

**FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY PALACKÉHO
V OLOMOUCI
KATEDRA SLAVISTIKY**

Komentovaný překlad odborného textu z oblasti
těhotenství

The annotated translation of a scientific text from
pregnancy

VYPRACOVALA: Gabriela Hovorková

VEDOUCÍ PRÁCE: doc. PhDr. Zdeňka Vychodilová, CSc.

2022

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a uvedla všechny použité prameny.

V Olomouci, 26. 04. 2022

podpis

Děkuji doc. PhDr. Zdeňce Vychodilové, CSc., za konzultace, odborné připomínky a rady, které mi během psaní této bakalářské práce poskytla.

podpis

Obsah

Úvod	5
1 Odborný styl	6
1.1 Český odborný styl.....	6
1.2 Ruský odborný styl	7
1.3 Společné rysy odborného stylu pro ruštinu a češtinu.....	7
1.4 Kompozice odborného stylu	8
1.5 Překládaný odborný text	8
2 Překlad odborného stylu a úloha překladatele.....	10
3 Překlad textu.....	12
4 Překlad termínů	23
4.1 Adekvátní překlad termínů.....	23
4.2 Lékařská terminologie.....	24
4.3 Problém při překladu lékařských termínů	25
5 Překladové transformace	27
5.1 Formální transformace	27
5.2 Sémantické transformace	37
5.3 Komentář k překladovým transformacím	39
Závěr	40
Резюме	43
Seznam literatury	48
Seznam příloh	51
Příloha č. 1	52
Rusko-český glosář důležitých slov z překládaného textu.....	52
Příloha č. 2	57
Text originálu	57

Úvod

V této bakalářské práci, jak již název napovídá, překládáme odborný text z ruského jazyka s názvem *Поведенческие эмоциональные отклонения у беременных женщин, ведущие к развитию послеродовых невротических расстройств*. Důvodem pro výběr tématu těhotenství bylo předchozí, i když nedokončené, studium oboru porodní asistentka. Samotný text se však nevěnuje jen těhotenství, ale především psychologii spojené s tímto obdobím. Domníváme se, že je tohle téma důležité, protože psychologie těhotných žen zásadně ovlivňuje samotné miminko a jeho následný vývoj.

Cílem této bakalářské práce je vytvoření adekvátního překladu odborného textu s translatologickým komentářem, jehož prostřednictvím lze poukázat na podobnosti a odlišnosti mezi českým a ruským jazykem. Vedlejším cílem je potom představení tématu psychiky těhotných žen, což může posloužit ženám k tomu, aby si uvědomily, jak je důležité dbát o své psychické zdraví v těhotenství.

V naší práci pracujeme s různými zdroji. Především vycházíme z publikací českých translatologů D. Žváčka, O. Mana, V. Strakové nebo Z. Vychodilové a ruských odborníků L. S. Barchudarova a V. S. Vinogradova. Také užíváme slovníky, a to jak překladové, tak i odborné.

Tato práce je rozdělena do pěti kapitol, které jsou členěny na podrobnější podkapitoly. První kapitolou je představení odborného textu v ruském i českém jazyce a následná aplikace na námi překládaný odborný text. Další kapitola přináší základní informace k překladu odborného stylu a úloze překladatele. Třetí kapitolu tvoří náš vlastní překlad zvoleného odborného článku. Ve čtvrté kapitole jsou hlavním tématem termíny, které představují podstatnou část odborných textů. Uvádíme možnosti adekvátního překladu termínů, následně představujeme lékařskou terminologii, která je pro náš překlad podstatná, a na závěr kapitoly uvádíme problémy, které se vyskytly při překladu termínů v námi překládaném textu. V poslední kapitole uvádíme překladové transformace, které byly při našem překladu podstatné. Součástí práce jsou dvě přílohy, a to text originálu a glosář vytvořený z překládaných termínů a slov důležitých pro náš text.

1 Odborný styl

Jelikož se naše práce zabývá překladem odborného textu z ruštiny do češtiny, uvedeme v následující kapitole specifika odborného textu jak v češtině, tak i v ruštině. Ruský a český jazyk mají mnoho společných obecných rysů pro odborný styl, avšak i přes tyto rysy má každý jazyk své specifičnosti, zvláště po stránce jazykové.

Na závěr této kapitoly uvedeme specifika námi překládaného odborného textu.

1.1 Český odborný styl

Odborný styl se řadí mezi funkčně-stylové složky spisovného jazyka a bývá také označován jako styl naučný či vědecký. Každý styl má své typické rysy, které jej definují. Stejně tak tomu je i u odborného stylu.

Odbornice na českou stylistiku E. Minářová rozděluje odborný styl následovně: „Podle cíle zaměření a specifických funkcí dalších mohou mít všechny odborné komunikátory buď ráz vědecký, tj. ryze teoretický, nebo mohou mít charakter populárně odborný, popularizační, popř. učební nebo praktický” (Minářová, 2009, 49). Odborný styl má své zastoupení v publikacích badatelů a odborníků. Mezi tyto publikace řadíme encyklopedie, učebnice, slovníky, články, referáty, studie a další.

J. Hubáček rozděluje funkční styl odborný na teoretický, praktický a popularizační. Jestliže mluvíme o stylu teoretickém, do kterého spadají například vědecké knihy či vysokoškolské učebnice, je důležité dodržovat přesnost, jednoznačnost a úplnost vyjádření. Mluvíme-li o stylu praktickém, musejí být určité, věcné, přehledné a stručné. Jedná se o zavedení teoretických výsledků do praktické činnosti. Pokud mluvíme o stylu popularizačním, není tolik kladen důraz na strohost a přesnost. Důležitá je popularizace určitého vědeckého tématu ve společnosti (Hubáček, 1987, 60).

Je důležité shrnout základní podstatné normy, kterými je třeba se řídit u odborného stylu. Tyto normy jsou obecně známé a uvádějí se ve většině publikací, týkajících se odborného textu. Při psaní odborného textu je nezbytné dodržovat objektivitu, jednoznačnost, přesnost a racionálnost sdělení. Poukazuje se také na intelektualizaci a vyloučení expresivity.

Co se týče jazykových prostředků, obsahuje odborný styl velké množství odborné terminologie, dává přednost jmennému vyjádření a hojně se objevují podstatná jména slovesná a přídavná jména slovesná, zároveň převládají pasivní konstrukce a složitější

větná vazba. Jak již bylo výše zmíněno, texty odborného stylu jsou psány především spisovným jazykem a nespisovné prvky se takřka neužívají.

1.2 Ruský odborný styl

V této podkapitole se budeme zabývat charakteristikami ruského odborného stylu a budeme vycházet především z Úvodu do teorie překladu (pro rusisty) D. Žváčka.

Základní funkcí odborného stylu je odborné sdělení. Podle D. Žváčka jsou typickými vlastnostmi pro odborný styl písemný charakter, monologičnost, pojmovost, přesnost, jasnost a další. Autor navíc rozlišuje slovní zásobu, a to do čtyř vrstev na všeobecně užívanou, společnou pro vědu, obecně terminologickou nebo částečně odbornou, terminologickou (Žváček, 1998, 24-26).

Pro ruský odborný styl platí, že je pro něj příznačný jmenný charakter, jelikož zde převládají podstatná a přídavná jména. Hojně jsou užívány slovesně jmenná spojení se slovesem s oslabeným významem, genitiv, jmenné přísudky se sponou převládají nad slovesnými a nejčastěji se užívají slovesa typu *иметь, являться, становиться* atd. Také se hojně užívá předložkový pád. Pro odborný styl je rovněž typické, že užívá osobní zájmeno v prvním pádě množného čísla, které může být navíc úplně vynecháno, nebo užívá věty bez osobního zájmena se slovesem ve formě třetí osoby množného čísla. Dalším specifikem jsou hojně zastoupené pasivní konstrukce a zvrtná slovesa. Typické pro ruský jazyk jsou navíc přičestí a přechodníky. Charakteristické jsou také spojky podřadné a souřadné, spojkové výrazy, vsuvky a vysvětlivky. Také se objevují slova ukazující na pramen sdělení nebo spojovací konstrukce (tamtéž, 23-26).

Z. Vychodilová klasifikuje odborný styl takto: *Собственно научный (академический), научно-технический, научно-информативный или научно-деловой, научно-публицистический, учебно-научный, научно-популярный и другие* (Vychodilová, 2013, 62).

1.3 Společné rysy odborného stylu pro ruštinu a češtinu

Z výše uvedených charakteristik můžeme vyvodit, že obecné rysy odborného stylu v ruštině a v češtině jsou velmi podobné. Při jejich shrnutí vycházíme z publikace D. Žváčka – Kapitoly z teorie překladu I (Odborný překlad).

Při tvoření odborného textu je důležité dodržovat sklon k sevřenosti větné vazby, a také se řídit sklonem k větší nasycenosti výrazu neboli k větší explicitnosti vyjadřování syntaktických a sémantických vztahů, zachovávat posuny k abstraktnímu a nedějovému vyjadřování a odklánět se od expresivních prostředků. Nemělo by se zapomenout na oslabování subjektivity výrazu, na větší podíl pojmenování v platnosti obecné a na přesnost a jednoznačnost výrazu (Žváček, 1995, 16).

1.4 Kompozice odborného stylu

Kompozice odborného stylu má rovněž své typické normy, které nemohou být opominuty a platí pro oba jazyky. Kompozici obecně členíme na úvod, stať a závěr. Objevuje se i předmluva a doslov, u kterých E. Minářová dodává, že nicméně nebývají součástí popularizačních nebo odborných pracovních textů. Dělení textu na odstavce je nezbytnou součástí každého odborného stylu, jakož i dělení na kapitoly a podkapitoly. Velmi důležitou součástí tohoto stylu jsou odkazy na předchozí nebo následující text nebo odkazování na zdroje. Časté jsou také vysvětlivky či poznámky. (Minářová, 2009, 52) Takové členění dodává na odbornosti a důvěryhodnosti.

1.5 Překládaný odborný text

Námi překládaný článek vyšel v časopise *Журнал акушерства и женских болезней* určeném pro porodníky a gynekology. Přestože se jedná o lékařský text určený především odborníkům, můžeme říct, že je čtivý a srozumitelný i pro laiky. Objevuje se pouze malé množství odborných termínů, které lze dohledat například i na internetu.

Text obsahuje anotaci, klíčová slova a velké množství zdrojů, ze kterých autor vycházel. Odkazuje se také na výzkum a práce jiných odborníků daného oboru. Text není členěn do kapitol, zvláštní kapitolu tvoří pouze Závěr. Celý článek je věcný, přehledný a spíše stručný a autor dodržuje objektivitu.

Co do jazykové stránky dodržuje text originálu pravidla pro psaný odborný styl. Užívá odbornou terminologii, spisovný jazyk, neosobní věty, velké množství přídavných jmen slovesných a objevuje se i přechodník. Expresivní výrazy se neobjevují a celý text je jednoznačný. (Podrobnějšímu jazykovému rozboru se budeme věnovat v páté kapitole v souvislosti s překladovými transformacemi.)

Jelikož tento text přináší teoretické výsledky výzkumu a následně je uvádí do praktické sféry, zařadili bychom ho do odborného stylu praktického, který bývá zpravidla určen odborníkům. Domníváme se, že i přesto může posloužit i méně zasvěceným laikům.

2 Překlad odborného stylu a úloha překladatele

„Překlad (translát) je cílový text vytvořený překladatelem (autorem překladu) v jazyce cílové neboli přijímací kultury, který je odlišný od jazyka originálu, ve kterém byl výchozí text napsán” (Fišer, 2009, 15).

V. S. Vinogradov uvádí, že překládání považujeme za jedno z nejstarších lidských povolání, jelikož už v dávných dobách přiměla rozdílnost jazyků lidí k této nelehké profesi (Vinogradov, 2001, 5).

U překladu odborného textu je důležité, aby se překladatel v daném oboru orientoval, jelikož je při překladu podstatné správné pochopení textu. Zároveň je nezbytná výborná jazyková kompetence. Z. Fišer uvádí, že za překladatele můžeme považovat vlastně kohokoliv, kdo se zabývá překladem z výchozího jazyka do cílového, může jít tedy kromě profesionála i o laika či studenta (Fišer, 2009, 29).

Při překladu odborné literatury je nejpodstatnější převést obsah informace. D. Žváček uvádí, že na rozdíl od uměleckého textu není možné, aby se překladatel odborného textu odchyloval od originálu, a také dodává, že převedení myšlenek z výchozího do cílového jazyka musí být přesné, srozumitelné, gramaticky a stylisticky správné (Žváček, 1995, 15). Zároveň by měl dobrý překladatel, jak se uvádí ve většině publikací, dbát na to, aby nepřekládal strojově. Proto se při překladu nedoporučuje doslovný překlad, jelikož v jazycích může dojít k jistému odchýlení, a co zní v jednom jazyce přirozeně, může být v druhém jazyce neobvyklé. Časté odchýlení mezi ruštinou a češtinou bývá například u interference.

S doslovným překladem souvisí také problém překladové ekvivalence, na který může překladatel při překladu narazit. V. S. Vinogradov píše, že profesionální překladatel najde vždy z praktického hlediska informační ekvivalent, z teoretického hlediska však může být daný ekvivalent velmi odlišný. Dále uvádí, že ekvivalenci můžeme chápat, jako zachování obsahové, smyslové, sémantické, stylistické a funkčně komunikační informace obsažené v textu originálu. Ekvivalenci lze tedy vnímat jako stejné chápání informací, jak v originále, tak i v textu překladu (Vinogradov, 2001, 18). D. Žváček rozřazuje ekvivalenty do tří kategorií, do první zařadil přímé ekvivalenty, druhé jsou kontextové ekvivalenty a poslední nazývá funkční ekvivalenty. U přímých ekvivalentů dochází k překódování, jelikož pro dané slovo existuje slovníkový ekvivalent. Mluvíme-li o kontextových

ekvivalentech, záleží vždy na daném kontextu, jelikož pro jedno slovo existuje více ekvivalentů, které jsou však užívány jen pro určitý kontext. Funkční ekvivalent použijeme, neexistuje-li vhodný ekvivalent nebo je jeho fungování odlišné, ale i přes odlišnost významové struktury dochází k adekvátnímu překladu (Žváček, 1995, 23-24). Tímto krátkým uvedením problému ekvivalence upozorňujeme na jednu z velkých překážek, se kterou se setkává každý překladatel, a to problém přeložitelnosti.

Nedílnou součástí problému ekvivalence a obecně celého překladu odborného textu je terminologie. „Terminologie každého oboru tvoří ucelený systém termínů, odpovídajících systému pojmů daného oboru” (Žváček, 1995, 15). Samotným termínům se budeme podrobněji věnovat ve čtvrté kapitole.

3 Překlad textu

Behaviorální emoční odchylky u těhotných žen vedoucí k rozvoji poporodních neurotických poruch

Článek zahrnuje přehled literatury týkající se emočních a behaviorálních odchylek u těhotných žen, které mohou vyvolat rozvoj poporodních neurotických poruch. Zvláštní pozornost je věnována psychické připravenosti ženy k porodu a mateřství. Odhalení emočních a behaviorálních odchylek a včasná psychologická korekce, zejména v prvním trimestru těhotenství u žen do 21 let, přispívají k poklesu poporodních neurotických poruch.

Klíčová slova: emoční odchylky; poporodní neurotické poruchy; psychická nepřipravenost k porodu a mateřství.

Emoční stres je pro ženu v době těhotenství vážným psychickým problémem. Při nadměrné intenzitě, délce trvání a častém opakování stresových faktorů dochází k vyčerpání adaptačních rezerv organismu, což se může stát jednou z příčin rozvoje poporodních neurotických poruch. Jedním z důležitých úkolů v problému rozvoje stresu u těhotných žen je studium psychotraumatických faktorů, které vyvolávají stav vnitřního napětí a diskomfortu. Vliv emočního stresu na průběh těhotenství a porodu a rovněž na stav novorozence není dostatečně prostudován. Je nezbytné další studium vlivu různých psychotraumatických faktorů na průběh těhotenství a porodu a také na stav matky a dítěte v poporodním období.

