek na poporodním oddělení v Kroměřížské nemocnici, z nichž pět souhlasilo s podmínkami mé práce. Mezi mé podmínky patřil informovaný souhlas (příloha 3) s použitím jejich příběhu v mé práci, vyplnění Edinburghské škály poporodní deprese (příloha 4) ještě za hospitalizace a provedení rozhovoru před koncem šestinedělí. Na závěr splnili podmínky tři ženy. Dvě ženy neabsolvovaly polostrukturovaný rozhovor do konce šestinedělí, proto nejsou zařazeny

ve studii.

Finanční náklady jsou spojeny především s tiskem Edinburghské škály a informovaného souhlasu a dopravy do místa bydliště respondentek.

## **1.6 Metoda zpracování interpretace dat**

Text rozhovorů jsem přepsala a zanalyzovala kódováním do obsahově podobných významových jednotek. Po vytvoření jednotek, trsů, jsem je interpretovala a v diskuzi srovnala s dostupnými výzkumy a teoriemi. Moje studie je tedy případová, mnohonásobná (obsahuje více různých případů) a explanatorní.

Edinburghskou škálu jsem zhodnotila podle pravidel, která byla navržena právě pro tuto standardizovanou škálu (Geisel, 2004). Na základě výsledků proběhla jejich interpretace, diskuze a závěr práce.

## **2 Interpretace výsledků**

Odpovědi na mou hlavní výzkumnou otázku jsou možné vlivy, které mohou působit na spokojenost ženy v raném šestinedělí po porodu ve zdravotnickém zařízení okresního typu. Mezi aspekty, které pozitivně ovlivňují spokojenost žen v mojí studii patří: vlastní předchozí zkušenost (vícerodička), optimismus jako copingová strategie, plánované těhotenství, pozitivní očekávání od porodu, podpurný a přátelský vztah s personálem spolu s nepřetržitou kontrolou nad vlastním porodem a šestinedělím, podpora prvotního kontaktu s dítětem spolu s dostatečnou informovaností a zainteresovaností do péče o matku a dítě. Všechny zmíněné aspekty působí příznivě v případě první ženy/ 28 let, u které byla na základě polostrukturovaného rozhovoru zjištěna nejvyšší míra spokojenosti.

### **2.1 Těhotenství**

V první dílčí otázce hledám souvislost plánovaného či neplánovaného těhotenství s následným šestinedělím. První žena/ 28 let, která jediná otěhotněla plánovaně, prožívala šestinedělí velmi pohodlně. V porovnání s ostatními se jevily její reakce jako neoptimističtější. U první šestinedělky stojí za zmínku několik aspektů, ovlivňující její

kladné reakce: rodí po druhé, její porod byl rychlý, cítila se vždy podporována a těhotenství bylo od počátku plánované.

Ostatní šestinedělky otěhotněly neplánovaně a obě v raném šestinedělí potřebovaly pomoc především od rodiny, ale také od personálu. V potřebě pomoci u dvou neplánovaně otěhotněných však může mít vliv i fakt, že jsou obě prvorodičky. Společným jmenovatelem je také stav – svobodná a původní zaměstnání obou žen – zdravotnictví. Navíc obě dvě popsali minimálně první (až druhý) den doma po návratu z porodnice jako nejhorší či krizový. Ačkoliv těhotenství neplánovaly, obě respondentky se na své dítě těšily.

Druhá žena/ 26 let, chtěla změnu, zejména v partnerství a přišlo těhotenství, které však neplánovala. *„Přemýšlela jsem nad změnou, ale ne přímo kvůli těhotenství. Přestala jsem kouřit a jedla jsem zdravěji.“*

Díky těhotenství se partnerství druhé ženy/ 26 let, stmelilo, protože se spolu začali těšit.: *„Byla to náhoda (otěhotnění). Neplánovali jsme to, ale žili jsme spolu už dlouho. Po pravdě jsem přemýšlela, že se s partnerem rozejdu, ale zjistila jsem, že jsem těhotná a najednou jsme se začali společně těšit.“*

### **2.1.1 Očekávání porodu a příprava na porod**

Ve druhé dílčí otázce se zabývám očekáváním a představami o porodu a šestinedělí. Začnu srovnáním očekávání a reality porodu. Žena/28 let v prvním případě mluvila o očekávání porodu s pozitivními emocemi, až na strach z komplikací při porodu placenty. Ačkoliv se nepřipravovala, hodnotila svůj porod jako bezproblémový a zároveň se cítila podporována.

Šestinedělka/ 26 let ve druhém případě očekávala porod se strachem, zároveň ho chtěla zvládnout a těšila se na miminko. Připravovala se na porod s pomocí internetu a porodních asistentek. Žena/ 26 let: *„Od té doby, co jsem zůstala doma, jsem přemýšlela o porodu. Bála jsem se, ale jak se blížil termín, tak jsem se už těšila. Chtěla jsem to mít už za sebou. Hlavně mě všichni štváli, jak se pořád vyptávali, kdy a jestli už rodím. Nakonec jsem přenášela týden a 3 dny. To už jsem měla nervy na špagátkách. Už jsem prostě chtěla za každou cenu porodit.“* Mluvila o porodu jako o utrpení a ve vztahu s personálem se cítila podle svých slov: *„... jako by se mně chtěli, co nejdřív zbavit.“*

Třetí šestinedělka/ 27 let se bála předčasného a na závěr vyvolávaného porodu a zároveň se na porod těšila. Žena/27 uvedla: *„Nakonec jsem otevřená chodila ještě měsíc*

*a porodila jsem po termínu, takže úplný konec jsem měla spíš předporodní depku a strach z vyvolávání porodu.*“ Připravovala se k porodu četbou knih a cvičení. Mluvila o porodu jako o lepším, než očekávala. U očekávání od porodu se zmínila o zvědavosti, jaké to bude. S personálem byla spokojená.

## 2.2. Porod

V následujících řádcích se věnuji charakteristice prožívání porodu jednotlivých respondentek. První porod ze všech popisovaných proběhl relativně rychle (2 hodiny od odtoku plodové vody). První šestinedělka/28 let prožila svůj porod velmi spokojeně, cítila se podporována a užila si šťastné chvíle bondingu v rámci čtvrté doby porodní, navzdory tomu, že třetí doba porodní byla komplikovaná. *„U placenty byl zase trochu problém, ale nic strašného jako u prvního porodu. Toho jediného jsem se bála,*“ říká žena/ 28 let.

Ze začátku se cítila žena vzrušeně, pak měla trochu strach z porodu placenty. Na závěr se prožívala radost a štěstí z její druhorozené. Celkově rodička cítila spokojenost, jak s průběhem porodu, tak s přístupem personálu.

Druhý porod trval oproti prvnímu relativně dlouhou dobu. Již od počátku do něj bylo medicínsky zasahováno, avšak pro rodičku byl z počátku tento postup žádoucí. Samotný porod probíhal zdlouhavě (necelých 48 hodin). Druhá šestinedělka/26 let prožila traumatický porod. Z počátečního strachu se vyvinula frustrace. Spolu s dlouhotrvajícím nepostupujícím porodem přibyla navíc únava. Reakce personálu na ni byly od počátku chladné, nadřazené, neosobní až pohrdavé. Neposkytli jí dostatek informací ani podpory. *„Když přišel, tak se mi ulevilo, že se mně konečně někdo zastane, i když denní služba – porodní asistentka byla celá nevrlá a lékaři taky nic moc,*“ říká žena/ 26 let. V důsledku nezvladatelného porodu a nízké podpory od personálu propadla žena panice a existenčnímu strachu. *„Všichni na mě koukali, jako bych si vymýšlela. Bylo to ponižující... trpěla jsem jako pes,*“ dodává žena/26 let. Zcela ztratila kontrolu nad vlastním porodem a propadla beznaději. Její známý doktor ji v té chvíli vysvobodil, když navrhl císařský řez. Konečně získala naději na zdárný konec. Po porodu ji navíc separovali od dítěte i partnera. Spolu s nulovými informacemi se ve výsledku objevuje místo radosti, smutek a vztek.