V současných podmínkách mohou psychologické a sociální problémy rodiny, která očekává dítě, a demografická krize ve společnosti představovat faktory vyvolávající rozvoj neurotických poruch u ženy v období těhotenství. To se vždy projevuje na psychickém stavu dítěte. Těhotenství a porod jsou pro ženu obdobím značných fyziologických, psychických a sociálních změn. Mladé ženy do 25 let zpravidla stojí před volbou rodit děti, nebo dělat kariéru. U žen v mladém věku je tento vnitřní konflikt velmi často jednou z příčin rozvoje neurotických poruch v období těhotenství. K zamezení rozvoje těchto stavů je nutná úzká spolupráce porodníků a psychologů.

Těhotné ženy často pociťují obavy ze změny vztahů s blízkými příbuznými. V tomto období je pro ženy obzvláště důležitá podpora blízkých a kvalifikovaná pomoc odborníků. V druhé polovině těhotenství ženy často pociťují strach z nadcházejícího porodu. Objevuje

se nedůvěra v sebe samu coby budoucí matku. V takovém stadiu je nezbytné provést cvičení, která jsou spojená s osvojením mateřské role a zvýšením pocitu zodpovědnosti během porodu. Porod, který proběhl bez komplikací, vždy není takový z psychologického hlediska. Jestliže byla žena během těhotenství vystavena určité míře stresu, může to po porodu v mnohém změnit její život, její postoj k sobě samé a k dítěti. Na psychický stav ženy mají rovněž vliv zdravotníci, kteří ji provází během celého těhotenství a porodu. V tomto ohledu je nezbytné, aby byl zdravotnický personál schopen s těhotnými ženami spolupracovat.

V. V. Abramčenko zkoumal sociálně psychologické charakteristiky těhotných žen, které žijí v rodinách s různým stupněm sociálních jistot. Předmětem výzkumu se staly dvě skupiny žen. První skupina se skládala z 340 těhotných žen s různými parametry sociální nejistoty, druhá skupina byla kontrolní a skládala se z 1962 těhotných žen bez parametrů sociální nejistoty. Výsledky provedeného výzkumu ukázaly, že v první skupině vědomě plánovalo těhotenství 50 % těhotných žen a v kontrolní skupině to bylo 75,5 % těhotných.

Jedním z důvodů způsobujících psychický diskomfort žen v období těhotenství byla obava o nenarozené dítě. To znepokojovalo 50,5 % žen v první skupině a 76,8 % žen v kontrolní skupině. Druhou hlavní příčinou byla materiální situace. V první skupině nebylo s materiální situací spokojeno 50,9 % a v kontrolní skupině 42,3 % těhotných žen. Třetí příčinou byly neuspokojivé životní podmínky. V první skupině nebylo s životními podmínkami spokojeno 27,7 % a v kontrolní skupině 26,1 % těhotných žen. Skutečnost, že otázka rodinných vztahů během těhotenství byla velmi důležitá, uvedlo 21,4 % žen z první skupiny a 33,5 % žen z kontrolní skupiny. Zhoršením vlastního zdraví bylo v první skupině znepokojeno 4,3 % žen, v kontrolní skupině to bylo 11,6 % žen. Mimo těhotenství kouřilo 41,7 % respondentek z první skupiny a 39 % z kontrolní skupiny. Na otázku o příležitostném požívání alkoholických nápojů v době těhotenství kladně odpovědělo 12,1 % těhotných z první skupiny a 7,2 % těhotných z kontrolní skupiny. Ve skupině sociálně nezabezpečených žen projevilo 11,7 % těhotných negativní postoj ke kojení a 4,5 % těhotných zaujalo negativní postoj ke společnému pobytu matky a dítěte na nemocničním pokoji. V kontrolní skupině tato čísla dle očekávání činila 3,4 a 1,1 %.

Na základě výsledků daného výzkumu byl vyvozen závěr, že na psychický stav těhotné ženy mají vliv její vztah s mužem a s dalšími blízkými příbuznými, stav materiální situace rodiny a obava o zdravotní stav nenarozeného dítěte.

Pro příznivý průběh těhotenství a následný normální vztah mezi matkou a dítětem je také velmi důležitý aspekt psychické připravenosti ženy stát se matkou.

Otázka zachování zdraví matky a dítěte je jedním z nejdůležitějších témat moderní společnosti. Daná problematika je zajímavá nejen pro lékaře, ale i pro psychology. Až donedávna byla studována převážně medicínská stránka této problematiky. Teprve v posledních letech se začala věnovat pozornost studiu psychologických aspektů zdraví těhotných žen. S příchodem psychologických studií do této oblasti nastala potřeba zavést nové termíny. Jako jeden z termínů předložila N. P. Kovalenkova „vnitřní obraz těhotenství“. Vnitřní obraz těhotenství je soubor pocitů, prožitků a představ ženy, které jsou spojeny s tím, jaký obraz svého těhotenství si sama vytvořila. Na jeho základě formuje své chování orientované na adaptaci ke svému stavu.

Během těhotenství se u žen formuje psychická připravenost stát se matkou. V souvislosti s tím prochází sebepojetí těhotné ženy podstatnými změnami. Úkol psychologů v tomto období spočívá v pomoci ženě při formování efektivního sebepojetí, kde by jeho složky jako vůle, pocity a myšlenky byly zkoordinovány, vyváženy a zaměřeny na formování pozitivního duševního, emocionálního a behaviorálního hlediska v období formování psychické připravenosti stát se matkou. Role matky zaujímá zvláštní místo v životě ženy. V rámci procesu formování role matky se mění priority, mění se představa o sobě a okolním životě, mění se vzorce chování. Každá žena tuto roli plní po svém. Mnohé závisí na tradicích rodiny, na touhách a ideálech získaných během výchovy a studia, a také na její individualitě.

Pro úspěšné plnění role matky je nezbytné neustálé rozvíjení a sebezdokonalování osobnosti ženy a také dosažení vlastností a schopností, které dovolují utvářet odpovídající potenciál dítěte. Sebezdokonalování vyžaduje koncentraci psychické a fyzické aktivity ženy k překonání vlastních nedostatků a k hledání a realizaci vnitřních rezerv.

Role matky tak či onak závisí na různých funkcích, které žena plní, a také na stavu, ve kterém se může nacházet. K zajištění správného formování role matky musí být vytvořeno odpovídající sebehodnocení ženy, jakož i motivační složka.

Mateřská odpovědnost se u ženy začíná rodit při prvních pohybech plodu. Avšak zdaleka nejsou všechny ženy schopny se s úkolem vypořádat samostatně a přijmout odpovědnost za své nenarozené dítě. Aby se tato situace změnila, je nezbytné odborné vedení mladé rodiny obdobím očekávání a porodu.

V moderní psychologii a psychoterapii se má za to, že postoj ženy k procesu porodu významně ovlivňuje jeho úspěch, subjektivní prožívání bolesti během kontrakcí a rovněž odráží její obecný postoj k těhotenství, k nenarozenému dítěti a k její nové roli matky. Právě postoj k dítěti a k roli matky podmiňuje postoj k porodu.

Existují různé názory na to, jaký postoj k porodu považovat za „optimální“. V literatuře se popisují různé varianty postoje k porodu: „sladký porod“, „porod bez bolesti“, „porod jako druhé narození ženy“, „porod jako cesta k seberealizaci“, „porod jako aktivní tvůrčí proces“. Avšak studii, ve kterých by bylo analyzováno naladění ženy na dané prožívání porodu, její postoj k porodu a jeho souvislost s úspěšným mateřstvím, je provedeno málo. Zároveň někteří autoři pokládají za neoptimálnější variantu postoje k porodu takovou, kterou lze vyjádřit větou „Porod je tvůrčí proces“. Většina specialistů, kteří pracují s těhotnými, připravuje ženu na porod jako na konečný cíl, avšak ne na to, že i když je porod velmi důležitý, je pouze počáteční fází vzájemného vztahu matky a dítěte. V důsledku takového přístupu se nerozlišuje postoj ženy k samotnému porodu, k dítěti a k sobě samé jako k matce obecně.

V tomto případě je žena naladěna na dlouhodobou činnost, je připravena prožít bolest a uvědomuje si, že je při porodu nezbytná její aktivita. Avšak za hlavní se nepovažuje samotný proces, ale jeho výsledek, a to narození dítěte. Takové prožívání porodu nejčastěji celkově odpovídá předběžným očekáváním ženy. Právě tato varianta postoje k porodu odpovídá adekvátnímu způsobu prožívání těhotenství a vysoké úrovni emočního štěstí dítěte. V takových případech se riziko rozvoje závažných komplikací značně snižuje.

Za varianty negativního postoje k porodu se považují ty, které se odchyľují od adekvátního způsobu prožívání těhotenství a mateřského postoje k porodu. Tyto varianty mohou být vyjádřeny následujícími větami: „nezasloužený trest“ (při euforickém naladění na porod); „strašný trest za hříchy“ (při úzkostném postoji k těhotenství, při nízkém sebehodnocení); „porod jako odčinění viny“ (při ambivalentním postoji k těhotenství a dítěti); „nedostatečně tvrdý trest“ (charakteristické pro ženy odmítající dítě); „noční můra a ostuda, na kterou je nutné zapomenout“ (při vnímání porodu jako cesty k seberealizaci); „běžná bezvýznamná událost“ (při nevšímavém postoji k těhotenství a dítěti). V těchto případech nejčastěji vychází najevo nesoulad očekávání a skutečných prožitků při porodu. V praxi se zpravidla setkávají různé kombinace daných variant postoje ženy k porodu. Nicméně tendence k určitému typu bude vždy přítomna. Úkol psychologů spočívá v tom,

aby včas odhalili ten či onen model chování ženy ke stanovení správného směru korekční práce.

Na duševní stav těhotných mají velký vliv sociálně psychologické a individuálně psychologické faktory. Studium zákonitých spojení psychických a somatických faktorů při formování různých psychologických stavů u těhotných žen se jeví jako jeden z hlavních úkolů psychologů pracujících v této oblasti.

Za účelem posouzení psychosomatického stavu bylo zkoumáno 92 těhotných žen s patologickým prelinárním obdobím. Z toho 67 prvorodiček a 25 vícerodiček. Věková skupina žen byla od 18 do 38 let. Ženy neměly životní ani profesní rizika. Extragenitální onemocnění byla odhalena u více než poloviny zkoumaných žen. V období třetího trimestru těhotenství a bezprostředně při rozvoji patologických prelinárních kontrakcí se projevovala míra psychického a emočního vypětí. Mezi nejčastější projevy astenovegetativní povahy patřily vznětlivost, apatie, plačtivost, nervozita z nadcházejícího porodu, porucha spánku, zvýšená únava, pokles paměti a vnímání.

Docházíme tedy k závěru, že se u pacientek s patologickým prelinárním obdobím zpočátku zvyšuje úroveň psychického a emočního vypětí a jeho korekce je jedním ze způsobů, jak snížit patologii během porodu.

Narození prvního dítěte je pro oba manžele krizovým obdobím v rodinném životě. Příchod nového člena rodiny s sebou přináší nové povinnosti, změny osobnostních orientací a priorit. Materiální a každodenní problémy jsou vnímány intenzivněji a konflikty mezi manžely a jejich rodiči jsou častější. Mladí rodiče bývají často špatně připraveni na příchod prvorozeného dítěte. Ženy nejsou připraveny vzít na sebe novou roli matky a častokrát se jednoduše neumí postarat o novorozence, a otcové nejsou ve stavu pomáhat svým ženám a poskytovat morální a psychickou podporu. Jak ukazuje praxe, těhotné ženy, které očekávají narození prvního dítěte, potřebují v průběhu prvního roku po porodu sociální a psychologickou pomoc.

V mladých rodinách, kde věk ženy nepřesahuje 25 let, se objevuje největší počet neplánovaných těhotenství. Ve věku do 25 let dochází k sociálnímu upevnování mladých rodin, jako je získávání vzdělání, zvládnutí profese, hledání pracovního místa. Dívky a mladé ženy usilují o dosažení stabilního sociálně-ekonomického postavení, nezávislosti (a to i na otci nenarozeného dítěte), a teprve potom plánují děti. Neplánované těhotenství

při nedostatku psychické připravenosti na mateřství vyvolává ve většině případů krizovou situaci.

Jestliže je těhotenství hlavním důvodem k uzavření manželství nebo pro společné bydlení, vzniká v takovém případě celá řada problémů, a to materiální, bytové a životní, dále ukončení studia a hrozba ztráty pracovního místa. Rovněž se prohlubují takové psychologické problémy, jako je nepřipravenost mladých manželů na narození dítěte a složité vzájemné vztahy s rodiči.

Po narození dítěte se objevují nové problémy. Nucené omezování ženy na rodinné povinnosti, materiální závislost ženy na rodičích nebo na manželovi, nezkušenost v péči o dítě, fyzická únava.

Gestační dominanta, která vzniká při těhotenství, způsobuje nejen fyziologickou změnu v organismu matky, ale má vliv i na její emocionální rozpoložení. Ve výsledku se těhotné ženy stávají zranitelnějšími, citlivějšími na stresové vlivy a snadněji se u nich rozvíjí neurotické reakce. Zvláštní problém představují situace, kdy se samotné těhotenství stává psychotraumatizujícím faktorem.

Zvláštní pozornost zasluhují nezletilé těhotné ženy. Těhotenství je v tomto období spojeno s velkým množstvím stresových faktorů psychologického, sociálního a fyzického rázu, které narušují formování gestační dominanty a adaptační proces. Těhotenství a porod velmi často probíhají u takových žen při jejich fyzické, psychické a sociální nevyzrálosti s velkým množstvím komplikací a představují značné riziko jak pro ženu, tak i pro dítě. Aktuálním cílem daných odborníků je hledání účinných způsobů prevence lékařských a psychologických problémů u těhotných žen. Avšak dokonce ani nejpohodovější průběh těhotenství a konec porodu neřeší všechny problémy, jelikož nezletilé těhotné ženy mají nízkou úroveň kvality života, horší sociálně-ekonomické vyhlídky a jejich děti vykazují nízké ukazatele zdraví.

Vytoužené těhotenství může být doprovázeno také řadou psychologických problémů. V mnoha případech vychází touha ženy otěhotnět ze snahy napravit narušené mezilidské vztahy. Poporodní období je u takových žen zpravidla doprovázeno těžkými depresivními stavy a výbuchy neodůvodněné agrese vůči ostatním, a někdy dokonce i vůči svému dítěti.

Psychická příprava těhotných žen k porodu je bezpochyby velmi důležitou fází. Nicméně sezení, která se za tímto účelem uskutečňují, musejí brát v úvahu individualitu každé ženy.

Psychická příprava by měla zahrnovat nejen skupinová, ale i individuální sezení. Kromě toho je často důležité pracovat i se členy rodiny těhotné ženy. Nezletilé ženy potřebují speciální sezení podle zvláštního plánu, jelikož jsou jejich základní znalosti projednávaných otázek zatím na nízké úrovni. Kromě všeobecné přípravy k porodu může psycho emocionální stav mladých těhotných žen vyžadovat psychokorekci a psychoterapii (individuální, skupinovou nebo rodinnou). Vyskytuje se také problém neochoty nezletilých docházet na předporodní přípravné kurzy pro těhotné. V podstatě to souvisí s nízkou úrovní motivace a s negativním psycho emocionálním stavem nezletilých těhotných žen.

Avšak nejen teenageři neochotně navštěvují předporodní kurzy zahrnující přípravu na porod a péči o dítě. Ve výsledku většina mladých žen není na porod připravena a neovládá základní návyky v péči o dítě. I přes všechny své výhody nebyla současná praxe společného pobytu matky a dítěte po porodu zbavena nedostatků. Ženy jsou izolovány jedna od druhé a nemají možnost vyměňovat si navzájem zkušenosti. Zdravotnický personál z důvodu nedostatku času není schopen plně informovat všechny rodičky o hygienických předpisech, o průběhu a pravidlech kojení.

Ze všech mladých žen, které podstoupily vyšetření v rámci programu „Harmonie mateřství“, vyjádřilo 50 % mladých prvorodiček obavu a strach v souvislosti s nadcházejícím porodem. 90 % těhotných žen věří, že lekce psychoprofylaktické přípravy k porodu lze účelně provést v porodnici v době prenatální hospitalizace. 95 % žen vyjádřilo zájem o individuální konzultaci s psychologem. Základními principy programu jsou odlišný přístup k vedení těhotenství a porodu, psychoprofylaktická příprava ženy k porodu a její adaptace na roli matky s přihlédnutím k její individualitě, motivaci k rození dětí, mezilidským vztahům a sociálně-ekonomickým podmínkám života rodiny.

S příchodem těhotenství mnoho žen zaznamenává změny nálad, které se projevují podrážděností, plačtivostí, zvýšenou únavou, změnou apetitu, nevolností a ospalostí v průběhu dne. U těhotných žen se také často objevují úzkostné poruchy. Úzkost je základní emoční stav, který je člověku vlastní v situaci nejistoty a očekávání s nepředvídatelným koncem. Úzkostný stav se subjektivně vyznačuje pocitem vnitřního napětí s aktivací reakcí vegetativního nervového systému.

Určitá úroveň úzkosti má mobilizační funkci, při které je vznikající vzruch nezbytný ke splnění různých úkolů. V tomto případě jsou zajímavé především úzkostné stavy, které

u těhotných žen dospívají do stádia psychopatologických poruch, majících spojitost s porodnickou patologií a potřebují okamžitou korekci.

K odlišení fyziologického úzkostného napětí od úzkostných poruch v neurotické a psychotické rovině lze předložit několik příkladů, ve kterých se popisují různé klinické projevy charakteristické pro každou z těchto rovin. Ve fyziologické rovině je pocit úzkosti posuzován jako vnitřní nepohodlí, mírné rozrušení a je úspěšně potlačován. V daném případě vzniká úzkostný stav příležitostně v subjektivně významných situacích. Účelová činnost není narušena.

V případě neurotické úzkosti je v době rozmluvy s těhotnou ženou patrné, že je napjatá, ostražitá, občas sebou škube a ohlíží se. Řeč je poněkud zmatená, s memorováním nebo se zbytečnými detaily. Žena vyjadřuje myšlenky týkající se nebezpečí, nepříjemných událostí, které ji nebo její rodinu očekávají v blízké době. Objevuje se tremor rukou a zrychluje se tep.

Při úzkosti v psychotické rovině se objevuje prudké motorické vzrušení, které se může projevovat jako chaotické házení a touha utéct ze situace. Někdy naopak vzniká „celková strnulost“ nebo úplná nehybnost (krajní varianta), rozšířené zornice, bledá kůže, chladný pot.

V posledních desetiletích vzniklo mnoho prací věnovaných studiu míry úzkosti u těhotných žen. Nejvyšší míra úzkosti se objevuje v prvním a třetím trimestru těhotenství a v poporodním období. Zvýšení míry úzkosti v prvním trimestru je spojeno se změnami nálad v rámci astenického stavu na začátku těhotenství (nevolnost, zvracení, poruchy spánku a apetitu). Mezi faktory ovlivňující zvýšení míry úzkosti v třetím trimestru patří negativní emocionální prožívání budoucích matek ve spojitosti se subjektivním pocitem vnější atraktivity, změnami tvaru těla, strachem před porodem a strachem z konce těhotenství. Bylo zjištěno, že úzkostný strach o zdraví dítěte, konec těhotenství ve spojitosti s přítomností porodních komplikací, rodinné problémy nebo materiální a každodenní problémy představují nezávisle na době těhotenství nejintenzivnější stresové vlivy.

Poporodní období je dobou zvýšeného rizika rozvoje neurotických poruch, a to především emočních. Vznik úzkosti spolu s dalšími neurotickými symptomy (deprese, hysterie, neurastenie, porucha nočního spánku) formují klinický obraz neuróz, neurotických reakcí, psychopatie a psychosomatických poruch.

Jednou z nejčastěji se vyskytujících poruch v období těhotenství jsou deprese. Rozdělují se podle stupně projevu. K neurotické rovině se řadí reaktivní deprese a depresivní neuróza.

Příznaky neurotické deprese (smutek, porucha spánku, snížená chuť k jídlu, sklíčenost, únava, podrážděnost) probíhají rychle. V takovém případě jsou tyto symptomy vyvolány negativními životními událostmi, které nemají pevnou dlouhodobou povahu. Pokud jsou depresivní příznaky velmi výrazné, dlouhotrvající a hluboce prožívané, a vznikly bez viditelných příčin, pak to svědčí o depresi v psychotické rovině. Neurotické deprese se projevují takovými symptomy, jako jsou časté změny nálad s klesající tendencí na večer. Zhoršení nálady je často spojováno s úzkostí, s potížemi s usínáním, spánek je zpravidla povrchní. Objevují se také potíže při soustředění a pocit vyčerpání.

Mezi nejčastější příčiny rozvoje neurotických depresí na počátku těhotenství patří manželské a vnitřní konflikty spojené s pochybnostmi, které se týkají možnosti udržení těhotenství, těžké ztráty a potratu. V pozdějším stadiu těhotenství nabývají hlavní psychotraumatizující význam předčasný porod a nitroděložní úmrtí plodu.

Mezi psychologickými faktory rozvoje poporodních neurotických depresí mají největší význam první porod, premenstruační syndrom v anamnéze, osobnostní rysy ženy a odloučení dítěte od matky.

Vysoký výskyt neurotických poruch mezi prvorodičkami se vysvětluje následujícími příčinami: Narození prvního dítěte přináší obrovské změny do života ženy, které jsou spojeny s celou řadou problémů, jako je omezení osobní svobody z důvodu péče o dítě, první zkušenost s porodními bolestmi, obava a zodpovědnost za život novorozeněte, krmení a nedostatek spánku. Většina žen potřebuje zvýšenou pozornost a podporu, aby se adaptovala na svoji novou roli matky.

Neurotické deprese se v poporodním období objevují u 15-20 % rodiček. Trvají v průměru 3-4 týdny a pouze u 5 % žen se objevují poruchy nálady trvající až jeden rok. Na rozdíl od předporodní deprese se v klinickém obrazu neurotických depresí poporodního období nejčastěji vyskytují obavy žen z vlastních vad, bezmocnosti, neschopnosti zvládnout péči o dítě a rovněž obavy o jeho zdraví a také hypochondrické představy.

Sebevražedné myšlenky se neobjevují. Depresivní stav matky nepříznivě ovlivňuje její vzájemný vztah s miminkem. Ženy s depresivními problémy ve srovnání se zdravými

ženami častěji zažívají odpor nebo negativní pocity vůči dítěti, což komplikuje jejich kontakt, a nedovoluje matkám adekvátně vnímat novorozeňata. Ženy s poporodními neurotickými depresemi bezpochyby potřebují psychologickou pomoc. Pouze zdravá matka může zajistit pocit bezpečí a důvěru dítěte k okolnímu světu.

Poporodní deprese nejčastěji vzniká u žen s takovými osobnostními rysy, jako jsou zvýšená úzkostlivost nebo dříve prožitá poporodní deprese, a také u žen, které mají v anamnéze samovolné potraty. Disharmonické rodinné vztahy jsou jedním ze závažných faktorů, které způsobují rozvoj poporodních neurotických depresí. Ženy si nejčastěji stěžují na nedostatek podpory ze strany manžela, který „nesdílí jejich starosti a problémy“: „Nerozumí, jak je mi těžko. Nepomáhá mi“.

Ženy se cítí osamělé, bezmocné a postrádají podporu. V mnoha případech může být vnitřní konflikt příčinou nespokojenosti ženy v rodinném životě. K vyřešení tohoto konfliktu je potřebná psychologická korekce za účasti celé rodiny. K příčinám rozvoje poporodních neurotických depresí také významně přispívají nepříznivé sociálně-ekonomické podmínky. Příčinou rozvoje poporodních depresí u pacientek se může stát nevědomé zavržení ženské role nebo ambivalentní postoj k mateřství. Takový postoj vzniká v důsledku výchovy bez matky (například kvůli smrti matky v době, kdy dívka ještě nedosáhla puberty) nebo výchova dominantní, autoritativní, emocionálně chladné matky.

Cílem psychokorekce je pomoci pacientkám pochopit své vnitřní problémy a jejich řešení. Tento psychokorekční vliv dovoluje ženám, v případě neschopnosti změny psychotraumatizující situace, změnit svůj postoj k stresovému faktoru.

Jakmile naráží porodník, zvláště začátečník, na psychické problémy, zpravidla se cítí nedostatečně připravený. Lékař má přitom často více možností psychologického vlivu na pacientku, než používá.

Prvním krokem při práci s těhotnou ženou je správně postavený rozhovor, jehož prostřednictvím s ní lze navázat důvěrný vztah. V době, kdy je ženě poskytován prostor na sdělení svých stížností, obav či anamnézy, je nutné vytvářet atmosféru, která naváže spojení založené na porozumění, empatii a zájmu. Je třeba brát v úvahu, že i když ženy tuší, že se jedná o psychogenní příčiny jejich stavu, nemusí to vyjádřit nahlas. Často se domnívají, že se lékaři zajímají pouze o gynekologické příčiny, nebo že pokládají psychické problémy za příznaky slabosti. Možnou obavou pacientek může být strach, že lékař nebere stížnosti na duševní stav vážně. „Lékař řekne, že všechny mé problémy

pocházejí z mé hlavy.“ Přesto ve většině případů nemají pacientky sklony spojovat přítomnost porodnické patologie s psychologickými faktory.

Je nutné věnovat pozornost motivaci k rození dětí. Pro ošetřujícího lékaře může být „přehnaná“ touha těhotné ženy mít dítě („za každou cenu“) s naléháním na lékařské zákroky známkou přítomnosti vnitřního konfliktu. V takových případech je rození dětí zpravidla motivované ani ne tolik touhou realizovat mateřský cit, jako spíš potřebou napravit narušený postoj osobnosti. Takový neurotický zájem na udržení těhotenství může být sám o sobě příčinou hrozby přerušení těhotenství nebo k němu může přispívat spolu s dalšími faktory.

V případě porodních komplikací je žádoucí povědět pacientce o příčinách, léčbě a prognóze dané patologie. Lékařem podané vysvětlení snižuje míru úzkosti a emočního napětí, zmenšuje rozsah obav pacientky, činí postoj ženy k patologii v těhotenství vyrovnanějším a brání „přechodu v nemoc“. Takový rozhovor může vést ke změně chování a emočních reakcí.

Závěrem

Těhotné ženy potřebují kvalifikovanou pomoc nejen porodníků, ale i psychologů. Úloha psychologů by měla spočívat ve formování psychické připravenosti těhotné ženy k porodu. Neméně důležité je pomáhat ženě při formování psychické připravenosti stát se matkou. Obzvláště se to týká prvorodiček mladších 21 let. Pozornost zasluhují také ženy, které v minulosti měly negativní zkušenost s těhotenstvím (samovolný potrat, mimoděložní těhotenství, umělý potrat), jakož i ženy, které měly komplikace u minulých porodů. Tyto skupiny žen potřebují psychologickou pomoc během celého těhotenství a také v průběhu prvního roku po porodu, aby se zabránilo rozvoji poporodních neurotických problémů (depresi, agresi, úzkostným stavům). V centrech pro plánování rodiny je velmi důležité poskytovat psychologickou pomoc nejen samotné ženě, ale i jejím nejbližším příbuzným, což výrazně zvyšuje její účinnost.

4 Překlad termínů

Jelikož termíny představují neodmyslitelnou součást odborného vyjadřování, věnujeme pojednání o jejich překladu samostatnou kapitolu.

Obecně platí, že význam termínů je užší a jejich využití je omezeno. Zároveň je terminologie jednoznačná a nevyjadřuje emocionalitu. Definice termínu D. Žváčka zní následovně: „Termín je pojmenováním specifického pojmu určité oblasti vědy, určité vědecké specializace” (Žváček, 1998, 33). J. Horecký navíc uvádí, že odborné termíny se nepřekládají, ale substituuji (Horecký, 2007, 55).

Jestliže mluvíme o termínech již „zakořeněných” v daném jazyce, můžeme termíny nalézt ve slovnících jednotlivých oborů. Mnohdy je však překlad termínů těžší, než se zdá. Obecně platí, že se termíny v jednotlivých oborech velmi rychle rozvíjejí a dané jazyky nestíhají zachycovat jejich rozvoj, natož aby byly zpracovány ve slovnících. Obzvláště v českém jazyce. V. Straková ve stati *Termín jako překladatelský problém* uvádí, že v takovém případě je ideální znát další jazyk, ve kterém se terminologie mohla vyvinout rychleji (Straková, 1994, 90). Znalost jiného jazyka jsme sami využili, a to při překladu jednoho z termínů, použitím anglického jazyka.

Nicméně v našem překladu se jednalo o lékařské termíny mající základ v latině či řečtině. Základy řeckých a latinských termínů jsou velmi stabilní a můžeme dosáhnout absolutních ekvivalentů (Knittlová, 2000, 153). Kromě této výchozí terminologie existují také termíny objevující se pouze v daných jazycích, tedy pro češtinu existuje české názvosloví a pro ruštinu ruské.

4.1 Adekvátní překlad termínů

Při překladu termínů je podstatné držet se pravidel, abychom zajistili adekvátní překlad. Před tím, než se budeme věnovat samotné lékařské terminologii, uvedeme v následující podkapitole postup k docílení adekvátního překladu termínů podle Z. Vychodilové. (Vychodilová, 2013, 66-67) K níže zmíněným způsobům překladu uvedeme příklady vycházející z našeho překladu, ostatní, které se v překladu neobjevily, budou doloženy nahodilými příklady z lékařské terminologie.

Při překladu termínů musí být za prvé zajištěn adekvátní překlad daných termínů, musí tedy dojít i ke správnému pochopení. Za druhé musí být překlad prověřen z hlediska

terminologického systému, který se objevuje v obou jazycích, a za třetí je třeba brát v úvahu rozdíly mezi termíny, jejichž význam se může v jazycích odlišovat.

Termíny, které nemají formálně totožný jednoslovný ekvivalent, se nejčastěji překládají opisným překladem (*выкидыши – samovolný potrat*), v našem případě se jednalo o opisný překlad záměnou ruského jednoslovného pojmenování za víceslovný výraz v češtině (více viz. 5.2 Explikace). Dále se překládají částečnou či úplnou transkripcí nebo transliterací (*аспирин – aspirin*), anebo kalkováním (*адаптационных резервов – adaptačních rezerv, внутренняя картина беременности – vnitřní obraz těhotenství*). Termíny, které mají úplný ekvivalent v cílovém jazyce, se překládají substitucí (*я-концепция – sebepojetí*). Jestliže mluvíme o novém termínu, může být vytvořen přidáním nového významu již existujícímu slovu nebo slovnímu spojení, které je pod vlivem termínu výchozího jazyka (*гестационная доминанта – gestační dominanta*).

Jestliže dochází k přejímání výrazů, přejímá se sémantika, struktura i forma termínu. Tady musíme rozlišovat přejímání, které závisí na přímém kontaktu dvou jazyků, a internacionalismy, které v lékařské terminologii vycházejí většinou z latiny nebo řečtiny.

Jak již bylo výše zmíněno, termín musí být v mnoha případech přeložen opisnou konstrukcí, zpravidla kvůli chybějícímu plnému formálnímu ekvivalentu v daném jazyce.

Dalšími možnými způsoby převodu jsou generalizace (*акушер – zdravotník*) a konkretizace (*медический работник – porodník*).