*„Po operaci jsem se vzbudila až na pokoji bez mimina i bez partnera, kterýho*

*mezitím poslali domů, protože bylo podle asistentky moc hodin. Byla jsem strašně vyděšená, kde jsou a jestli všechno proběhlo tak jak má. Nikdo mi nic neřekl. Byla jsem ještě omámená z anestezie a ještě jsem dostávala od bolesti další opiáty a byla jsem úplně mimo. Skoro nic si po porodu nepamatuju. Dokonce si ani nepamatuju, jak mi poprvé přinesli malého na kojení. První, co si pamatuju, je jen protivná sestra a pak první vstávání, u kterého mi další sestra ani nepomohla a já myslela, že pojdu bolestí,*“popisuje žena/ 26.

Někteří zdravotníci se jí zdáli příjemní a informovali i podporovali ji, avšak většinou se ve vztahu k personálu cítila poníženě, čímž ztratila vlastní sebeúctu a také možnost navázat láskyplný vztah se svým synem.

Doba trvání třetího porodu ženy/27 byla něco mezi prvním a druhým porodem, avšak začal spontánně na rozdíl od druhého porodu. Z počátku se žena cítila vzrušeně a zvědavě, později nepříjemně u silných bolestí. Toužila po přirozeném porodu, takže znervózněla, když ji porodní asistentka a později i lékař pořád kontrolovali. Naštěstí hned po tomto úzkostlivém momentu, přišel moment nadšení z nadcházející druhé doby porodní. V druhé době porodní byla naprosto vyděšená z Kristellovy exprese, kterou jí lékař provedl těsně před samotným porodem dítěte.

Třetí šestinedělka/27 let prožila svůj porod celkově v dobrém emočním rozpoložení. Popisovala pouze dva momenty, kdy se cítila negativně. První byl strach z komplikace, který vyvolali porodní asistentka a lékař, když rodičku v jedné chvíli bedlivě sledovali. Avšak tento strach se brzy smazal radostí z nadcházející druhé doby porodní.

Další silnější šok ženě způsobil lékař, když na konci druhé doby porodní bez varování a možnosti odmítnutí dvakrát silně zatlačil na ženino břicho. Vlastní negativní zkušenost překryla radost a láska, která vznikla bezprostředně po porodu mezi matkou a jejím synem. Po porodu byla šťastná a cítila se zamilovaná do svého syna, bez kterého nemohla vydržet.

### **2.2.1 Interakce s personálem u porodu**

Poslední výzkumná otázka se týká personálu porodnice. V obecné rovině se jeví nejdůležitěji především chování a přístup personálu na porodním sále, avšak personál poporodního a novorozeneckého oddělení hraje ve formování neděličiny spokojenosti

také důležitou roli.

První respondentka/28 let se u porodu setkala s vlídným přístupem a podporou ve všech částech jejích porodu i v navázání vztahu s dítětem. *„Sestřičky i doktorka byli moc příjemné a povzbuzovali mě moc. Trochu jsem se bála, že tam bude nějaká megera jako u prvního,“* říká žena/28let.

Na oddělení šestinedělí šla pomoc ruku v ruce s dostatkem informací, takže hravě zvládla i komplikaci v podobě novorozenecké žloutenky u dcery. První případ se v souhrnu jeví jako ideální příklad toho, jak zafungovala psychická připravenost ženy, spolu s žádoucím chováním personálu a samotná realita porodu i šestinedělí. Navzdory komplikacím rodička považuje toto období za šťastné.

V druhém případě/26 let se rodička setkala s nadřazeným, neosobním až pohrdavým přístupem. Neposkytli jí dostatek informací ani podpory. Ztratila nejen kontrolu nad vlastním porodem, ale také naději na zdárný konec porodu. Bála se o svůj život. V této situaci místo akutní podpory jejích kompetencí a empatické pomoci, např. při úlevových polohách nebo ujištění o zdárném průběhu, přišlo přehlížení a nakonec rozhodnutí o císařském řezu, které však rodička vnímala jako záchranu.

Absence informací o sobě a dítěti po porodu spolu s dlouhodobou separací od dítěte byly dalším aspektem, který spustil silnou ambivalenci matky vůči dítěti. V tomto případě měl rutinní přístup personálu téměř fatální důsledky na vztah matky a dítěte. Zdravotníci ji většinou odbývali. I přesto, že o pomoc žádala, nevyhověli jí, ani jí nevysvětlili důvody.

Třetí rodička/27 let se cítila podporovaná a spokojená po dobu porodu i raného šestinedělí. Až na šok z drastického zásahu lékaře ve druhé době porodní, který následně zastínila velká radost a láska k dítěti.

Žena /27 let: *„Až na to závěrečný skákání po bříše, jsem přímo nadšená. Porodní asistentka byla skvělá a moc mě uklidňovala. Doktor si ze mě dělal trochu srandu na sále, takže atmosféra byla uvolněná. Ale dvakrát mi silně zatlačil na břicho a to byl pro mě šok. Nečekala jsem to. Vím, že to bylo asi potřeba, ale je mi těžko, když si na to vzpomenu.“*



## 2.3. Šestinedělí

### 2.3.1 Prožívání šestinedělí a mateřská role

Žena/ 28let popisuje své šestinedělí jako šťastné a pohodové. Ačkoliv je matkou už po druhé, charakterizuje své těhotenství jako náročnějším než u první dcery. Měla více zdravotních komplikací v průběhu těhotenství. Ke konci těhotenství prožívala velký stres z narůstající váhy sebe i dítěte. Přibrala v těhotenství přes třicet kil. Snažila se všemi možnými způsoby porodit ještě před termínem, protože už pro ni bylo těhotenství nesnesitelné. Porodila deset dní před termínem porodu téměř čtyř kilové děvče. Naopak porod a šestinedělí je v porovnání s první dcerou snadnější, protože neměla takové potíže s porodem placenty jako u prvního porodu. Navíc byla ušetřena zákrokům v šestinedělí, které musela podstupovat u první.

K dceři má láskyplný vztah. Říká: „*Je moc hodná. Spinká mi v noci i 6 hodin. Pořád bych ji tulila a mazlila. Je strašně krásná.*“

Žena /26 let se cítí v šestinedělí velmi vyčerpaná a nervózní. Nejen kvůli bolestem, které po porodu císařským řezem stále přetrvávají, ale také kvůli neklidu novorozeného syna. Mateřskou roli v podstatě popřela. Celé rané šestinedělí se potýkala s pocitem nenávisti a myšlenkami na fyzické ublížení vlastnímu dítěti. Tvrdí: „*Měla jsem pocit, že moje dítě není moje. Že mi ho vyměnili. Odmítala jsem ho a měla jsem myšlenky i na to, že mu ublížím.*“ Po hospitalizaci se situace ještě vyhrotila, ačkoliv ženě vypomáhala její matka. Především pocity viny za negativně motivované myšlenky o synovi se prohloubily. Záchvaty úzkosti se zmírnili i díky pomoci vlastní matky a manžela.