4.2 Lékařská terminologie

Ruština stejně jako čeština přejímá většinu své lékařské terminologie z latiny či řečtiny. L. Pavlíková ve svém článku uvádí, že se české ekvivalenty latinské lékařské terminologie téměř nepoužívají. Naproti tomu ruština dává přednost domácím výrazům, i přesto že se může jednat o vysoce odborná sdělení. L. Pavlíková navíc dodává, že ruské domácí termíny jsou zpravidla doslovným překladem z latiny (Pavlíková, 1995, 51).

Článek, který jsme překládali, dával spíše přednost domácímu názvosloví, avšak vyskytovaly se i některé latinské termíny. Podobného postupu jsme se drželi i při překladu. Například slovo *неврастения* jsme rovněž přeložili odborným termínem *neurastenie*, jelikož tak nemůže dojít k žádnému odchýlení od původního významu a slovo přesně vystihuje význam sdělení. Zatímco u slova *беременность* jsme se naopak řídili domácím

termínem *těhotenství* a nepřeložili jsme daný termín odborným slovem *gravidita*. U slova *těhotenství* k žádnému odchýlení nedochází a je všeobecně užíváno.

Mimo latinské a řecké názvy se lékařská terminologie nemůže ani v jednom ze zmíněných jazyků vyhnout vlivu dalších jazyků, tzv. internacionalizaci. Obecně je známo, že v poslední době převládá vliv angličtiny, nicméně v našem překladu jsme tento jev nezaznamenali.

4.3 Problém při překladu lékařských termínů

V námi překládaném textu nebylo příliš velké množství lékařské terminologie a většinou ji nebylo obtížné do češtiny přeložit, jelikož bylo snadné najít vhodný ekvivalent. Například terminologické spojení *вегетативная нервная система* jsme přeložili jako *vegetativní nervový systém* atp. Při překladu terminologie jsme vycházeli buď z vlastních znalostí nebo především z lékařského slovníku.

Při překladu jsme ale narazili i na problém, a to u bezekvivalentního terminologické spojení *гестационная доминанта*. *Gestační* znamená týkající se těhotenství nebo gravidity a *dominanta* znamená řídicí složka nebo převládající složka. (1) Spojení *gestační dominanta* ani *gestační řídicí složka* v češtině však nebylo k dohledání. Jelikož jsme český ekvivalent nedohledali, museli jsme si s termínem poradit sami. Hledali jsme proto dále na anglických internetových zdrojích, na kterých se objevilo několik odborných titulů týkajících se termínu *gestační dominanty*, v angličtině *gestational dominance*. Stejně jako v ruských, tak i v anglických internetových odborných zdrojích jsme mohli najít definici *gestační dominanty* I. A. Aršavského, která nám pomohla pochopit, co má termín přesně vyjádřit. Jeho definice zní: „Je to zvláštní stav celého organismu během těhotenství, který má všechny příznaky a vlastnosti dominantního stavu”. (2) Ačkoliv se nabízí možnost opisného překladu *gestační řídicí složka*, jelikož pojem *řídicí složka* není neobvyklým spojením užívaným ve zdravotních vědách, rozhodli jsme se pro doslovný překlad *gestační dominanta*, aby nedošlo k žádnému posunu významu.

Další obtížnosti při překladu nastaly u slov *эмоциональный* a *психологический*. U slova *эмоциональный* existují pro češtinu dva ekvivalenty, *emocionální* a *emoční*. Proto bylo zpočátku důležité uvědomit si tuto skutečnost a nepřekládat bezmyslenkovitě všechna slova jako *emocionální*. V konečném výsledku převládá právě slovo *emoční*. Pro slovo *психологический* existují rovněž dvě varianty, toto slovo lze překládat jako *psychologický*

nebo *psychický*. Vedle slova *психологический* se vyskytuje také slovo *психический*, které jsme překládali jako *psychický* nebo *duševní*.

Na tuto problematiku upozorňuje také M. Hanáková: „Praxe ale ukazuje, že pojmový systém odražený v terminologii určitého oboru si v různých jazycích nemusí vždy zrcadlově odpovídat” (Hanáková, 2007, 41).

Na základě uvedených příkladů jsme se utvrdili v tom, že překlad terminů může být obtížný a terminologie v daných jazycích může být velmi odlišná nebo používá stejné termíny v jiných kontextech. Proto je zásadní znát výborně mateřský jazyk, abychom dokázali tyto odlišnosti rozpoznat, ale také se vyznat ve věcné problematice překládané oblasti, alespoň v základních rysech.

5 Překladové transformace

„Překladovou transformací budeme rozumět operaci, při níž se překládaná jednotka VJ změní v CJ formálně v jinou, tzn. ve svůj transform, při zachování obecného invariantu obsahu“ (Man, 2007, 129). Autoři rozdělují překladové transformace do různých kategorií. Například O. Man rozděluje transformace podle binárního pohledu na gramatické a lexikální, přičemž se gramatické transformace týkají formální struktury jazyka a lexikální transformace spadají pod lexikálně sémantickou strukturu (tamtéž). V následující kapitole budeme rozdělovat překladové transformace podle Z. Vychodilové na formální a sémantické.

Uvedeme pouze transformace, které byly užity v našem překladu. Příklady ke každé transformaci budou vycházet z námi překládaného článku.

5.1 Formální transformace

Transliterace

Transliterace je přenos lexikální jednotky z výchozího jazyka do cílového jazyka na základě grafické podoby. V našem případě bylo transliterace užito u vlastních jmen.

V případě překladu ženského příjmení jsme použili přechýlení, které je pro češtinu přirozené. Příjmení Kovalenko má původ na Ukrajině. Tato příjmení se do češtiny zpravidla přechylují. Typickou koncovkou pro české ženské příjmení je – ová.

Абрамченко В. В. исследовал социально-психологические ...

V. V. Abramčenko zkoumal sociálně psychologické charakteristiky ...

В качестве одного из них Н. П. Коваленко предложила термин ...

Jako jeden z termínů předložila N. P. Kovalenková ...

Kalkování

Kalkování je způsob překladu lexikální jednotky výchozího jazyka záměnou jejích složek (slov či morfému) ekvivalenty cílového jazyka. Námi níže uvedená slovní spojení jsou typickými příklady doslovného překladu, který můžeme najít v našem jazyce. V tomto případě se nenabízela jiná možná varianta překladu, jelikož se jedná o již ustálená slovní spojení.

... происходит истощение **адаптационных резервов** организма, ...

... dochází k vyčerpání **adaptačních rezerv** organismu, ...

... **демографический кризис** в обществе ...

... **демографická krize** ve společnosti ...

В контрольной группе 75,5 % беременных планировали беременность.

V kontrolní skupině těhotenství plánovalo 75,5 % těhotných.

Záměna gramatických kategorií

Do záměny gramatických kategorií spadají záměna čísla, vidu, slovesného času a další. Při gramatické transformaci dochází k přeměně syntaktické konstrukce, ale lexikum je zachováno (Žváček, 1995, 27).

Záměna čísla:

V následujících příkladech nastala záměna čísla překladatelovým záměrem, nikoliv potřebou cílového jazyka. Dané příklady by mohly být přeloženy se stejným gramatickým číslem jako v originále.

*Депрессивное состояние **матерей** неблагоприятно влияет на **их** взаимоотношения с младенцами.*

*Depresivní stav **matky** nepříznivě ovlivňuje **její** vzájemný vztah s **miminkem**.*

*Как правило, послеродовой период у таких женщин сопровождается **тяжелым депрессивным состоянием** ...*

*Porodní období je u takových žen zpravidla doprovázeno **těžkými depresivními stavy** ...*

Záměna vidu:

a) z nedokonavého vidu v RJ na dokonavý vid v ČJ

Obecně je známo, že ruština užívá nedokonavý vid mnohem častěji než čeština. S. Žaža uvádí, že ruština například používá častěji nedokonavý vid v záporných konstrukcích. Pokud mluvíme o slovesech opakovaných, opět je častější pro ruštinu nedokonavý vid, zatímco pro češtinu můžeme použít oba vidy, častěji však vid dokonavý (Žaža, 1999, 62). Rozdílů mezi vidy se objevuje mnohem více, my jsme uvedli pouze ty, které se objevily při překladu.

Если на протяжении беременности женщина в той или иной степени подвергалась воздействию стресса ...

Jestliže byla žena během těhotenství vystavena určité míře stresu ...

V následující příkladu se kromě záměny vidu změnila i kategorie slovesného času.

... (например, из-за смерти матери, когда девушка еще не достигает подросткового возраста) ...

... (например, из-за смерти матери в то время, когда девушка еще не достигла пубертета) ...

Záměny, ve které by došlo k opačnému procesu, tedy z dokonavého vidu v RJ na nedokonavý vid v ČJ, nebylo užito. Tím také můžeme potvrdit výše zmíněné tvrzení, že je nedokonavý vid mnohem častější pro ruštinu.

Záměna slovního druhu (neboli transpozice):

K záměně slovního druhu dochází z mnoha důvodů. Například v případě, že neexistuje slovní druh v cílovém jazyce nebo z důvodu různé spojitelnosti slov v daném jazyce (Žváček, 1995, 27). Může dojít k záměně všech slovních druhů. Nejčastěji se setkáváme s pronominalizací, verbalizací, adjektivizací či nominalizací.

pronominalizace:

V našem překladu jsme zaměnili podstatné jméno zájmenem.

... то это может во многом изменить жизнь женщины, ...

... může to po porodu v mnohém změnit její život, ...

verbalizace:

V tomto případě došlo k přeměně podstatného jména slovesného na sloveso.

В этом случае женщина настроена на длительную работу, готова к переживанию боли, ...

V tomto případě je žena naladěna na dlouhodobou činnost, je připravena prožít bolest ...

adjektivizace:

K adjektivizaci došlo záměnou slovesného trpného rodu za přídavné jméno. Zároveň však také nastala záměna významu slova, ale smysl celé výpovědi je zachován.

*Если депрессивные симптомы сильно **выражены**, длительны и глубоко переживаемы ...*

*Pokud jsou depresivní příznaky velmi **výrazné**, dlouhotrvající a hluboce prožívané, ...*

Multiverbizace a univerbizace:

Multiverbizace je proces, při kterém dochází k transformaci jednoslovného pojmenování ve víceslovné (Man, 2007, 124). Opakem pro multiverbizační pojmenování je univerbizace, která se může využívat pro úspornost vyjádření nebo tehdy jestliže je v cílovém jazyce dána přednost univerbizačnímu pojmenování. V takovém případě dochází k nahrazení dvouslovného pojmenování jednoslovným, a zároveň je zachován smysl.

Multiverbizace je typická pro odborný styl. Při překladu do českého jazyka je možno víceslovná pojmenování překládat rovněž multiverbizačním pojmenováním nebo jednoslovně (tamtéž). Obecně platí, že je v češtině větší tendence překládat víceslovná pojmenování jednoslovně čili univerbizací.

Příklady multiverbizace:

V následujícím příkladu by bylo možné přeložit slovo *первенец* rovněž jednoslovně.

*Молодые родители часто бывают плохо подготовленными к рождению **первенца**:*

...

*Младí rodiče bývají často špatně připraveni na příchod **prvorozeného dítěte**.*

Dalším příkladem je rozdělení jednoslovného adjektiva na dvě přídatná jména.

*Определялся уровень **психоэмоционального** напряжения ...*

*... se projevovala úroveň **psychického a emočního** vupětí.*

Následující slovo je přeloženo multiverbizačním ustáleným slovním spojením.

*В этих случаях чаще всего **обнаруживается** несоответствие ожиданий ...*

*В těchto případech nejčastěji **vychází najevo** nesoulad očekávání ...*

Příklady univerbizace:

Překlad mnohoslovného pojmenování v jednoslovné se v našem překladu objevovalo opakovaně, jelikož čeština většinu mnohoslovných pojmenování překládá univerbizací.

Následující příklad je typickým představitelem univerbizace. *Грудное вскармливание* je příkladem, pro který v češtině existuje jednoslovný výraz.

В группе социально незащищенных женщин 11,7 % отметили негативное отношение к грудному вскармливанию ...

Ve skupině sociálně nezabezpečených žen projevilo 11,7 % těhotných negativní postoj ke kojení ...

Pro následující příklad existují obě varianty, víceslovná i jednoslovná, my jsme zvolili univerbizací.

Девушки и молодые женщины стремятся завоевать устойчивое социально-экономическое положение, независимое положение ...

*Дívky a mladé ženy usilují o dosažení stabilního sociálně-ekonomického postavení, **nezávislosti** ...*

Jestliže může být v jazyce přeloženo víceslovné pojmenování jednoslovně a ve výchozím jazyce existuje navíc synonymní jednoslovné pojmenování a při překladu nedochází ke ztrátě informace, mluvíme o výrazové nadbytečnosti. Tento jev je častější pro ruštinu. (Man, 2007, 126) Následující příklad *приоритеты ценностей* považujeme za příklad nadbytečnosti, který lze vyjádřit pouze slovem *hodnoty* či *priority*. Avšak i v češtině můžeme najít slovní spojení *hodnotové priority*.

*В процессе формирования роли матери изменяются **приоритеты ценностей**, ...*
*В rámci procesu formování role matky se mění **priority**, ...*

Záměna slovosledu ve větě:

Další v klasifikaci je záměna slovosledu, která musí odpovídat systému daného jazyka, aby překlad působil přirozeně. Při překladu příbuzných jazyků musí překladatel dávat pozor, aby se vyhnul slovosledné interferenci (Vychodilová, 2013, 39). Záměna se může týkat slova, fráze, složitého souvětí nebo celé věty (Barchudarov, 1975, 190).

Ruština i čeština mají více méně volný slovosled, avšak i ten se musí řídit určitými pravidly. Některá jsou pro tyto jazyky rozdílná. Rozdílů ve slovosledu mezi ruštinou a češtinou je mnoho.

Ruský slovosled měl podstatný vliv na náš překlad a bylo problematické oprostít se od této slovosledné interference a překládat přirozeně podle pravidel české větné skladby. V ČJ se například klade nová informace (réma) na konec věty, kdežto v RJ může být i na předposledním místě (Vychodilová, 2013, 40).

V následujících dvou příkladech je postavení nové informace v RJ na začátku věty, kdežto v češtině je réma zpravidla vždy na posledním místě.

Определялся уровень психоэмоционального напряжения в период третьего триместра беременности и непосредственно при развитии патологических прелиминарных схваток.

V období třetího trimestru těhotenství a bezprostředně při rozvoji patologických preliminárních kontrakcí se projevovala úroveň psychického a emočního vypětí.

Поиск эффективных путей профилактики медицинских и психологических проблем у беременных женщин является актуальной задачей данных специалистов.

Актуальным cílem daných odborníků je hledání účinných způsobů prevence lékařských a psychologických problémů u těhotných žen.

Další záměna slovosledu:

В случае невозможности изменения психотравмирующей ситуации проводимое психокоррекционное воздействие позволяет женщинам изменить свое отношение к стрессорному фактору.

Tento psychokorekční vliv dovoluje ženám, v případě neschopnosti změny psychotraumatizující situace, změnit svůj postoj k stresovému faktoru.

Úplná přestavba slovosledu:

Существующая в настоящее время практика совместного пребывания матери и ребенка после родов при всех своих преимуществах не лишена недостатков.

I přes všechny své výhody nebyla současná praxe společného pobytu matky a dítěte po porodu zbavena nedostatků.

Záměna větných členů:

U odborného stylu používá ruština více neshodný substantivní přívlastek, na rozdíl od češtiny, která často tento přívlastek nahrazuje přívlastkem shodným (Žváček, 1995, 27). V našem překladu se objevily záměny neshodného přívlastku za shodný, na rozdíl od opačné záměny, která se při překladu nevyskytla.

přívlastek neshodný X shodný

Третья причина — неудовлетворительные условия проживания.

Třetí příčinou byly neuspokojivé životní podmínky.

... состояние материального положения семьи и тревога за состояние здоровья будущего ребенка.

... stav materiální situace rodiny a obava o zdravotní stav nenarozeného dítěte.

Záměna gramatického statusu věty, úplná přestavba struktury věty:

Pod tuto transformaci spadají například záměny trpných konstrukcí činnými a naopak. Ruština dává v odborném stylu přednost trpným konstrukcím, zatímco čeština činným. Při našem překladu však nedošlo k mnoha změnám a v obou jazycích převládá trpný rod.

V následujícím příkladu je představena záměna trpné konstrukce činnou konstrukcí. Takových záměn se vyskytlo málo.

В статье представлен обзор литературы ...

Článek zahrnuje přehled literatury ...

Kondenzace (komprese):

Kompresi používáme, jestliže potřebujeme stručněji vyjádřit myšlenku jednoho jazyka prostředky druhého jazyka sémanticky výstižnější lexikální jednotkou (Vychodilová, 2013, 40). Také může dojít k úplnému vypuštění nadbytečné informace. Zároveň se také hojně užívají předložkové vazby.

Для обеспечения правильного формирования роли матери у женщины должна быть сформирована адекватная самооценка, также должен быть сформирован мотивационный компонент.

K zajištění správného formování role matky musí být vytvořeno odpovídající sebehodnocení ženy, jakož i motivační složka.

V následujícím příkladu mluvíme rovněž o kompresi a zároveň se jedná o sloučení hlavních vět spojkou *a*.

*Результаты проведенного исследования показали, что 50 % беременных из первой группы осознанно планировали беременность. В контрольной группе 75,5 % беременных **планировали беременность**.*

*Вýsledky provedeného výzkumu ukázaly, že v první skupině vědomě plánovalo těhotenství 50 % těhotných žen a v kontrolní skupině **to bylo** 75,5 % těhotných.*

Dekondenzace (dekomprese):

Dekondenzace je opakem kondenzace. K dekonduzaci dochází, když je celek zaměněn více rozvolněným celkem. Nejčastěji k ní dochází u překladu přičestí či přechodníků, které lze přeložit rovněž přičestím či přechodníkem, nejčastěji však vedlejší větou. Dále může dojít k překladu dvěma hlavními větami.

V našem překladu se nejvíce objevovaly konstrukce s přídavnými jmény slovesnými (přičestí), a proto jim budeme věnovat největší pozornost. Tyto konstrukce jsou typické pro odborný styl.

Obraty obsahující přídavná jména slovesná se překládají buď rovněž přídavným jménem slovesným, nebo vedlejší větou přívlastkovou. Objevují se však také varianty, kdy je sloveso při překladu vynecháno nebo je přeloženo předložkovým pádem. Jestliže přídavné jméno slovesné nese informaci, je nutné na to brát při překladu zřetel. Takovou větu přeložíme buď přídavným jménem slovesným, nebo vedlejší větou. Jestliže nenese plnohodnotnou informaci, může být celá konstrukce zaměněna pádovým výrazem (Man, 2007, 121-122).

Nejčastěji se objevovaly konstrukce přídavných jmen slovesných, které byly do češtiny přeloženy vedlejší větou přívlastkovou.

*... и достижение индивидуальных_особенностей, способностей, **позволяющих** сформировать соответствующий потенциал будущего ребенка.*

*... a také dosažení vlastních charakteristik a schopností, **které dovolují** utvářet odpovídající potenciál dítěte.*

Большинство специалистов, работающих с беременными, готовят женщину к родам как к конечной цели, ...

Вětšina specialistů, kteří pracují s těhotnými, připravují ženu na porod jako na konečný cíl, ...

Dalším případem bylo přeložení přídavných jmen slovesných rovněž přídavnými jmény slovesnými, jako v následujícím příkladu u slova *имеющие*. Zároveň došlo k nahrazení přídavného jména slovesného *требующие* slovesem a hlavní větou a přídavné jméno slovesné *достигающие* bylo přeloženo vedlejší větou.

... тревожные состояния у беременных, достигающие уровня психопатологических расстройств, имеющие связь с акушерской патологией и требующие срочной коррекции.

... úzkostné stavy, které u těhotných žen dospívají do stádia psychopatologických poruch, majících spojitost s porodnickou patologií a potřebují okamžitou korekci.

Během překladu jsme také narazili na přechodníkovou konstrukci, která v češtině působí spíše vzácně až archaicky, a proto se české přechodníky používají zřídka. Mohou však najít zastoupení právě v odborném či uměleckém stylu. (3) Výše již bylo zmíněno, že mohou být přeloženy vedlejší větou, nicméně je můžeme překládat také hlavní větou, konstrukcemi s podstatnými jmény slovesnými nebo přídavnými jmény slovesnými. My jsme zvolili překlad vedlejší větou časovou.

Сталкиваясь с психологическими проблемами, акушер, особенно начинающий, как правило, чувствует себя недостаточно подготовленным.

Jakmile naráží porodník, zvláště začátečník, na psychické problémy, zpravidla se cítí nedostatečně připravený.

Sloučení vět a parcelace:

Pod tuto transformaci spadá spojení dvou nebo více vět v jednu nebo naopak, záměna jednoduché věty složitou a naopak, nebo záměna souřadných a podřadných vět (Vychodilová, 2013, 42).

Nejčastěji se v našem překladu objevovalo rozdělení složitého souvětí do jednodušších větných celků.

*В этом случае женщина настроена на длительную работу, готова к переживанию боли, осознает, что в родах необходима ее **активность**, однако главным считает не сам процесс, а его результат — рождение ребенка.*

*V tomto případě je žena naladěna na dlouhodobou činnost, je připravena prožít bolest a uvědomuje si, že je při porodu nezbytná **její aktivita**. Avšak za hlavní se nepovažuje samotný proces, ale jeho výsledek, a to narození dítěte.*

Častým problémem bylo řešení překladu věty obsahující dvojtečku. Převážně jsme takovou větu překládali rozdělením na dvě věty.

*После рождения ребенка появляются новые **проблемы**: вынужденное ограничение женщины семейными рамками, материальная зависимость женщины от родителей или от мужа, ...*

*Po narození dítěte se objevují nové **problémy**. Nucené omezování ženy na rodinné povinnosti, materiální závislost ženy na rodičích nebo na manželovi, ...*

Narazili jsme také na případ, kdy rozdělující dvojtečka v ruské větě byla v češtině nahrazena spojovacím výrazem.

*Если беременность является основным поводом для вступления в брак или для совместного проживания, то в этом случае возникает целый ряд **проблем**: **материальные**, жилищные, бытовые, прекращение учебы, перспектива потери места работы.*

*Jestliže je těhotenství hlavním důvodem k uzavření manželství nebo pro společné bydlení, vzniká v takovém případě celá řada **problémů**, a to **materiální**, bytové a životní, dále ukončení studia a hrozba ztráty pracovního místa.*

V následujícím příkladu dochází k rozdělení souvětí obsahující souřadnou spojku na dvě věty.

*Безусловно, психологическая подготовка беременных женщин к родам является очень важным **этапом**, но проводимые с этой целью занятия должны учитывать индивидуальные особенности каждой женщины.*

*Psychická příprava těhotných žen k porodu je bezpochyby velmi důležitou **fází**. Nicméně sezení, která se za tímto účelem uskutečňují, musejí brát v úvahu individualitu každé ženy.*

5.2 Sémantické transformace

Modulace:

Modulace neboli významové rozvinutí je záměna, kdy význam jednotky cílového jazyka logicky vychází z jednotky výchozího jazyka (Vychodilová, 2013, 43). Tento příklad transformace se objevoval relativně často.

Если на протяжении беременности женщина в той или иной степени подвергалась воздействию стресса, ...

*Jestliže byla žena během těhotenství vystavena **určité míře** stresu, ...*

*... в формировании **тех или иных** психологических состояний у беременных женщин ...*

*... při formování **různých** psychologických stavů u těhotných žen ...*

*Появление нового члена семьи влечет за собой **перераспределение** обязанностей, изменение личностных ориентаций и предпочтений.*

*Пříchod nového člena rodiny s sebou přináší **nové** povinnosti, změny osobnostních orientací a priorit.*

*Первым **этапом** в работе с беременной ...*

*Prvním **krokem** při práci s těhotnou ženou ...*

Antonymický překlad:

Při antonymickém překladu je výchozí pojem zaměněn pojmem opačným. Může přitom dojít k přestavbě věty, ale smysl musí být zachován.

*В последние десятилетия было выполнено **немало** работ по изучению уровня тревоги у беременных.*

*В последних десятилетích vzniklo **много** работ посвящённых изучению уровня тревоги у беременных.*

Celková přeměna (komplexní transformace):

Podle D. Žváčka v tomto případě dochází k celkové přeměně překladové jednotky a zároveň dochází k přeměně v celém smyslovém rozsahu. Ke komplexní transformaci dochází z důvodu chybějících společných sémantických prvků. Tento jev je velmi častý u hovorových konverzačních obrátů (Žváček, 1995, 27). Celková přeměna se tedy používá

u frazeologismů a idiomů, které nelze překládat doslovně, a proto musí být frazeologický celek substituován celkem jiným. (Straková, 86)

V překládaném textu se vzhledem k jeho odbornému charakteru vyskytovalo minimum frazeologismů. Jako příklad uvádíme následující frazeologismus.

Для лечащего врача «сверхценное» желание беременной иметь ребенка («во что бы то ни стало») ...

Pro ošetřujícího lékaře může být „přehnaná“ touha těhotné ženy mít dítě („za každou cenu“) ...

Rozšíření informačního základu:

Rozšířením informačního základu doplňuje překladatel informaci, například v případě překladu méně známé realie. V našem textu se však nejednalo o doplnění informace k neznámé realii, ale především o nezbytné doplnění plnovýznamových sloves, bez nichž by věty v češtině nezněly přirozeně.

Первая группа 340 беременных, имеющих различные параметры социальной незащищенности, вторая группа контрольная — 1962 беременные женщины, ...
První skupina se skládala z 340 těhotných žen s různými parametry sociální nejistoty, druhá skupina byla kontrolní a skládala se z 1962 těhotných žen ...

В ряде случаев внутриличностный конфликт может быть причиной семейной неудовлетворенности женщины.

В mnoha případech může být vnitřní konflikt příčinou nespokojenosti ženy v rodinném životě.

Zúžení informačního základu:

K zúžení informačního základu v našem překladu docházelo poměrně často.

... и лишь потом планируют рождение ребенка.

... a teprve potom plánují děti.

... позволяющих сформировать соответствующий потенциал будущего ребенка.

... které dovolují utvářet odpovídající potenciál dítěte.

... стоят перед выбором, родить ребенка или делать профессиональную карьеру.

... stojí před volbou rodit děti nebo dělat kariéru.

Explicace (opisný překlad):

Při opisném překladu je lexikální jednotka zaměněna slovním spojením, které vysvětluje její význam.

V následujícím příkladu má ruština pro umělý a samovolný potrat dva odlišné jednoslovné lexémy, zatímco čeština užívá dvouslovná pojmenování. Z překladatelského hlediska můžeme tyto odlišnosti označit za multiverbizaci, která je zároveň explikací. Slovo *выкидыш* v češtině značí *samovolný potrat*, avšak i v ruštině můžeme užít slovního spojení *самопроизвольный выкидыш*. Slovo *аборт* jsme přeložili jako *umělý potrat*. Pro češtinu existuje vedle *umělého potratu* také jednoslovný termín *interrupce*, popřípadě také *umělé přerušeni těhotenství*, které v ruštině můžeme nazvat jako *искусственное прерывание беременности*. Vedle těchto termínů zároveň existuje pro oba jazyky odborný latinský výraz *abortus* (*аборт*), jehož význam zahrnuje jak potrat samovolný, tak i umělý.

My jsme se rozhodli pro následující překlad, jelikož překladem necílíme pouze na odborníky.

... (*выкидыш, внематочная беременность, аборт*),...

... (*samovolný potrat, mimoděložní těhotenství, umělý potrat*), ...

5.3 Komentář k překladovým transformacím

Představením výše zmíněných transformací jsme mohli poukázat na odlišnosti vzniklé při překladu. Některé transformace mohly být motivovány překladatelem, jiné naopak vycházely z potřeby jazyka překladu, tedy češtiny. Uvedli jsme pouze transformace, které se vyskytly u našeho překladu. Porovnáváním textu originálu a překladu jsme nepoukázali pouze na odlišnosti či podobnosti v češtině a ruštině, ale zároveň jsme se také utvrdili v tom, že je zásadní znát výborně oba jazyky, a to především jazyk překladu, abychom docílili přesného, ale zároveň přirozeného a čtivého překladu.

Závěr

Překlad odborného textu je velmi náročná disciplína, které je potřeba věnovat zvláštní pozornost a dostatek času k docílení přesného, srozumitelného a čtivého překladu.

Cílem naší bakalářské práce bylo přeložení odborného textu z oblasti psychologie těhotenství a následný překladový komentář zabývající se aplikací teoretických poznatků na námi překládaný odborný text a poukázáním na podobnosti a odlišnosti mezi ruským a českým jazykem. Vedlejším cílem bylo potom představení tématu psychiky těhotných žen prostřednictvím překládaného článku. Součástí naší bakalářské práce je také příloha, a to glosář vytvořený z klíčových slov překládaného článku.

Stěžejní pro naši bakalářskou práci byl výběr překládaného článku. Článek týkající se psychologie těhotenství vyšel v časopise *Журнал акушерства и женских болезней*, určeném pro porodníky a gynekology. Samotný článek dodržuje pravidla pro psaní odborný text. Článek je přehledný, věcný a stručný. Jelikož přináší teoretické výsledky výzkumu a následně je uvádí do praktické sféry, zařadili jsme tento článek do odborného stylu praktického, který bývá zpravidla určen odborníkům. Avšak protože terminologie článku není obtížná a její množství není velké, domníváme se, že může posloužit i méně zasvěceným laikům. Například ženám očekávajícím příchod dítěte, k tomu, aby si uvědomily závažnost psychického zdraví v době těhotenství.

Při překladu článku bylo nezbytné dodržovat pravidla přesného a srozumitelného překladu. Překladatel by měl mít výbornou jazykovou kompetenci, orientovat se v problematice tématu a také by neměl překládat bezmyšlenkovitě a doslovně, aby byl výsledný překlad přirozený. Zároveň se nesmí odchylovat od textu originálu a výsledný překlad by měl být srozumitelný a gramaticky a stylisticky by měl zapadat do odborného sdělení. Během překladu jsme se snažili tato pravidla dodržovat a docílit tak pokud možno nejpřesnějšího a čtivého překladu.

Neodmyslitelnou součástí odborného překladu je terminologie, které jsme věnovali samostatnou kapitolu. Představili jsme adekvátní překlad termínů podle Z. Vychodilové, abychom uvedli, jakými způsoby lze docílit přesného překladu nejen odborné terminologie. Při překladu termínů jsme nejčastěji aplikovali tyto překladové transformace: opisný překlad (выкидыш – samovolný potrat), kalk (внутренняя картина беременности – vnitřní obraz těhotenství) či substituci (я-концепция – sebepojetí). Dále

jsme upozornili na problematiku bezekvivalentního lexika, které se v našem překladu rovněž objevilo. Jednalo se o slovní spojení *гестационная доминанта*, pro které jsme v českém jazyce nedohledali vhodný ekvivalent, zatímco například v angličtině existuje (gestational dominance). Nabízela se možnost tento termín přeložit opisným překladem jako gestační řídicí složka, nicméně aby nedošlo k žádnému posunu významu, rozhodli jsme se pro překlad doslovný, a to *gestační dominanta*. Dále jsme se věnovali problematickým termínům *эмоциональный*, *психологический* a *психический*. Problematickými je nazýváme, protože ačkoliv existují tyto termíny v obou jazycích, používají se v různých kontextech odlišně.