Třetí žena/27 se popisuje jako spokojená, ale často trpí pochybnostmi o sobě jako matce. V době rozhovoru řeší tyto pochybnosti větší nošením dítěte v šátku těsně na těle. První den doma prožila nešťastná a vyděšená sama doma po konfliktu s partnerem. Další dny hodně ocenila pomoc vlastní matky. Potýká se s potížemi sladit své priority. Hledá rád. Nyní se cítí spokojenější než dříve. Říká: „*Můj život se hodně změnil, malej je sice zlatičko, ale já nějak nevím, jak co dělat... Pořád si musím opakovat, že syn je na prvním místě a pak až všechno ostatní... navíc jsem ho začala nosit..a to si vždycky připadám jak v sedmém nebi..jako bych ho měla ještě v bříšku.*“

### 2.3.2 Očekávání a realita šestinedělí

První žena se nepřipravovala na šestinedělí, avšak rodila po druhé, takže i po druhé prochází šestinedělí. Cítí se šťastně a spokojeně.

Druhá žena se na šestinedělí nijak nepřipravovala. Prožívá ho velmi vystresovaná a unavená. Zejména z počátku se potýkala s negativními pohnutkami směrem k dítěti. Syn navíc hodně pláče, tak se vtíravé myšlenky objevovali i měsíc po porodu. Cítí se izolovaná proto, že žijí na vesnici, kde nemá žádné vrstevnice.

Třetí žena se cítí vesměs spokojeně, jen ji trápí sociální izolace. První žena se nepřipravovala na šestinedělí, avšak rodila po druhé, takže i po druhé prochází šestinedělí. Cítí se šťastně a spokojeně.

Druhá žena se na šestinedělí nijak nepřipravovala. Prožila ho velmi vystresovaná a unavená. Zejména z počátku se potýkala s negativními pohnutkami směrem k dítěti. Syn navíc hodně pláče, tak se vtíravé myšlenky objevovali i měsíc po porodu. Cítí se izolovaná proto, že žijí na vesnici, kde nemá žádné vrstevnice. Syn hodně pláče, ačkoliv v porodnici byl klidný, což žena přičítá na vrub opiátům, které omámili i syna skrze ni, kojení.

Třetí žena se cítí vesměs spokojeně, jen ji trápí sociální izolace. Na šestinedělí se připravovala a čekala, že nebude zvládat přijímat návštěvy, ale naopak se cítí izolovaná, protože je společenská. Mívá pochyby o vlastní hodnotě jako matky, protože si zatím neustálila místo dítěte ve vlastním žebříčku priorit.

### 2.3.3 Interakce s personálem na oddělení šestinedělí

První šestinedělka hodnotí sestry a porodní asistentky jako moc milé. Dostávalo se jí od nich dostatek pomoci i informací. Nyní vyhledává informace na internetu a od známých.

Druhá matka prožívala první dva dny omámená z opiátů a nešťastná. Říká: „*Pro mě to bylo strašně těžký, být najednou s prázdným bříškem, bez dítěte i bez přítele. Úplně sama. Jen mi pořád dávala ty opiáty a po nich jsem byla úplně odrovnaná.*“ Sestry, které se o ni starali, ji neinformovali. Při prvním vstávání rodiče nepomohli, přitom měla úporné bolesti. Jen díky rodině se dokázala postavit na nohy ve všech slova

smyslech. Z dítěte se radovali všichni jen ne ona sama. Někdy ho ani nechtěla u sebe, měla dojem, že je to vetřelec. Když přišla rodina, pomohli jí většinou se synem i s její depresí. Na oddělení se cítila spokojeně také, proto, že mohla dát syna kdykoliv na novorozenecké. Sestry jí vždy pomohli syna uklidnit, když si nevěděla rady.

Třetí matka/27 let popisuje svou spokojenost s personálem na oddělení, především laktační poradkyní.

## **2.4 Dotazník EPDS, Edinburghská škála postnatální deprese**

Standardizovaný dotazník EPDS slouží k odhalení poporodní deprese. Výsledek je součet bodů ze všech škálovaných odpovědí. Při výsledku nad 12 bodů vzniká reálné podezření na vznik poporodní deprese. Lze jej opakovat i s časovým odstupem čtrnácti dní. Může pomoci při stanovení diagnózy a zároveň se může použít ke screeningu obecně. Na základě vyhodnocení této škály se dá snadněji určit kroky vhodné terapie.

První klientka – šestinedělka/ 28let, která vyplňovala škálu čtvrtý den po porodu, dosáhla skóre 6 bodů. To znamená, že není nutné se domnívat, že by rodička trpěla poporodní depresí.

Druhá klientka – šestinedělka/ 26 let, která vyplňovala dotazník pátý den po porodu, dosáhla skóre 16. To znamená, že je na místě domnívat se, že trpí poporodní depresí. Opakované vyplňování jsme provedli při rozhovoru měsíc po porodu. Výsledek byl 14 bodů, což opět ukazuje na poporodní depresi.

Třetí klientka – šestinedělka/ 27 let, která vyplňovala dotazník třetí den po porodu, dosáhla skóre 9. To znamená, že není nutné se domnívat, že by rodička trpěla poporodní depresí.

### 3 Diskuze

Teoretická část je určitou ukázkou vzájemné provázanosti mnoha aspektů, které ve výsledku působí na ženu v šestinedělí. Vzhledem k tomu, že je šestinedělí obecně ve stínu porodu a péče o dítě, jsem se rozhodla zaměřit právě na ženu ve zmíněném období.

Výsledky mé studie není vhodné generalizovat, což je jedním z limitů mé práce. Jelikož jsem profesí porodní asistentka, vidím úskalí především ve svém zaujatém názoru, který se může určitým způsobem do mé studie promítat. Další úskalí vnímám v rozsahu získaných dat, ačkoliv mám od jednotlivých žen dostatek informací, některé aspekty spokojenosti jsem jistě neodhalila, jedná se především o minulost-dětství, vztah s matkou apod. Moje práce zkrátka zachycuje pouze některé aspekty tří případů.

Plánované těhotenství se jeví jako pozitivní činitel, působící na následné prožívání šestinedělí.

První šestinedělka/28 let zvládá šestinedělí i komplikace ve zdravotním stavu sebe a dítěte hladce. Určitým způsobem zde hraje roli kromě její zkušenosti jako matky, rychlého porodu s podporou personálu a vytvoření láskyplného vztahu s dítětem v rámci poporodního bondingu, také plánované těhotenství. Díky plánovanému těhotenství se zdá být lépe připravená na zvládání mateřské role, avšak na přijetí a zvládání mateřské role má vliv více aspektů, jako např. předchozí zkušenost, vztah šestinedělky s vlastní matkou.

Žena/26 let prožívá své šestinedělí velmi ambivalentně. Mateřskou roli odmítá. Z hlediska zmíněného aspektu se její připravenost k mateřství snížila také kvůli neplánovanému těhotenství. V tomto případě však ambivalenci a popírání mateřství způsobila další kaskáda událostí a faktorů, mezi něž patří její prožívání porodu v kombinaci s nadřazeným přístupem personálu bez podpory a separace od dítěte.

Žena /27 let šestinedělí vnímá jako období chaosu a zároveň velké změny. Má nízké sebehodnocení v mateřské roli. Na tvorbu pochybností může působit i fakt, že otěhotněla neplánovaně, což samo o sobě přináší do života nejistotu, protože žena není připravena. Mimo to zažila žena pouze jeden moment při porodu, kdy se cítila negativně a lze jej popsat jako ztrátu kontroly nad vlastním porodem, když jí lékař tlačil silou na

břicho. Je to prvorodička, která potřebuje více podpory a informací, což však kromě zmíněného zásahu dostala. Ostatní aspekty nahrávají dobrému sebehodnocení matky. Proto se domnívám, že v tomto případě může mít neplánované rodičovství vliv na pozdější negativní sebehodnocení jako matky. Sebevědomí v roli matky je sníženo.

Péče o dítě případně děti je pro matku v podstatě nejzásadnější změnou v každodenních činnostech. Zasahuje do všech součástí dosavadního života. Zahrnuje velké nasazení psychické i fyzické a schopnost být v pohotovosti prakticky nepřetržitě. Je to obrovská změna. Ženy, které otěhotní plánovaně, jsou na tuto velkou změnu více méně připraveny již před samotným početím. Naopak ženy, které neplánovaly své těhotenství se na změnu a roli matky začínají připravovat až v rámci těhotenství. Nejde však jen o schopnost se připravit na mateřství, jde také o postoj k samotné přípravě.

Postoj k těhotenství a k dítěti do jisté míry souvisí. Společně se promítají do péče a výchovy dítěte po porodu (Dahlke, 2001). Plánované rodičovství má vliv na vlastní sebehodnocení matky. Pokud je na dítě připravená a otěhotní, častěji se hodnotí jako dobrá matka ve srovnání s ženami tzv. neplánovaně či nechtěně těhotnými (Murphy, 2005).

Ve druhé dílčí otázce se zabývám očekáváním a představami o porodu a šestinedělí. Zdá se, že je důležité, s jakými emocemi uvažuje žena v těhotenství o svém porodu. Pokud v převážné většině těhotenství převládají pozitivní emoce ve spojitosti s porodem, což neznamená, že nemůže nikdy zapochybovat či mít strach, pak porod probíhá podle očekávání dobře nebo lépe. Stejně tvrzení ovšem platí i v opačném případě. Potvrzují to také všechny mé případy. První žena/28 se těšila, jen měla strach z porodu placenty a prožila příjemný porod, až na porod placenty. Druhá žena/26 se těšila, až to bude mít za sebou a zároveň připouštěla obavy- Cítí se úzkostlivá a traumatizovaná z porodu. Třetí žena/27 se bála medicínsky vedeného (vyvolávaného a předčasného) porodu a zároveň byla zvědavá a těšila se. Prožila svůj porod spokojeně až na závěrečný medicínský zásah.

Určitá přitažlivost se prolíná ve všech případech. Silné motivy tedy mohou ovlivnit průběh nadcházejícího porodu. Je tedy vhodné nad nimi uvažovat a eventuálně je řešit ještě, než porod začne. Díky tomu se připravíme nejlepší podklad pro spokojený porod i šestinedělí.

Negativní emoce a především strach velmi silně ovlivňuje porodní proces. Ženy sevřené strachem a úzkostí rodí déle a vyskytuje se u nich více komplikací. Porod je

neopakovatelným fyzickým i psychickým zážitkem v životě všech zúčastněných, proto by se psychická příprava a podpora měla stát standardem péče o těhotné a rodící ženy (Laursen, Johansen, Hedegaard, 2009). Rodičky, které mohly mluvit o svých obavách, volily méně často císařský řez jako správné řešení. Císařský řez totiž nesnižuje strach, ani neusnadňuje porod (Saisto, Halmesmäki, 2003).

Očekávání a prožívání šestinedělí je další součástí původní dílčí výzkumné otázky. V prvním případě se šestinedělka/28 o svém prožívání příliš nerozmluvila. Uvedla pouze, že nepřemýšlela o šestinedělí a nyní je šťastná. Pro tuto ženu bylo typické optimistické vystupování v průběhu celého rozhovoru. Vzhledem k jejímu naladění, předpokládám, že díky optimismu se lépe vyrovnává se zátěží a vyhledává především pozitivní momenty svého porodu a šestinedělí. Optimismus jako vhodnou copingovou strategii dokládá ve své studii také Yali a Lobel (2002).

Druhá žen/26 mluvila o svém šestinedělí velmi negativně. Hodně zhubla, což bere jako plus, avšak kvůli tomu je více unavená a vystresovaná. Mohlo to být i tak, že v důsledku traumatického porodu a stresu ze separace zhubla a následně se tím stres prohloubil, protože jí chyběly „obaly“, které ji běžně chránily. To znamená, že byla náchylnější

Syna z počátku úplně odmítala a dokonce myslela i na to, že by mu byla schopná ublížit. Cítila obrovskou nechuť, případně nenávisť k vlastnímu dítěti. Až postupem času se ho v šestinedělí učila milovat skrze své blízké: matku a partnera. Na vztahu s dítětem se podepsal, jak traumatický porod, tak dlouhá separace v časném poporodním období. Navíc bydlí na malé vesnici, kde nemá nikoho, s kým by si povídala. Sociální izolace prohlubuje poporodní depresi a zhoršuje adaptaci na cokoliv nového, bohužel i na dítě. Toto tvrzení prokazuje i Romero, Rodriguez, Cardenas (2012) ve své studii. Dítě bylo rozladěné a při bdění hodně plakalo, což znovu iritovalo deprimovanou matku a tím se bludný kruh uzavřel.

Podle Edinburghské škály poporodní deprese jako jediná ze tří respondentek prokazatelně trpěla poporodní depresí již v době raného šestinedělí. Našla si své úlevové řešení z tohoto stavu ve vyhledávání sociálního kontaktu v rodině, s přáteli, případně na výletech. Přesto jsem jí doporučila vyhledat odbornou pomoc, nad kterou v době rozhovoru uvažovala.

Třetí matka/27 v těhotenství uvažovala nad šestinedělím a počítala s tím, že to bude těžké období, avšak ani tak se na krizové situace nedokázala připravit dostatečně.

Na druhou stranu nepředpokládám, že se na krizové situace v šestinedělí dá připravit dostatečně. Ve vztahu k dítěti se cítila šťastná a zároveň prožívala pocity viny, zda je dobrou matkou. Vypořádala se s těmito pocity častějším kontaktem s dítětem, který ji (i dítě) naplňoval spokojeností. Procházela obdobím chaosu a určování priorit. Domnívám se, že tímto procesem prochází většina prvorodiček, kromě prvorodiček s vytouženým dlouho očekávaným dítětem.

U každé prvorodičky se tato transformace projevuje jinak a různě dlouhou dobou. Tuto skutečnost potvrzuje také Romero, Rodriguez, Cardenas (2012).

Poslední výzkumná otázka se týká personálu porodnice. V obecné rovině se jeví nejdůležitěji především chování a přístup personálu na porodním sále, avšak personál poporodního a novorozeneckého oddělení hraje ve formování ženiny spokojenosti také důležitou roli.

První respondentka/28 se u porodu setkala s vlídným přístupem a podporou ve všech částech jejího porodu i v navázání vztahu s dítětem. Na oddělení šestinedělí šla pomoc ruku v ruce s dostatkem informací, takže hravě zvládla i komplikaci v podobě novorozenecké žloutenky u dcery. První případ se v souhrnu jeví jako ideální příklad toho, jak zafungovala psychická připravenost ženy, spolu s žádoucím chováním personálu a samotná realita porodu i šestinedělí. Navzdory komplikacím rodička považuje toto období za šťastné.

V druhém případě se rodička/26 setkala s nadřazeným, neosobním až pohrdavým přístupem. Neposkytli jí dostatek informací ani podpory. Ztratila nejen kontrolu nad vlastním porodem, ale také naději na zdárný konec porodu. Bála se o svůj život. V této situaci místo akutní podpory jejích kompetencí a empatické pomoci, např. při úlevových polohách, přišlo přehlížení a nakonec rozhodnutí o císařském řezu, které však rodička vnímala jako záchranu. Neznám přesné klinické výsledky tohoto případu, avšak vím, že se běžně nedělá císařský řez na přání klientky. V tomto případě však vidím císařský řez na přání jako lepší východisko než akutní císařský řez, protože by si klientka navzdory všem ostatním negativním aspektům ponechala alespoň trochu kontroly nad vlastním porodem a tím by si zachovala při nejmenším část vlastní sebeúcty.