V problematice překladu termínů jsme se utvrdili v poznatku, že je pro jejich překlad zásadní znát výborně oba jazyky, především ten cílový, a zároveň mít alespoň základní znalosti v daném tématu a ovládat jeho terminologii. Z jedné strany si terminologie může v jazycích odpovídat a vznikají absolutní ekvivalenty, z druhé strany jsou potom termíny, které svůj ekvivalent v jazyce překladu postrádají. Představením tématu ekvivalence jsme upozornili na problém přeložitelnosti, se kterým se setkává každý překladatel.

Lékařské terminologie v námi překládaném článku nebylo příliš velké množství. Pro ruštinu navíc platí, že před termíny latinského a řeckého původu dává přednost ekvivalentním domácím výrazům i v odborných sděleních, zatímco čeština dává přednost odborné terminologii. Nabízelo by se, že náš překlad bude obsahovat větší množství odborné terminologie než v jazyce originálu, nicméně našim překladem jsem cílili kromě odborníků i na laiky, proto jsme v některých případech volili spíše termíny domácí.

Podstatnou částí naší bakalářské práce byly překladatelské transformace, jejichž prostřednictvím jsme poukazovali na odlišnosti vzniklé při překladu mezi ruštinou a češtinou. Transformace jsme rozdělili na formální a sémantické.

Velkou část jsme věnovali záměně gramatických kategorií, které dokazují, že některé transformace mohou být motivovány překladatelem, avšak jiné naopak vycházejí především z nutnosti překládat tak, aby výsledný převod zněl přirozeně. Například u gramatické kategorie týkající se záměny čísla, se jednalo o překladatelův záměr. U záměny vidu došlo také k záměně motivované překladatelovým záměrem, avšak proto, že ruština používá více nedokonavý vid než čeština a námi překládané věty působí přirozeněji v dokonavém vidu. Neméně důležité bylo užívání multiverbizace a univerbizace, které se objevovaly v hojné míře a ukazovaly rozdíly v užívání

jednoslovných nebo víceslovných pojmenování mezi češtinou a ruštinou. V našem překladu se například objevovala spíše univerbizace, jelikož čeština většinu ruských víceslovných pojmenování překládá právě univerbizací.

Další významnou transformací byla záměna slovosledu ve větě, vynucená odlišnými pravidly tzv. aktuálního členění výpovědi v ruštině a v češtině. Tato problematika si vyžadovala naši obzvláštní pozornost, jelikož na náš překlad velmi často působil vliv slovosledné interference ruštiny.

Velkou pozornost jsme také věnovali překladu přídavných jmen slovesných a přechodníků, které lze přeložit mnoha způsoby. Přídavná jména slovesná jsme ve většině případů přeložili vedlejší větou přívlastkovou nebo rovněž přídavným jménem slovesným. Přechodník, který působí v češtině spíše archaicky, jsme přeložili vedlejší větou časovou.

V oblasti sémantických transformací byla nejvýznamnější modulace, která dokazuje, že překlad zdaleka nemusí být doslovný. Také jsme se věnovali explikaci neboli opisnému překladu, např. jsme podrobněji rozvedli překlad slov *выкидыши* a *аборт*, a upozornili jsme, že v obou jazycích existuje více výrazů pro slovo *potrat* a pro jeho rozdělení na *umělý* a *samovolný*.

Pomocí překladového komentáře jsme upozorňovali na odlišnosti vzniklé při překladu, které mohly být motivovány překladatelem či potřebou cílového jazyka.

Psaním této bakalářské práce jsme se zároveň utvrdili v tom, že je překlad odborného textu důležitá, nepostradatelná a také náročná disciplína se spoustou překážek, u které je nezbytné dodržovat daná pravidla k docílení přesného, srozumitelného a čtivého překladu. Neméně zásadní je také jazyková kompetence, a to jak u jazyka překladu, tak i u jazyka originálu, jakož i orientace (alespoň základní) ve věcné problematice překládaného textu.

Резюме

Настоящая бакалаврская работа посвящена теме «Перевод научного текста из области беременности». Тему беременности мы выбрали из-за предыдущего не оконченного обучения в университете по учебной специальности акушерок. Главной темой переводимого научного текста является психология беременных женщин, особенно женщин до 21 года. Данная тема является очень серьезной, поскольку психология выразительно влияет на младенца.

Однако целью этой бакалаврской работы является перевод научного текста и последующий переводческий комментарий, представляющий сходства и различия между русским и чешским языками. Вторичной целью – представление темы психологии женщин во время беременности посредством переводимой статьи. Составной частью этой работы являются глоссарий, составляющий из ключевых для перевода слов, и текст оригинала.

Перевод является трудной дисциплиной, которой должно уделять специальное внимание. Перевод должен быть истинным, но не буквальным. Переводчику нужно ориентироваться в проблематике, чтобы правильно перевести информацию оригинала.

В течение работы мы пользовались научными книгами многих переводчиков специалистов, например книгами для русистов Д. Жвачка, учебником З. Выходиловой или антологией со статьями многих авторов, например О. Мана. Мы также пользовались книгами русских специалистов, именно Л. С. Бархударова и В. С. Виноградова. Далее мы пользовались словарями научными и переводными.

Данная бакалаврская работа состоит из пяти глав.

Первая глава посвящена представлению основных характеристик научного стиля. В первой части этой главы описывается чешский научный стиль и после того в следующей части этой главы тоже русский научный стиль – их стилистические разделения, употребления и типические правила, которыми должно владеть. Кроме того, мы тоже показали языковой план. Мы дошли к результату, что их деление и характеристика являются почти сходными. Однако с точки зрения языка очевидно, что кроме сходств находятся также различия, например при использовании

деепричастий, которые для русского языка типичные, но для чешского более архаические. Поэтому мы переводили деепричастие из русского придаточным предложением. Наоборот, при использовании причастий, некоторые мы переводили тоже причастием, поскольку причастия для чешского в научном стиле оказываются типичными. В дальнейшей части мы сравнили характеристики научного стиля для обоих языков по совокупности Д. Жвачка. Он показывает, что в научном стиле должно соблюдать объективность, однозначность и точность. Также должно не пользоваться экспрессивными средствами речи, но должно пользоваться научной терминологией. Последовало описание композиции, которая для обоих языков подобная. Текст научного стиля делится на введение, статью и заключение. Составной частью также является ссылка на другие источники. В конце главы мы провели короткий анализ переводимой статьи, которая была опубликована в журнале с названием «*Журнал акушерства и женских болезней*» для акушеров и гинекологов. Мы сделали вывод, что данная статья соблюдает правила для научной статьи по композиции, источникам и языку. По-нашему мнению данная статья, определенная специалистами, но может тоже послужить профанам, потому что статья является не трудной и без осложненной терминологии.

Темой второй главы – роль переводчика при переводе научного стиля. Перевод означает – перевод информации из оригинала в язык перевода, при адаптации к данной культуре. Говоря об переводе, переводчику должно ориентироваться в определенной проблематике, чтобы хорошо перевести текст оригинала. Ему также должно отлично владеть обоими языками. По Фишеру можно переводчиком считать специалиста, профана и студента. При переводе научного стиля нельзя отклоняться от текста оригинала и перевод должен быть понятным, грамматически и стилистически верным. Советуется не переводят текст буквально, поскольку что звучат в оригинале естественно, может быть в другом языке необыкновенным. Составной частью этой главы тоже появилось представление проблемы эквивалентности, которую по словам В. С. Виноградова возможно понимать, как сходное понятие информации в языке оригинала и языке перевода. Далее мы разделили эквивалентность по образцу Д. Жвачка на прямые, контекстные и функциональные. Представлением этой проблемы, мы хотели показать, что проблема эквивалентности является серьезной затрудненностей каждого переводчика.

Третья глава занимается переводом избранного текста, который называется «*Поведенческие эмоциональные поведения у беременных женщин, ведущие к развитию послеродовых невротических расстройств*». Во время перевода мы старались следовать вышеуказанными правилами, чтобы конечный перевод стал точным, но и естественным. Текст занимается психологией беременных женщин, которая влияет на развитие будущего ребёнка. Автор главным образом занимался психологией женщин до 21 года. В тексте появляются ссылки на других авторов, их исследования или их пояснения. В результате можно этим переводом повлиять на другие женщины, которые планируют забеременеть или уже беременны, чтобы осознать важность темы психологии беременных женщин.

Однако для нашей бакалаврской работы наиболее важными являлись перевод терминологии и переводческий комментарий, которым мы уделяли наибольшее внимание.

Четвертая глава посвящена переводу терминологии и ее основной дефиниции. Также мы дополнили, что научную терминологию не переводят, но заменяют. Далее был представлен адекватный перевод по З. Выходиловой, чтобы показать, каким образом можно добиться точного перевода. Возможно переводят описным переводом, транскрипцией или калькированием. Впоследствии мы оказали внимание медицинской терминологии и ее использованию в русском и чешском языках. Также мы показали употребление медицинской терминологии в переводимой статье, в которой оказалось терминологии не много. Далее мы занимались проблематикой безэквивалентной лексики. Поскольку мы в переводе нашли словосочетание *гестационная доминанта*, у которого не появился пригодный эквивалент. Мы решились употребить буквальный перевод – *gestační dominanta*. После того были также рассмотрены термины *эмоциональный*, *психологический* и *психический*, которые оказались для нас проблематическими. Мы дошли к результату, что при переводе необходимо отлично владеть обоими языками, но также иметь хоть бы основные знания в данной проблематике переводимого текста.

Наибольшая часть этой работы посвящена транслатологическим трансформациям. Данные трансформации были разделены по З. Выходиловой на формальные и семантические. Однако показаны были только трансформации оказывающиеся важными для нашего перевода. Эти трансформации мы подкрепили собственным

переводом. Во-первых, мы занимались формальными грамматическими трансформациями. Мы занимались транслитерацией или калькированием, но основную часть мы уделяли внимание грамматическим категориям показывающим, что некоторые трансформации могут быть мотивированы переводчиком, однако, другие выходят из нужды языка перевода, чтобы перевод стал естественным. Замена намерением переводчика произошла, например у транспозиции, конденсации или у перевода грамматической категории числа. Что касается вида, переводчик также замыслил эту замену, но потому, что русский язык пользуется более часто несовершенным видом чем чешский язык. Поэтому наш перевод звучат более естественно при употреблении совершенного вида. Не менее значительно представление мультивербизации и универбизации, которые появлялись в нашем переводе очень часто. Мультивербизация и универбизация показывали различия в использовании однословных и многословных наименований в русском и чешском языках. Универбизации в переводе появилось больше, поскольку чешский язык большинство многословных наименований переводит универбизацией. Мы упомянули тоже избыточность выразительных средств, которые являются частыми для русского языка. Данная избыточность переводилась однословным выражением без ущерба информации. Мультивербизация пользовалась также или намерением переводчика или потребностью чешского языка. Следующей знаменательной трансформацией оказалось изменение порядка слов в предложении. Эта трансформация представляет различия в порядке слов между чешским и русским языками. При этой трансформации мы заметили различие в позиции ремы (новой информации высказывания). Рема для чешского языка типична в самом конце предложения, пока в русском языке позиция ремы не столько стабильная. Мы также показали использование согласованного и несогласованного определения в обоих языках. Вообще можно сказать, что на русском языке более используют несогласованное определение, чем на чешском языке, который предпочитает согласованное определение. Следовательно мы переводили несогласованное определение из русского согласованным определением на чешский. Обратной способ не появился. Большая часть тоже была посвящена переводу причастий и деепричастий, которые на чешский язык можно переводит разными способами. Большинство причастий мы переводили придаточным предложением, но также причастием. Мы также переводили причастие глаголом и главным предложением.

Деепричастие мы переводили также придаточным предложением, потому что в чешском языке деепричастия почти не используются и звучат архаически.

Говоря об семантических трансформациях, важнейшей явилась модуляция, которая доказывает, что перевод далеко не должен быть буквальным. Тоже мы занимались целостным преобразованием, которое используется при переводе фразеологизмов, чтобы перевод стал естественным в языке перевода. Потому что в каждом языке появляются собственные фразеологизмы выражающее культуру данного языка. Далее была представлена экспликация иначе описательный перевод, у которого мы подробнее развели перевод слов *vykidyši* и *аборт*. Мы узнали, что в обоих языках присутствует несколько вариантов, для выражения этих слов.

С помощью переводимого комментария мы обращали внимание на различия, возникшие при переводе, которые могли быть мотивированы переводчиком или потребностью языка перевода.

Представлением данной бакалаврской работы можно утвердиться, что перевод научного стиля является важной и сложной дисциплиной и при переводе должно соблюдать данные правила, чтобы добиться точного, понятного и интересного перевода. Не менее важной является также языковая компетенция как у языка оригинала, так и у языка перевода. Вместе с тем должно ориентироваться в проблематике переводимой статьи и владеть научной терминологией.

Seznam literatury

Knihy v českém jazyce

1. FIŠER, Zbyněk. *Překlad jako kreativní proces: Teorie a praxe funkcionalistického překládání*. Brno: Host, 2009. ISBN 978-80-7294-343-2.
2. HANÁKOVÁ, Milada. Termín z hlediska překladu odborného textu. In GROMOVÁ, Edita, HRDLIČKA, Milan, VILÍMEK, Vítězslav. *Antologie teorie odborného překladu: (Výběr z prací českých a slovenských autorů)*. 2. vyd. Ostravská Univerzita v Ostravě, 2007. ISBN 978-80-7368-383-2.
3. HORECKÝ, Ján. O Prekladání terminologie. In GROMOVÁ, Edita, HRDLIČKA, Milan, VILÍMEK, Vítězslav. *Antologie teorie odborného překladu: (Výběr z prací českých a slovenských autorů)*. 2. vyd. Ostravská Univerzita v Ostravě, 2007. ISBN 978-80-7368-383-2.
4. HUBÁČEK, Josef. *Učebnice stylistiky: pro posluchače pedagogických fakult (učitelství v 1.-4. ročníku základní školy)*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. Učebnice pro vysoké školy. ISBN 14-435-87.
5. KNITTLOVÁ, Dagmar. *K Teorii i praxi překladu*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. ISBN 80-244-0143-6.
6. MAN, Oldřich. Metoda překladového porovnávání a lingvistické problémy. In GROMOVÁ, Edita, HRDLIČKA, Milan, VILÍMEK, Vítězslav. *Antologie teorie odborného překladu: (Výběr z prací českých a slovenských autorů)*. 2. vyd. Ostravská Univerzita v Ostravě, 2007. ISBN 978-80-7368-383-2.
7. MAN, Oldřich. Otázky ekvivalence v odborném překladu. In GROMOVÁ, Edita, HRDLIČKA, Milan, VILÍMEK, Vítězslav. *Antologie teorie odborného překladu:*

- (Výběr z prací českých a slovenských autorů). 2. vyd. Ostravská Univerzita v Ostravě, 2007. ISBN 978-80-7368-383-2.
8. MINÁŘOVÁ, Eva. Stylistika češtiny. Brno: Masarykova Univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4973-4.
 9. STRAKOVÁ, Milena. K překládání frazeologie. In KUFNEROVÁ, Zlata, POLÁČKOVÁ, Milena, POVEJŠIL, Jaromír a kol. Překládání a čeština. Jinočany H & H, 1994. ISBN 80-85787-14-8.
 10. STRAKOVÁ, Vlasta. Referujeme rusky: Příručka ruského odborného vyjadřování. Praha: Academia, 1989. ISBN 80-200-0119-0.
 11. STRAKOVÁ, Milena. Termín jako překladatelský problém. In KUFNEROVÁ, Zlata, POLÁČKOVÁ, Milena, POVEJŠIL, Jaromír a kol. Překládání a čeština. Jinočany H & H, 1994. ISBN 80-85787-14-8.
 12. ŽAŽA, Stanislav. Ruština a čeština v porovnávacím pohledu. 2. přeprac. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 1999. ISBN 80-210-2058-X.
 13. ŽVÁČEK, Dušan. Kapitoly z teorie překladu I (Odborný překlad). Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995. ISBN 80-7067-489-X.
 14. ŽVÁČEK, Dušan. Úvod do teorie překladu (pro rusisty). 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. ISBN 8070678143.