Jako další vztyčný bod vidím absenci informací a kontaktu s vlastním dítětem po porodu. V tomto případě měl rutinní přístup personálu téměř fatální důsledky na vztah matky a dítěte. Věřím, že při citlivém informování a laskavé pomoci minimálně tím, že ponechají v nejbližší možné době po císařském řezu společně partnera, dítě a matku bez

ohledu na to, kolik je hodin, by se mohl vztah ženy s jejím synem nastartovat správným směrem. I přes traumatický porod.

Očekávání a nastavení druhé rodičky/26 let v kombinaci s dlouhotrvajícím medikalizovaným porodem, minimální podporou a informovaností od personálu a dlouhodobou separací od dítěte způsobilo, že se žena již po porodu cítila deprimovaná. V raném šestinedělí se deprese ještě prohloubila. Tato žena si prošla traumatickým nejen porodem, ale i následným raným šestinedělím. Nelze jí však odsuzovat, naopak je nutné ji maximálně pomáhat, ať už v porodnici, doma nebo v psychologické/psychiatrické ambulanci. Její psychika jednala vždy v rámci zachování životaschopnosti celého systému, který prožil dvě velké rány: existenční strach a dlouhodobou separaci od dítěte, což automaticky spustilo obrannou reakci popření mateřské role, zapříčiněnou „domnělou“ ztrátou dítěte. Kdyby se nejednalo o ženu, ale o samici, mládě by pravděpodobně opustila, chovala by se, jako by zemřelo.

Mateřskou roli žena/26 popřela ze zcela jasných důvodů. Její organismus se snažil dostat do rovnováhy. Kvůli dlouhodobému odloučení od dítěte, se celý organismus matky domnívá, že dítě zemřelo, proto ani nespustí mateřské chování. Moment, ve kterém byla veškerá psychická a hormonální nastavení připravena navázat láskyplný vztah, ležela žena sama na pooperačním pokoji. Zůstala pouze úzkost, protože v tu neopakovatelnou chvíli, kdy se vytváří základní vzorce chování matky vůči dítěti a dítěte vůči matce, zůstala sama v pochybách a strachu, zda je vše v pořádku. Místo jedinečného pocitu štěstí a lásky ze spojení matky a dítěte, se zapsaly do podvědomí strach a úzkost. Mysl nevědomky prohlásila dítě za mrtvé a pomocí obranných mechanismů, sloužících k zachování životaschopnosti alespoň její existence, popřelo mateřskou roli a prohlásilo její dítě za „*vetřelce*“.

Na druhou stranu tato nenávist případně jiné negativní afekty, vedou ve vědomí k jasné situaci rozporu – ambivalence. Racionálně pak není matka schopná obhájit si tyto nežádoucí pocity a propadá stále větším pocitům viny, což samo o sobě prohlubuje depresi. Navrhuji minimálně navštívit psychologa, psychoterapeuta, protože v takových velkých rozporech vzniká bludný kruh příčin a následků, které žena jen zřídka kdy dokáže vyřešit sama. Záludné je, že poporodní deprese může přecházet v depresi jako takovou, která má horší prognózu než poporodní deprese.

Třetí rodička/27 se cítila podporovaná a spokojená po dobu porodu i raného šestinedělí. Až na šok z drastického zásahu lékaře ve druhé době porodní, který následně zastínila velká radost a láska k dítěti. Tento šok se mohl presentovat



v rodiččině myslí jako ztráta kontroly nad vlastním porodem. Pokud ztratí žena kontrolu, pak může přijít beznaděj a frustrace z vlastní neschopnosti nějak zasáhnout. Zřejmě se mohl tento stres manifestovat první den doma, kdy žena popisovala frustraci a beznaděj spolu neschopností vidět východiska v nové situaci. Tyto pocity se mohly opakovat dále, což umožnilo vzniknout pocitům viny, že roli matky nezvládá. Řešení našla ve vyhledávání blízké přítomnosti dítěte a láskyplnější péči o dítě.

Zde je jasně vidět, jak markantní je vliv zdravotníků na matku a dítě. V podstatě stačí dva okamžiky: znejistění a pocitu ztráty kontroly v průběhu porodu, a může vzniknout psychický blok, který se dále manifestuje a ovlivňuje život matky i dítěte. Mnoho zdravotníků si tuto zásadní okolnost neuvědomuje.

Mateřská role prochází zejména po porodu obrovským rozvojem. Avšak každý vztah se nějakým způsobem vyvíjí. Mateřský vztah, láska k dítěti i získávání sebevědomí v roli matky se vyvíjí. Do jisté míry souvisí s matkou novopečené matky a také s prožíváním vlastního dětství (Romero, Rodriguez, Cardenas, 2012). V raném šestinedělí má zcela zásadní vliv na matčino sebevědomí a rozvoj jejích kompetencí podpora, informovanost a vlídné partnerské zacházení u porodu a v šestinedělí. Nejsilněji a nejemotivněji ženy vnímají ztrátu kontroly nad vlastním porodem a nadřazený a neosobní přístup personálu (Takács, Seidlerová, a kol., 2012). Nehledě na to, že v krizové situaci jako je porod, může znamenat ztráta kontroly následný vznik emoční ambivalence vůči dítěti. Hrozí riziko posttraumatické stresové poruchy nebo poporodní deprese (Mrowetz, Antalová, Chrastilová, 2011).

Velký potenciál vidím především ve změně systému. Vnímání rodičky a šestinedělky personálem by se mělo změnit z pasivního aktéra na aktivního tvůrce vlastního porodu i šestinedělí.

Personál přebírá veškerou zodpovědnost za porod ženy na sebe, což u většiny způsobuje permanentní strach z komplikace. Zaslepení strachem z komplikace a potíží jednají, tak jak je především pro ně samotné ulehčující: zasahují a urychlují porod. Vnímám to jako jejich logický krok k získání větší kontroly nad rodičkou a tím i větší jistoty v rámci nepředvídatelného porodního procesu. Chápu, že nesou na svých bedrech velkou zodpovědnost za dva životy a tímto tvrzením na ně nakládám ještě větší zodpovědnost, ale to není řešení. Osobně vidím daleko jednodušší a klidnější řešení pro všechny.

Dle mého názoru má mít rodička nárok na porod dle vlastního přání. Ať už jde o zcela přirozený porod bez jakéhokoliv zásahu anebo porod císařským řezem. Pokud by zdravotníci připustili, že rozhodnutí ženy má zásadní vliv na celý jeho průběh a přizpůsobili se tomuto rozhodnutí v maximální možné míře, pak by se předešlo mnoha komplikacím a mnoha traumatům fyzickým i psychickým na straně matek i na straně dětí. Navíc by se tím ulevilo i zdravotníkům, protože zodpovědnost za porod převzala do rukou sama rodička.

Příběh druhé respondentky z mé studie je ideální příkladem k nastínění rozuzlení. Ačkoliv se může zdát, jako velmi negativní. Poučení z něj plyne jednoznačné: dbát ve větší míře na rozhodnutí a přání rodičky a za každé situace jí být oporou. Vím, že se běžně nedělá císařský řez na přání klientky. Čeká se, až porodní situace či situace plodu dozraje do takové fáze, dokud císařský řez není jediným východiskem. Toto řešení je z pohledu ženy více méně neuspokojivé. V podstatě tím zdravotníci říkají, že pokud vy nebo dítě nebudete ohroženi na životě, pak vám císařský řez neudělají. Z psychologického hlediska je to velmi problematický přístup, protože díky tomu opravdu běžně dochází k traumatizování rodičky i dítěte. Dle mého názoru má mít rodička nárok na porod, který je v souladu s jejím vlastním přáním a rozhodnutím. Ať už jde o zcela přirozený porod bez jakéhokoliv zásahu anebo porod císařským řezem.