Knihy v ruském jazyce

15. БАРХУДАРОВ, Л. С. Язык и перевод: Вопросы общей и частной теории перевода. Москва, «Международные отношения», 1975.
16. ВИНОГРАДОВ, В. С. Введение в переводоведение (общие и лексические вопросы). Москва, 2001. ISBN 5-7552-0041-6.
17. VYCHODILOVÁ, Zdeňka. *Vvedeniije v teoriju perevoda dlja rusistov*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3417-9.

Internetové zdroje

18. PAVLÍKOVÁ, Ludmila. Co ukazuje konfrontace některých ruských a českých termínů ve stručném vícejazyčném lékařském slovníku. Opera Slavica, 1995, roč. 5, č. 4, 51-54, [online]. Copyright © 2015 [cit. 22.03.2022]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11222.digilib/117039>

Internetové zdroje označené v textu číslem

19. (1) ABZ Slovník cizích slov, [online], © 2021 [cit. 16.03.2022]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/dominanta>
20. (2) Студопедия, [online], © 2021 [cit. 18.03.2022]. Dostupné z: <https://studopedia.org/2-19473.html>
21. (3) Internetová jazyková příručka, [online], © 2021 [cit. 25.03.2022]. Dostupné z: <https://prirucka.ujc.cas.cz/?id=590>

Slovníky

22. Rusko-česká elektronická slovníková databáze. [online]. Dostupné z: <http://slovník.slu.cas.cz/slovník/main/Main.html?dict=rcs;>
23. Rusko-český, česko-ruský Velký slovník/slovník vytvořil autorský kolektiv pracovníků Lingea; 1. vydání. Brno: Lingea, 2009.
24. Velký lékařský slovník. [online]. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Rusko-český glosář

Příloha č. 2 – Text originálu

Пříloha č. 1

Руско-český glosář důležitých slov z překládaného textu

А

аборт, -а, *м.*

potrat (umělý)

адаптация, -и, *жс.*

adaptace

адаптационный, -ая, -ое

adaptační

адаптационные резервы

adaptační rezervy

акушер, -а, *м.*

porodník

анамнез, -а, *м.*

anamnéza

астенический, -ая, -ое

astenický

Б

беременность, -и, *жс.*

těhotenství

желанная беременность

vytoužené těhotenství

внематочная беременность

mimoděložní těhotenství

беседа, -ы, *жс.*

rozhovor

бытовой, -ая, -ое

životní

В

вегетативный, -ая, -ое

vegetativní

вегетативная нервная система

vegetativní nervový systém

взаимоотношение, -я, *ср.*

vztah

внутриличностный, -ая, -ое

vnitřní

внутриличностный конфликт

vnitřní konflikt

выкидыш, -а, *м.*

potrat (samovolný)

Г

гестационный, -ая, *ое*

gestační

(týkající se těhotenství)

Д

депрессия, -и, *жс.*

доминанта, -ы, *жс.*

гестационная доминанта

deprese

dominanta, řídicí složka

gestační dominanta

(gestační řídicí složka)

Ж

жалоба, -ы, *жс.*

женщина, -ы, *жс.*

stížnost

žena

З

защищенность, -и, *ср.*

социальная защищенность

здоровье, -я, *ср.*

зрачок, -а, *м.*

jistota

sociální jistota

zdraví

zornice

И

индивидуальный, ая, ое

индивидуальные особенности

исследование, -я, *ср.*

истощение, -я, *ср.*

individuální

individualita, vlastnosti

výzkum, studium

vyčerpání

К

карьера, -ы, *жс.*

качество, -а, *ср.*

kariéra

kvalita

Л

личность, -и, *жс.*

osobnost

М

материальный, -ая, -ое; -лен, -льна

материальное положение

materiální

materiální situace

материнство, -а, *ср.*

медик, -а, *м.*

младенец, -нца, *м.*

mateřství

lékař, medik

miminko

Н

неврастения, -и, *жс.*

невроз, -а, *м.*

невротический, -ая, -ое

невротические депрессии

новорожденный, -ая, -ое

neurastenie

neuróza

neurotický

neurotické deprese

novorozenec

О

обездвиженность, -и, *жс.*

ожидание, -я, *ср.*

организм, -а, *м.*

осложнение, -я, *ср.*

ответственность, -и, *жс.*

отклонение, -я, *ср.*

ощущение, -я, *ср.*

nehybnost

očekávání

organismus

komplikace

zodpovědnost

odchylka

pocit

П

палата, -ы, *жс.*

первец, -а, *м.*

переживание, -я, *ср.*

печаль, -и, *жс.*

плод, -а, *м.*

поведенческий, -ая, -ое

послеродовой, -ая, -ое

предстоящий, -ая, -ее

предупреждение, -я, *ср.*

pokoj (nemocniční, aj.)

prvorozenec, prvorozené dítě

prožívání

smutek

plod

behaviorální

poporodní

nadcházející

zamezování

прелиминарный , -ая, -ое	preliminární, předběžný
проблема , -ы, <i>жс.</i>	problém, téma, problematika
психокоррекция , -и, <i>жс.</i>	psychokorekce
психолог , -а, <i>м.</i>	psycholog
психологический , -ая, -ое	psychologický, psychický
психопатия , -и, <i>жс.</i>	psychopatie
психопатологический , -ая, -ое	psychopatologický
психопрофилактический , -ая, -ое	psychoprofilaktický
психотерапия , -и, <i>жс.</i>	psychoterapie
психотравмирующий , -ая, -ое	psychotraumatický
пульс , -а, <i>м.</i>	tep, pulz
учащается пульс	zrychluje se tep
Р	
расстройство , -а, <i>ср.</i>	porucha
рвота , -ы, <i>жс.</i>	zvracení
ребенок , -нка, <i>м.</i>	dítě
родственник , -а, <i>м.</i>	příbuzný
роды , -ов, <i>мн.ч.</i>	porod
родовой процесс	porod, porodní proces
рождение , -я, <i>ср.</i>	narození
С	
семья , -и, <i>жс.</i>	rodina
скованность , -и, <i>жс.</i>	strnulost
состояние , -я, <i>ср.</i>	stav
специалист , -а, <i>м.</i>	odborník, specialista
стрессовый , -ая, -ое	stresový
супруги , -ов, <i>мн.ч.</i>	manželé
схватки , -ток, <i>мн.ч.</i>	kontrakce (med.)

Т

тошнота, -ы, *жс.*

nevolnost

тревога, -и, *жс.*

obava, úzkost (psych.)

тремор, -а, *м.*

tremor, třes

триместр, -а, *м.*

trimestr

У

усталость, -и, *жс.*

únava

утомляемость, -и, *жс.*

únava

Ф

физиологический, -ая, -ое

fyziologičeský

Ш

шевеление, -я, *ср.*

pohyby

шевеление плода

pohyby plodu

Э

эмоциональный, -ая, -ое; -лен, -льна

emocionální, emoční

экстрагенитальный, -ая, -ое

extragenitální
(mimo pohlavní ústrojí)

© Б. В. Лашманов

Военно-медицинская академия: кафедра акушерства и гинекологии им. А. Я. Крассовского, Санкт-Петербург

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

■ В статье представлен обзор литературы, касающийся эмоциональных и поведенческих отклонений у беременных женщин, которые могут вызвать развитие послеродовых невротических расстройств. Особое внимание уделяется психологической готовности женщины к родам и материнству. Выявление эмоциональных и поведенческих отклонений и своевременная психологическая коррекция способствуют снижению послеродовых невротических расстройств, особенно в первом триместре беременности у женщин до 21 года.

■ **Ключевые слова:** эмоциональные отклонения; послеродовые невротические расстройства; психологическая готовность к родам и материнству

Эмоциональный стресс во время беременности является серьезной психологической проблемой для женщины. При чрезмерной интенсивности, длительности и частой повторяемости стрессовых факторов происходит истощение адапционных резервов организма, что может стать одной из причин развития послеродовых невротических расстройств. Одной из важных задач в проблеме развития стресса у беременных женщин является изучение психотравмирующих факторов, которые вызывают состояние внутреннего напряжения и дискомфорта. Влияние эмоционального стресса на течение беременности и родов, а также на состояние новорожденного изучены недостаточно. Необходимо дальнейшее изучение влияния различных психотравмирующих факторов на течение беременности и родов, а также на состояние матери и ребенка в послеродовом периоде. В современных условиях психологические и социальные проблемы семьи, ожидающей ребенка, демографический кризис в обществе могут выступать в качестве факторов, провоцирующих развитие невротических расстройств у женщины во время беременности. Это всегда сказывается на психологическом состоянии будущего ребенка. Беременность и роды для женщины являются временем значительных физиологических, психологических и социальных изменений. Молодые женщины, до 25 лет, как правило, стоят перед выбором, рожать ребенка или делать профессиональную карьеру. Очень часто у женщин в молодом возрасте этот внутриллический конфликт является одной из причин развития невротических расстройств во время беременности. Для предупреждения развития этих состояний требуется тесное взаимодействие акушеров и психологов [1, 3–7, 25].

Беременные женщины часто испытывают тревогу из-за перестройки отношений с близкими родственниками. На данном этапе женщинам особенно необходима поддержка близких людей и квалифицированная помощь специалистов. Во второй половине беременности женщины часто испытывают страх перед предстоящими родами. Появляется неуверенность в себе как в будущей матери. На данном этапе необходимо проведение занятий, связанных с освоением женщиной роли матери и повышением чувства ответственности в течение родового процесса. Роды, прошедшие без осложнений, не всегда оказываются таковыми с психологической точки зрения. Если на протяжении беременности женщина в той или иной степени подвергалась воздействию стресса, то это может во многом изменить жизнь женщины, ее отношение к себе и ребенку после родов. Медицинские работники, сопровождающие женщину на протяжении всей беременности и родов, также оказывают влияние на ее психологическое состояние. В связи с этим медицинскому персоналу необходимо уметь взаимодействовать с беременными женщинами [7, 25].

Абрамченко В. В. исследовал социально-психологические характеристики беременных женщин, проживающих в семьях с различной степенью социальной защищенности. Объектом исследования стали две группы женщин. Первая группа 340 беременных, имеющих различные параметры социальной незащищенности, вторая группа контрольная — 1962 беременные женщины, не имеющие параметров социальной незащищенности. Результаты проведенного исследования показали, что 50 % беременных из первой группы осознанно планировали беременность. В контрольной группе 75,5 % беременных планировали беременность [2].

Одной из причин, обусловивших психологический дискомфорт женщин в период беременности, была тревога за будущего ребенка. Это беспокоило 50,5 % женщин в первой группе и 76,8 % в контрольной группе. Вторая основная причина — это материальное положение. В первой группе материальным положением были недовольны 50,9 %, в контрольной группе — 42,3 %. Третья причина — неудовлетворительные условия проживания. В первой группе условиями проживания были недовольны 27,7 %, в контрольной группе — 26,1 %. На то, что проблема взаимоотношений членов семьи была очень значимой во время беременности, указали 21,4 % женщин в первой группе и 33,5 % в контрольной группе. Ухудшением собственного здоровья в первой группе были обеспокоены 4,3 %, в контрольной группе — 11,6 %. Курили вне беременности 41,7 % опрошенных женщин в первой группе и 39 % в контрольной группе. На вопрос об эпизодическом употреблении спиртных напитков во время беременности положительно ответили 12,1 % беременных первой группы и 7,2 % беременных контрольной группы. В группе социально незащищенных женщин 11,7 % отметили негативное отношение к грудному вскармливанию и 4,5 % негативно отнеслись к совместному пребыванию матери и ребенка в палате. В контрольной группе эти цифры составили 3,4 и 1,1 % соответственно [2].

По результатам данного исследования был сделан вывод о том, что на психологическое состояние беременной женщины влияют ее взаимоотношения с мужем и другими близкими родственниками, состояние материального положения семьи и тревога за состояние здоровья будущего ребенка [2].

Для благоприятного течения беременности и для дальнейших нормальных взаимоотношений между матерью и ребенком также очень важным аспектом является психологическая готовность женщины стать матерью.

Проблема сохранения здоровья матери и ребенка является одной из важнейших проблем современного общества. Данная проблема представляет интерес не только для медиков, но и для психологов. До последнего времени изучалась в основном медицинская сторона этой проблемы. Лишь в последние годы стали заниматься изучением психологических аспектов здоровья беременных. По мере появления психологических исследований в этой области возникла потребность во введении новых терминов. В качестве одного из них Н. П. Коваленко предложила термин «внутренняя картина беременности». Внутренняя картина беременности — это комплекс ощущений, переживаний и представлений женщины, связанных с формирующимся у нее образом беременности, на основе которого она строит свое поведение, направленное на адаптацию к своему состоянию [5].

Во время беременности у женщины формируется психологическая готовность стать матерью. В связи с этим Я-концепция беременной женщины претерпевает серьезные изменения. Задача психологов в этот период состоит в том, чтобы помочь женщине в формировании эффективной Я-концепции, где ее составляющие, такие как воля, чувства и мысли были бы скоординированы, сбалансированы и направлены на формирование позитивного мысленного, эмоционального и поведенческого аспектов в период формирования психологической готовности стать матерью. Роль матери занимает особое место в жизни женщины. В процессе формирования роли матери изменяются приоритеты ценностей, меняется представление о себе и окружающей жизни, меняются стереотипы поведения. Каждая женщина по-своему реализует эту роль. Многие зависят от традиций семьи, от стремлений и идеалов, приобретенных в процессе воспитания и обучения, а также от ее индивидуальных особенностей.

Для успешного выполнения роли матери необходимо постоянное развитие и самосовершенствование личности женщины и достижение индивидуальных особенностей, способностей, позволяющих сформировать соответствующий потенциал будущего ребенка. Самосовершенствование предполагает концентрацию психической и физической активности женщины для преодоления собственных недостатков, для поиска и реализации внутренних резервов [5].

Роль матери так или иначе зависит от разных функций, которые выполняет женщина и от состояний, в которых она может находиться. Для обеспечения правильного формирования роли матери у женщины должна быть сформирована

адекватная самооценка, также должен быть сформирован мотивационный компонент.

Материнская ответственность начинает рождаться у женщины при первом шевелении плода. Однако далеко не все женщины в состоянии самостоятельно справиться с задачей, выработать в себе ответственность за своего будущего ребенка. Для того чтобы изменить эту ситуацию, необходимо профессиональное сопровождение молодой семьи в период ожидания и рождения ребенка [25].

В современной психологии и психотерапии считается, что отношение женщины к процессу родов существенным образом влияет на их успешность, субъективное переживание боли во время схваток, а также отражает ее общее отношение к беременности, к будущему ребенку и к своей новой роли матери. Именно отношение к ребенку и к своей роли матери обуславливает отношение к родам.

Существуют различные мнения по поводу того, какое отношение к родам принимать за «оптимальное». В литературе описываются различные варианты отношения к родам: «сладостные роды», «роды без боли», «роды как второе рождение женщины», «роды как путь самореализации», «роды как активный творческий процесс». Однако исследований, в которых были бы проанализированы настроения женщины на определенное переживание родов, ее отношение к родам и их связь с успешностью материнства, проведено мало. В то же время некоторые авторы считают, что наиболее оптимальным вариантом является отношение к родам, которое можно выразить формулой: «роды — творческая работа». Большинство специалистов, работающих с беременными, готовят женщину к родам как к конечной цели, а не к тому, что роды это хоть и очень важный, но все-таки начальный этап во взаимоотношениях матери и ребенка. В результате такой позиции не дифференцируется отношение женщины к самим родам, к ребенку и к себе как к матери в целом [1, 5].

В этом случае женщина настроена на длительную работу, готова к переживанию боли, осознает, что в родах необходима ее активность, однако главным считает не сам процесс, а его результат — рождение ребенка. Чаще всего такое переживание родов в целом соответствует предварительным ожиданиям женщины. Именно этот вариант отношения к родам соответствует адекватному стилю переживания беременности и высокому уровню эмоционального благополучия ребенка. В этих случаях риск развития серьезных осложнений значительно снижается.