Samozřejmě nelze provést změnu pouze jednostranně. Také rodičky by musely změnit svůj přístup. Zodpovědný přístup by měl každou ženu ideálně ještě před početím vést k maximálnímu možnému vyhledávání relevantních informací, na jejichž základě se budou moct zcela svobodně a zodpovědně rozhodnout, která možnost je právě pro ně konkrétně ideální či přijatelná. Tímto vědomým rozhodnutím spolu s respektem k tomu rozhodnutí od okolí přijímají plnou zodpovědnost za sebe, své dítě i svůj porod a šestinedělí, ať už se stane cokoliv. To jim však otvírá nový rozměr prožívání této změny, jakou je mateřství a to je vědomá radost a spokojenost spolu s pocitem, že je to jejich zásluha.

Svoji další práci chci orientovat na personál porodnického oddělení. Evaluace jejich práce spolu s konfrontací zdravotníků těmto výsledkům by mohla identifikovat rezervy v rámci poskytování péče a nastínit možná řešení k jejich úpravě.

## 4 Závěr

Na počátku stojí plánovaně či neplánovaně těhotná žena se svými představami o porodu a mateřství. Termín porodu se blíží a ona myslí na porod stále častěji. Jsou-li její očekávání převážně pozitivní, přitahuje si pozitivní průběh porodu. Jsou-li převážně negativní, přitahuje si negativní průběh porodu. Avšak nic není ztraceno ani v negativním případě, jestliže se setkává se vstřícným personálem.

Pokud je rodička v době porodu i následného šestinedělí obklopena respektujícími lidmi a pociťuje – li podporu v každém momentu, kdy ji potřebuje, tak získává prvotní jistotu v rámci role matky. Zejména prvorodičky se častěji obrací na své okolí, aby získali ztracenou sebedůvěru. Proto se jeví jako zcela zásadní poskytnout šestinedělce vlídnou a partnerskou pomoc v porodnici i v domácím prostředí. Nejen šestinedělka potřebuje jistotu a bezpečí, její novorozené dítě má stejnou potřebu. Novorozenec přejímá většinu veškerých emocí od matky, takže pokud se matka cítí ohrožená, pak i dítě reaguje podrážděně a cítí se ohrožené. Snadno se pak může matka s dítětem dostat do bludného kruhu frustrace.

Východiskem ze zmíněného kruhu je podpůrná osoba nebo skupinka. Může to být matka šestinedělky, partner šestinedělky, kamarádka, dula, laktační poradkyně či další zdravotník (zdravotníci) nebo mateřská skupinka, po případě všechny možnosti. Tuto pomoc lze najít, jak v rámci porodnice, tak v domácím prostředí. Každopádně mnohdy se stačí vymanit ze stereotypu a izolace a najít „spřízněnou duši“. Jednoduše proto, že každý organismus i jeho psychika má neuvěřitelnou a blahodárnou schopnost navracet se do rovnováhy. Stačí jen své pocity ventilovat. Pokud však ani to neuleví, pak je na místě odborná pomoc.

Pro ženu znamená šestinedělí doslova revoluci. Změna přichází v podstatě ve všech oblastech jejího života. Ať je matkou poprvé anebo má další dítě, vždy se v šestinedělí musí přizpůsobit mnoha proměnám. Je velmi důležité zmínit, jak křehká a zranitelná žena v šestinedělí je. Právě kvůli těmto proměnám i kvůli zranitelnosti si šestinedělka vyžaduje tolik podpory a péče. Stejně jako jsem zmiňovala v teoretické části, spolu s novým dítětem se rodí také nová matka. Oba dva se nyní potřebují stát součástí toho druhého a zároveň součástí společnosti. Pro oba dva to znamená kus práce, než započnou rovnocennou existenci bok po boku ostatních. Je to především

práce na vlastním vývoji. Aspekty, které mohou tento vývoj potencovat, jsou: vlastní předchozí zkušenost (vícerodička), plánované těhotenství, optimismus jako copingová strategie, pozitivní očekávání od porodu, podpurný a přátelský vztah s personálem spolu s nepřetržitou kontrolou nad vlastním porodem a šestinedělím, podpora prvotního kontaktu s dítětem spolu s dostatečnou informovaností a rovnoměrnou zainteresovaností účastníků do péče o matku a dítě.

Tato studie poskytuje vhled do individuálního prožívání porodu a šestinedělí žen, které porodily v porodnici s nízkou roční porodností. Nabízí tak možnost holisticky posoudit, jak se utvářela spokojenost žen. Humanizace přístupu k rodičkám a jejím dětem je stěžejním atributem k cestě ke spokojenosti. Spokojené dítě a rodička jsou nejen základem pro empatickou společnost, ale také se vynaloží daleko méně finančních prostředků na péči o ně, než je tomu u rodiček a dětí s traumatickým zážitkem. Takže vklad přirozeného a přesto bezpečného porodu s individuálním přístupem personálu, který by měla poskytovat všechna zdravotnická zařízení nejen okresního typu je pro celou společnost včetně vlády a pojišťoven přínosem.

## Zdroje

Boudyš, L., Hodík, K., Kačerovský M. (2008) *Možnosti prvotrimestrálního screeningu*. časopis Gynekolog. Získáno 30.6.2013 z <http://www.gyne.cz/clanky/2008/208c17.htm>

Buckley, S. J. (2005) *Ultrasound Scans – Cause for Concern*. Získáno 28.2.2014 z <http://sarahbuckley.com/ultrasound-scans-cause-for-concern>

Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B. a kol. (2006) *Porodnictví*, 2.vyd. Praha: Grada

ČTK, iDnes.cz, (10.9.2013) *Vě Štrasburku se hraje o právo na domácí porod, rozhodnutí bude trvat měsíce* Zpravodajský portál iDnes.cz. Získáno 29.1.2014 z [http://zpravy.idnes.cz/evropsky-soud-pro-lidska-prava-bude-resit-ceske-domaci-porody-pu8-domaci.aspx?c=A130910\\_083331\\_zahranicni\\_jpl](http://zpravy.idnes.cz/evropsky-soud-pro-lidska-prava-bude-resit-ceske-domaci-porody-pu8-domaci.aspx?c=A130910_083331_zahranicni_jpl)

ČTK (1.11.2012) *Léčba neplodnosti v ČR udělala za 30 let obrovský pokrok*. Zpravodajský zdravotnický portál Zdraví E15. Získáno 15.9.2013 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-neplodnosti-v-cr-udelala-za-30-let-obrovsky-pokrok-467418?category=z-domova>

Dahlke, R. (2001) *Životní krize jako vývojová šance*. Bratislava: Aquamarin.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999) *Subjective Well –Being: Three Decades of Progress*. Psychological Bulletin. 276, 302. Získáno 1.3.2014 z [http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener\\_suh\\_lucas\\_smith.pdf](http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener_suh_lucas_smith.pdf)

Doležalová, J. (2004) *Porod doma: co nám matky o porodu neřekly*. Praha: Formát

Doležalová, J. (2006) *Hovory s porodní báboou / rozhovor Jany Doležalové s registrovanou porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou*. Praha: Argo

Duncan, J. (2010) *The effect of colour and design in labour and delivery: A scientific approach*. Elsevier Ltd., Získáno 15.2.2014 z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0030399210000654>

Franckh, P. (2010) *Zákon resonance*. Praha: ANAG

Gaskin, I.M. (2010) *Zázrak porodu/ Spiritual Midwifery*. Doubice: One Woman Press

Geisel E. (2004) *Slzy po porodu*. Havlíčkův Brod: One Woman Press.

Goer, H. (2002) *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Havlíčkův Brod: One Woman Press

Gorman, K., Banks, G. (2012). *Face of birth*. Australský dokumentární film. Získáno 8.2.2014 z <http://www.faceofbirth.com/>

Hammond, A. (27.2.2014) *Babies, not burgers: why we need better design labour wards*. The Conversation, Academic rigour, journalistic flair, Získáno 2.3.2014 z <http://theconversation.com/babies-not-burgers-why-we-need-better-designed-labour-wards-22300>

Holásková, K. (2004) *Sociální status ženy-rodilky v české porodnici*. In Sborník z kongresu Pardubice 2004. Získáno 31.1.2013 z <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010628>

Chmel, R. (2004) *Průvodce těhotenstvím*. Praha: Grada Publishing

Jedličková M. (2008) *Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko – porodnického*. Praktická gynekologie. 86,90.

Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. (1999) *Well – being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation. Získáno 1.3.2014 z [http://sitemaker.umich.edu/norbert.schwarz/files/99\\_wb\\_schw\\_strack\\_reports\\_of\\_wb.pdf](http://sitemaker.umich.edu/norbert.schwarz/files/99_wb_schw_strack_reports_of_wb.pdf)

Kennell, J., Klaus, M., Klaus, P. (2004) *Porod s doulou: Rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. Praha: One Woman Press

Königsmarková, I. (2012) *Co dělat jako porodní asistentka*. Získáno 10.3.2014 z <http://normalniporod.cz/prakticke-rady/co-delat-jako-porodni-asistentka/>

Langmeier, J., Krejčířová D. (2006) *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Laursen, M., Johansen, C., Hedegaard, M. (2009) *Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1350, 1355. Získáno 15.1.2014 z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x/abstract>

Leboyer, F (1999) *Porod bez násilí*. Praha: Stratos

Liedloffová, J.(2007) *Koncept kontinua: hledání ztraceného času pro nás a naše děti*. Praha: DharmaGaia

Lorencová, E., Kodyšová, E. (2009) *Přístup společnosti k prožívání těhotenství*. Získáno 15.2.2014 z <http://www.psychikavtehotenstvi.cz/clanky/pristup-spolecnosti-k-prozivani-tehotenstvi.html>

Marek V. (2002) *Nová doba porodní*. Praha: Eminent

Mongan, M. F. (2010) *Hypnoporod*. Praha: Triton

Mrowetz, M., Antalová, I., Chrástilová, G. (2011) *Bonding - porodní radost. Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* Praha: DharmaGaia

Murphy, A., P. (2005) *Sedm etap mateřství*. Ostrava: Domino

Murray L., Cooper P. J. (1997) *Postpartum Depression and Child Development*. New

York: The Guildford Press.

Odent, M. (1995) *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo

Odent, M., (2013) *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení: Přímá cesta k transcendence*. Praha: Maitrea.

Orel, M., Facová, V. a kol (2010) *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada Publishing

Rastislavová, K. (2008) *Psychologie časného poporodního období*. Časopis Moderní babictví. Získáno 26.2.2014 z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15>

Romero, A. M. O., Rodriguez, L. M., Cardenas, C. H. R. (2012) *Coping and adaptation process during puerperium*. Získáno 31.8.2013 z <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1146>

Roztočil, A. (2004) *Šestinedělí*. Časopis Moderní babictví. Získáno 17.3.2014 z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=145>

Saisto, T., Halmesmäki, E. (2003) *Fear of childbirth: a neglected dilemma*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 201, 208. Získáno 15.1.2014 z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x/abstract>

Stadelmann, I. (2004) *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Havlíčkův Brod: One Woman Press

Štromerová, Z. (2004) *Dotazníkové šetření o porodech doma v ČR*. Získáno 2.4.2013 z <http://www.pdcap.cz/Texty/Vyzkum/Dotaznik.html>

Takács, L., Seidlerová, J. a kol. (2012) *Psychosociální aspekty v současné porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filosofická fakulta



Trča, S. (2001) *Budeme mít děťátko*. Praha: Grada Publishing

Teusen, G., Goze- Hänel, I. (2003) *Prenatální komunikace*. Praha: Portál

Tucker, J. S., Hall, M. H. Howie, P. W., a kol. (1996) *Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomized controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians*. British Medical Journal. 554, 559. Získáno 30.1.2014 z <http://www.jstor.org/discover/10.2307/29730831?uid=3737856&uid=2&uid=4&sid=21103557832281>

Vágnerová, M. (2000) *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.

Vester, F.(1997) *Myslet, učit se...a zapomínat?* Plzeň: Fraus.

*Vyhláška č.185/2009 Sb.*, o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění vyhlášky č. 361/2010 Sb. Získáno 22.2.2014 z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=185~2F2009&rpp=15#seznam>

*Vyhláška č. 423/2004 Sb.*, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Získáno 22.2.2014 z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=423~2F2004&rpp=15#seznam>

*Vyhláška č. 39/ 2005 Sb.*, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání §5 Porodní asistentka §4 Všeobecná sestra. Získáno 20.2.2014 z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=39~2F2005&rpp=15#seznam>

*Vyhláška č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, §5 Porodní asistentka §4 Všeobecná sestra. Získáno 20.2.2014 z <http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasce-c->

sb\_4763\_949\_3.html

Watt, N. (11. září 2013) *Support for mothers and babies needs overhaul, says UK health minister.* The Guardian. Získáno 11.10.2013 z <http://www.theguardian.com/society/2013/sep/11/support-mothers-babies-overhaul-health>

Wiklund I., Edman G., Larsson C. & Andolf E. (2009) *First time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery.* Journal of Advanced Nursing. 1636,1644. Získáno 7.6.2013 z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05018.x/abstract>

Wisdom and birth (16.8.2013) *An Introduction to Prenatal & Perinatal Psychology: Birth Matters for Babies too!* [Zpráva z blogu]. Získáno 10.1.2014 z <http://wisdomandbirth.blogspot.cz/2013/08/an-introduction-to-prenatal-perinatal.html>

Yali, A. M., Lobel, M. (2002) *Stress – resistance resources and coping in pregnancy, Anxiety, Stress and Coping*, 289,309. New York: The City College of the City University of New York

*Zákon č.95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.* Získáno 20.2.2014 z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=95~2F2004&rpp=15#seznam>

*Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).* Získáno 20.2.2014 z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=96~2F2004&rpp=15#seznam>

## **Přílohy**

Příloha č. 1 Podklad pro zadání práce studenta

Příloha č. 2 Abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 3 Informované souhlasy

Příloha č. 4 Dotazník EPDS Edinburghská škála poporodní deprese

Příloha č. 5 Polostrukturovaný rozhovor

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. OPRÁVILOVÁ Eliška	Zívěří 265, Chropyně	110274

**TÉMA ČESKY:**

Aspekty životní spokojenosti žen v raném šestinedělí po porodu v nemocničním zařízení okresního typu

**NÁZEV ANGLICKY:**

Aspects of the life satisfaction of women in the early postpartum period in the district hospital

**VEDOUcí PRÁCE:**

PaDr. Veronika Očenášková

**ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:**

Stejná trend domácích porodů, i přesto, že se zdravotnická zařízení snaží zvyšovat standard péče. Chtěla bych se věnovat tématu spokojenosti rodiček právě kvůli zmíněnému paradoxu. Jako cíl své studie považuji úspěchy, které mohou ovlivňovat spokojenost žen v raném šestinedělí po porodu v nemocničním zařízení okresního typu. Zaměřuji se především na ženu, její očekávání, její požadavky, subjektivní prožívání jejího porodu i raného šestinedělí a případný rozdíl od reality, vztah s dítětem, copingové strategie a přijímání materské role. Dále mě zajímá interakce rodičky s personálem porodnice, subjektivní hodnocení přístupu s chování personálu, spokojenost s komunikací a srozumitelností informací. Chtěla bych zjistit, zda pracovníci podporovali ji a její dítě ve vzájemném vztahu a jak vinnula fungování porodnice jako celku.

V teoretické části charakterizuji klíčové body své práce: životní spokojenost, prožívání porodu a šestinedělí, vztah matky s dítětem, interakce personálu s rodičkou a dítětem, které ovlivňují ženu při výběru porodnice.

Pro praktickou část jsem zvolila kvalitativní přístup. Za metodu získávání dat jsem si vybrala polostrukturovaný rozhovor s ženami po porodu, které rodili ve zdravotnickém zařízení okresního typu. Vyběr rodiček tedy proběhne prostřednictvím instituce, kde bych chtěla získat kontakty na rodičky, které souhlasí se zařazením do mé případové studie. Následuje samotný rozhovor s pozarováním, zpracování, interpretace, diskuze a závěr práce.

**SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:**

Blatný M., Dosedlová J., Kebza V., Šolcová I. (2005). Psychosociální souvislosti osobní pohody. Brno, Masarykova univerzita.  
Dosedlová J., Fialová I., Kebza V., Sleváček Z. (2008) Předpoklady zdraví a životní spokojenosti. Brno, MSD, Marek V.  
(2002) Nová daň porodní. Praha, Euricon. Grösel H. (2004) Sny po porodu. Havlíčkův Brod, One Woman Press. Mrowetz M., Antalová I., Chmíllová G. (2011) Bonding? porodní radost. Podpora rodiny jako cesta k zdravotní produktivitě a spokojenosti? Praha, DhannaGala. Wiklund, I., Edman, G., Larsson, C. & Andolf, E. (2009). First-time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. Journal of Advanced Nursing 65 (8), 1636-1644. Stadelmann, J. (2004) Zdravé těhotenství, přirozený porod. Havlíčkův Brod, One Woman Press.

Podpis vedoucího práce  
Podpis studenta  
Datum

Podpis vedoucího práce  
Podpis studenta  
Datum

Podpis vedoucího práce

Podpis vedoucího práce	Podpis studenta	Datum
.....	.....	.....

Podpis vedoucího práce

Podpis studenta

Datum

Podpis vedoucího práce

Podpis studenta

Datum

Podpis vedoucího práce  
Podpis studenta  
Datum

Podpis vedoucího práce

Podpis vedoucího práce  
Podpis studenta  
Datum

Podpis studenta: Eliska Opravil

Datum: 17.4.2012

Podpis vedoucího práce: Denisa Horakova

Datum: 2.5.2012

## ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce:** ASPEKTY ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI ŽEN V ŠESTINEDĚLÍ PO PORODU V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ OKRESNÍHO TYPU

**Autor práce:** Bc. Eliška Bakajová

**Vedoucí práce:** Mgr. Veronika Očenášková

**Počet stran a znaků:** 62, 133055

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 57

### **Abstrakt :**

Tato práce se zabývá aspekty životní spokojenosti žen po porodu v nemocničním zařízení s nízkou roční porodností. Seznamuje obecně s biologickými, psychologickými a sociálními aspekty, které působí na ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Popisuje copingové strategie v těhotenství a šestinedělí. Výzkumná část byla realizována pomocí polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku EPDS u tří žen v šestinedělí po porodu v Kroměřížské nemocnici a.s. Byl zkoumán vliv plánovaného těhotenství na šestinedělí, očekávání a prožívání porodu, očekávání a prožívání šestinedělí, vliv personálu na spokojenost ženy u porodu a v šestinedělí. Data byla zpracována do obsahově podobných jednotek, interpretována. V diskuzi jsem data porovnávala s dostupnými studiemi. Mezi aspekty, které pozitivně ovlivňují spokojenost žen v mojí studii patří: vlastní předchozí zkušenost (vícerodička), optimismus jako copingová strategie, plánované těhotenství, pozitivní očekávání od porodu, podpůrný a přátelský vztah s personálem spolu s nepřetržitou kontrolou nad vlastním porodem a šestinedělím, podpora prvotního kontaktu s dítětem spolu s dostatečnou informovaností a zainteresovaností do péče o matku a dítě.

**Klíčová slova:** aspekty spokojenosti, prožívání porodu a šestinedělí, mateřská role, interakce zdravotníků a ženy

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** ASPECTS OF THE LIFE SATISFACTION OF WOMEN IN THE EARLY POSTPARTUM PERIOD IN DISTRICT HOSPITAL

**Author:** Bc. Eliška Bakajová

**Supervisor:** Mgr. Veronika Očenášková

**Number of pages and characters:** 77, 133055

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 57

**Abstract:**

This work deals with aspects of the life satisfaction of women after labour in district hospital with low birth rate. It generally informs about biological, psychological and social aspects, which touch woman in pregnancy, during birth and in puerperium. It describes coping strategies in pregnancy and puerparium.

The practical part was realized by semi-structured interview and Edinburgh postnatal Depression Scale by 3 women in puerperium after birth in Kroměřížská nemocnice a.s. Study tested effects of planned pregnancy on puerperium, expectation and experiences of birth, expectation and experiences of puerperium, effect of health-professionals on birth and puerperium. Data were processed to substantively similar units and interpreted. I compared interpreted data with available studies. Aspects, which positively influenced women in my studies were: own previous experience (multigravidas) optimism as a coping strategy, planned pregnancy, positive expectations of the birth, support and friendly relationship with the hospital's staff, along with continuous control over their birth and puerperium, support the initial contact with the child, together with sufficient information and involvement to the care of mother and child.

**Key words:** aspects of the life satisfaction, experience of the birth and puerperium, mother's role, interaction between health professionals and woman

Příloha č. 3 Informované souhlasy

*„Plné znění je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce“.*



Příloha č.4 Dotazník EPDS, Edinburghská škála poporodní deprese

*„Plné znění použité psychodiagnostické metody je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce“.*

Příloha č. 5 Polostrukturovaný rozhovor

## **POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR**

Demografické údaje: věk, stav, vzdělání, počet dětí, sociální podmínky

Co vás vedlo k otěhotnění?

Připravovala jste se nějak na těhotenství?

Přemýšlela jste o porodu?

Připravovala jste se nějak na porod?

Změnil se Váš život, když jste se stala matkou? Jakým způsobem?

VÍCERODIČKY Pociťujete rozdíl mezi prvním a druhým těhotenstvím, porodem a šestinedělím? Jaký?

Jak to zvládáte duševně?

Proč jste se rozhodla právě pro tuto porodnici?

Jaké byla Vaše očekávání od porodu?

Lišila se očekávání nějak od reality porodu samotného? Případně jak?

Byla jste spokojená s přístupem personálu?

Jak jste se cítila v průběhu porodu ve vztahu se zdravotníky?

Jste spokojená s průběhem celého porodního procesu? Proč?

Kolik dnů po porodu máte v době rozhovoru?

Jak jste si představovala šestinedělí?

Liší se představy od reality? Případně jak?

Jste spokojená s přístupem personálu na oddělení ?

Jak se k Vám choval personál porodnice?

Jak se cítíte nyní v šestinedělí?

Které informace jsou pro Vás důležité?

Jakým způsobem se dostáváte k informacím, které jsou pro Vás důležité?

Kdy jste poprvé navázala kontakt se svým dítětem?

Jak jste se při tom cítila?

Jak byste charakterizovala své dítě a Váš vztah k němu?

Kojíte?

Jaká nálada u Vás převládá v průběhu kojení?

Bojíte se o dítě (proč) ?

**Edinburská škála poporodní deprese: Skóre:**