Вариантами отрицательного отношения к родам считаются отклоняющиеся от адекватного стиля переживания беременности и материнского отношения к родам. Эти варианты могут быть выражены следующими формулами: «незаслуженное наказание» (при эйфорическом настрое на роды); «страшная кара за грехи» (при тревожном отношении к беременности, низкой самооценке); «роды как искупление вины» (при амбивалентном отношении к беременности и ребенку); «недостаточно суровое наказание» (характерно для женщин, отказывающихся от ребенка); «кошмар и позор, которые необходимо забыть» (при настрое на роды, как способ самореализации); «рядовое, малозначительное событие» (при игнорирующем отношении к беременности и к ребенку). В этих случаях чаще всего обнаруживается несоответствие ожиданий и реальных переживаний в родах. На практике, как правило, встречаются различные сочетания данных вариантов отношения женщины к родам. Тем не менее, тенденция к определенному виду всегда будет присутствовать. Задача психологов заключается в том, чтобы вовремя выявить ту или иную модель поведения женщины для определения правильного направления коррекционной работы [7].

На психический статус беременных большое влияние оказывают социально-психологические и индивидуально-психологические факторы. Изучение закономерных связей психических и соматических факторов в формировании тех или иных психологических состояний у беременных женщин является одной из главных задач психологов, работающих в этой области.

С целью оценки психосоматического статуса были обследованы 92 беременные с патологическим прелиминарным периодом. Из них 67 первородящие и 25 повторнородящие женщины. Возрастная группа женщин была от 18 до 38 лет. Женщины не имели бытовых и профессиональных вредностей. Экстрагенитальные заболевания были выявлены более чем у половины обследуемых женщин. Определялся уровень психоэмоционального напряжения в период третьего триместра беременности и непосредственно при развитии патологических прелиминарных схваток. Из наиболее часто встречающихся проявлений астеновегетативного характера отмечались раздражительность, апатия, плаксивость, тревога за предстоящие роды, нарушение сна, повышенная утомляемость, снижение памяти и внимания.

Таким образом, можно сделать вывод, что у пациенток с патологическим прелиминарным периодом изначально повышен уровень психоэмоционального напряжения и его коррекция является одним из путей снижения патологии в родах [7].

Рождение первого ребенка является кризисным периодом в семейной жизни для обоих супругов. Появление нового члена семьи влечет за собой перераспределение обязанностей, изменение личностных ориентаций и предпочтений. Острее воспринимаются материально-бытовые проблемы, чаще возникают конфликты между супругами и их родителями. Молодые родители часто бывают плохо подготовленными к рождению первенца: женщины не готовы принять на себя новую роль матери, а зачастую просто не умеют ухаживать за новорожденным, а отцы не в состоянии помогать своим женам и оказывать морально-психологическую поддержку. Как показывает практика беременные, ожидающие рождение первенца, в течение первого года после родов нуждаются в социально-психологической помощи [25].

В молодых семьях, где возраст женщины не превышает 25 лет, отмечается наибольшее число незапланированных беременностей. В возрасте до 25 лет происходит социальное утверждение молодых семей: получение образования, овладение профессией, поиск места работы. Девушки и молодые женщины стремятся завоевать устойчивое социально-экономическое положение, независимое положение (в том числе и от отца будущего ребенка) и лишь потом планируют рождение ребенка. Незапланированная беременность при отсутствии психологической готовности к материнству создает в большинстве случаев кризисную ситуацию [8].

Если беременность является основным поводом для вступления в брак или для совместного проживания, то в этом случае возникает целый ряд проблем: материальные, жилищные, бытовые, прекращение учебы, перспектива потери места работы. Также обостряются такие психологические проблемы, как неготовность молодых супругов к рождению ребенка и сложные взаимоотношения с родителями [10, 25].

После рождения ребенка появляются новые проблемы: вынужденное ограничение женщины семейными рамками, материальная зависимость женщины от родителей или от мужа, неопытность в уходе за ребенком, физическая усталость.

Возникающая при беременности гестационная доминанта вызывает не только физиологическую перестройку в организме матери, но и влияет на ее эмоциональное состояние. В результате беременные становятся более ранимыми, чувствительными к стрессовым воздействиям, у них легче развиваются невротицические реакции. Особую проблему представляют ситуации, когда сама беременность становится психотравмирующим фактором [9].

Особенного внимания заслуживают беременные женщины в несовершеннолетнем возрасте.

Беременность в этот период связана с большим количеством стрессовых факторов психологического, социального и физиологического характера, нарушающих формирование гестационной доминанты и процесс адаптации. Беременность и роды у таких женщин в условиях их физиологической, психологической и социальной незрелости достаточно часто протекают с большим количеством осложнений и представляют значительный риск как для женщины, так и для ребенка. Поиск эффективных путей профилактики медицинских и психологических проблем у беременных женщин является актуальной задачей данных специалистов. Однако даже самое благополучное течение беременности и исход родов не решают всех проблем, поскольку несовершеннолетние беременные женщины имеют низкий уровень качества жизни, меньшие социально-экономические перспективы, а их дети отличаются низкими показателями здоровья. Желанная беременность тоже может сопровождаться рядом психологических проблем. В ряде случаев желание женщины забеременеть обусловлено стремлением исправить нарушенные межличностные взаимоотношения. Как правило, послеродовой период у таких женщин сопровождается тяжелым депрессивным состоянием и вспышками немотивированной агрессии на окружающих и даже иногда на своего ребенка. Безусловно, психологическая подготовка беременных женщин к родам является очень важным этапом, но проводимые с этой целью занятия должны учитывать индивидуальные особенности каждой женщины. Психологическая подготовка должна включать в себя не только групповые, но и индивидуальные занятия. Кроме того, зачастую требуется работать также с членами семьи беременной женщины. Несовершеннолетние женщины нуждаются в специальных занятиях по особому плану, поскольку их базовый уровень знаний по обсуждаемым вопросам находится еще на низком уровне. Помимо общей подготовки к родам, психоэмоциональное состояние юных беременных может потребовать психокоррекции и психотерапии (индивидуальной, групповой или семейной). Также существует проблема нежелания несовершеннолетних посещать занятия по подготовке беременных к родам. Это связано в основном с низким уровнем мотивации и с негативным психоэмоциональным состоянием несовершеннолетних беременных женщин [11, 25].

Однако не только подростки неохотно посещают занятия по подготовке беременных к родам и уходу за ребенком. В результате большинство молодых женщин оказываются неподготовленными к родам и не владеют элементарными навыками

ухода за ребенком. Существующая в настоящее время практика совместного пребывания матери и ребенка после родов при всех своих преимуществах не лишена недостатков. Женщины оказываются изолированными друг от друга и не имеют возможности обмениваться опытом друг с другом, а медицинский персонал в силу нехватки времени не в состоянии в полном объеме информировать всех родильниц о гигиеническом режиме, о поведении и правилах грудного вскармливания [11].

Из всех молодых женщин, которые прошли обследование по программе «Гармония материнства», 50 % молодых первобеременных женщин испытывали выраженную тревогу и страх в связи с предстоящими родами. 90 % беременных считают, что занятия по психопрофилактической подготовке к родам целесообразно проводить в родильном доме во время предродовой госпитализации. 95 % женщин выразили желание получить индивидуальную консультацию психолога. Основными принципами программы являются дифференцированный подход к ведению беременности и родов, психопрофилактическая подготовка женщины к родам и адаптация ее к роли матери с учетом ее индивидуальных особенностей, мотивации к деторождению, межличностных взаимоотношений и социально-экономических условий жизни семьи [25].

С наступлением беременности многие женщины отмечают изменения самочувствия, выражающиеся в раздражительности, плаксивости, повышенной утомляемости, изменении аппетита, тошноте, сонливости в течение дня. Также у беременных женщин часто появляются тревожные расстройства. Тревога является фундаментальным эмоциональным состоянием, присущим человеку в ситуации неопределенности и ожидания с непрогнозируемым исходом. Тревожное состояние субъективно характеризуется ощущением внутреннего напряжения с активацией реакций вегетативной нервной системы [12].

Определенный уровень тревоги имеет мобилизирующую функцию, при котором возникающее возбуждение необходимо для выполнения тех или иных задач. В данном случае представляют интерес прежде всего тревожные состояния у беременных, достигающие уровня психопатологических расстройств, имеющие связь с акушерской патологией и требующие срочной коррекции [13].

Для дифференцирования физиологической тревожной напряженности от тревожных расстройств невротического и психотического уровня можно рассмотреть несколько примеров, в которых описываются различные клинические проявления, характерные для каждого из этих

уровней. На физиологическом уровне чувство тревоги оценивается как внутренний дискомфорт, небольшое волнение, успешно подавляемое. В данном случае тревожное состояние возникает время от времени в субъективно значимых ситуациях. Целесообразная деятельность не нарушена.

В случае невротической тревожности во время беседы с беременной женщиной заметно, что она напряжена, насторожена, иногда вздрагивает, оглядывается. Речь несколько сбивчива, с запоминанием или излишней детализацией. Женщина высказывает мысли об опасности, неприятных событиях, ожидающих ее или семью в ближайшем будущем. Отмечается тремор рук, учащается пульс.

При тревожности психотического уровня отмечается резкое двигательное возбуждение, может быть беспорядочное метание, стремление убежать от ситуации. Иногда, наоборот, возникает «общая скованность» или полная обездвиженность (крайний вариант), зрачки расширены, кожные покровы бледные, холодный пот.

В последние десятилетия было выполнено немало работ по изучению уровня тревоги у беременных. Наиболее высокий уровень тревожности отмечается в первом и в третьем триместрах беременности и в послеродовом периоде. Повышение уровня тревожности в первом триместре связано с изменениями самочувствия в рамках астенического состояния в начале беременности (тошнота, рвота, нарушения сна и аппетита). К факторам, влияющим на повышение уровня тревожности в третьем триместре, относится эмоциональное негативное переживание будущих матерей в связи с субъективным ощущением внешней привлекательности, изменением формы тела, страхом перед родами, опасениями за исход беременности. Установлено, что независимо от срока беременности, наиболее интенсивное стрессовое воздействие оказывают тревожные опасения за здоровье ребенка, исход беременности в связи с наличием акушерских осложнений, семейные конфликты, и материально-бытовое неблагополучие [14, 15, 17].

Послеродовый период является временем повышенного риска развития невротических нарушений, в первую очередь, эмоциональных. Появление тревоги наряду с другими невротическими симптомами (депрессии, истерии, неврастении, расстройства ночного сна) формирует клиническую картину неврозов, невротических реакций, психопатии, психосоматических расстройств.

Одним из часто встречающихся нарушений в период беременности являются депрессии. Они различаются по степени выраженности. К невро-

тическому уровню относят реактивные депрессии и депрессивный невроз.

Симптомы невротической депрессии (печаль, расстройство сна, снижение аппетита, подавленность, усталость, раздражительность) проходят быстро. В данном случае эти симптомы вызваны отрицательными жизненными событиями, не носят стойкий длительный характер. Если депрессивные симптомы сильно выражены, длительны и глубоко переживаемы и возникли без видимых причин, то это свидетельствует о депрессии психотического уровня. Невротические депрессии проявляются такими симптомами, как частые смены настроения с тенденцией к снижению к вечеру. Часто снижение настроения сочетается с тревогой, с затруднениями засыпания, сон, как правило, поверхностный. Также отмечаются трудности при сосредоточении внимания, чувство усталости [15, 17, 19].

К наиболее часто встречающимся причинам развития невротических депрессий на ранних сроках беременности относятся супружеские и внутриличностные конфликты, связанные с сомнениями относительно целесообразности сохранения беременности, тяжелые утраты, выкидыши. На более поздних сроках беременности первостепенное психотравмирующее значение приобретают преждевременные роды и внутриутробная гибель плода.

Среди психологических факторов развития послеродовых невротических депрессий наибольшее значение имеют первые роды, предменструальный синдром в анамнезе, личностные особенности женщин, отделение ребенка от матери.

Высокая частота невротических расстройств среди первородящих женщин объясняется следующими причинами. Рождение первого ребенка несет огромные перемены в жизни женщины, связанные с целым рядом проблем: ограничением личной свободы ради ухода за ребенком, впервые полученный опыт родовых болей, тревога и ответственность за жизнь новорожденного, кормление, недосыпание. Большинство женщин нуждаются в повышенном внимании и поддержке для адаптации к своей новой роли матери.

Невротические депрессии в послеродовом периоде встречаются у 15–20 % рожениц, длятся в среднем 3–4 недели, и лишь у 5 % женщин отмечаются расстройства настроения длительностью до года. В отличие от депрессий дородового периода в клинической картине невротических депрессий послеродового периода наиболее часто встречаются переживания женщинами собственной ущербности, беспомощности, невозможности справиться с уходом за ребенком, а также опасения о его здоровье, ипохондрические идеи.

Суицидные мысли не отмечаются. Депрессивное состояние матерей неблагоприятно влияет на их взаимоотношения с младенцами. Женщины с депрессивными расстройствами по сравнению со здоровыми женщинами чаще испытывают противоречие или негативные чувства к детям, что затрудняет их общение, не позволяет матерям адекватно воспринимать новорожденных. Безусловно, женщины с послеродовыми невротическими депрессиями нуждаются в психологической помощи. Только здоровая мать может обеспечить чувство безопасности и доверия ребенка к окружающему миру [20].

Послеродовая депрессия чаще всего возникает у женщин с такими личностными чертами, как повышенная тревожность, ранее перенесенная послеродовая депрессия, а также у женщин, у которых в анамнезе имеются самопроизвольные аборты. Семейные дисгармоничные взаимоотношения являются одним из важных факторов, способствующих формированию послеродовых невротических депрессий. Чаще всего женщины жалуются на отсутствие сочувствия со стороны мужа, который «не разделяет ее заботы и проблемы»: «Он не понимает, как мне трудно. Он мне не помогает». Женщины чувствуют себя одинокими, беспомощными, лишенными поддержки. В ряде случаев внутриличностный конфликт может быть причиной семейной неудовлетворенности женщины. Разрешение этого конфликта требует психологической коррекции с участием всей семьи. Среди причин развития послеродовых невротических депрессий также большое значение имеют неблагоприятные социально-экономические условия. Причиной развития послеродовой депрессии у пациенток может стать бессознательное отвержение женской роли или амбивалентное отношение к материнству. Такое отношение возникает в результате воспитания без матери (например, из-за смерти матери, когда девушка еще не достигает подросткового возраста) или воспитание доминирующей, авторитарной, эмоционально холодной матерью.

Целью психокоррекции является помощь пациенткам в осознании своих внутриличностных проблем и их разрешении. В случае невозможности изменения психотравмирующей ситуации проводимое психокоррекционное воздействие позволяет женщинам изменить свое отношение к стрессорному фактору.

Сталкиваясь с психологическими проблемами, акушер, особенно начинающий, как правило, чувствует себя недостаточно подготовленным. Однако зачастую врач имеет больше возможностей психологического воздействия на пациентку, чем он использует [28].

Первым этапом в работе с беременной является правильно построенная беседа, которая устанавливает с ней доверительные отношения. Предоставляя женщине время для изложения ее жалоб, переживаний или истории болезни, нужно создать атмосферу для формирования контакта на основе сочувствия, сопереживания и заинтересованности. Следует учитывать, что женщины, даже догадываясь о психогенных причинах своего состояния, могут не высказывать их вслух. Часто они полагают, что врачи интересуются только гинекологическими причинами или считают психологические проблемы признаками слабости. Возможным опасением пациентки может быть страх, что врач не воспринимает жалобы на душевное состояние всерьез: «Доктор скажет, что все мои проблемы идут от моей головы». Все же в большинстве случаев пациентки не склонны связывать наличие акушерской патологии с психологическими факторами [18, 21–23].

Необходимо обращать внимание на мотивации деторождения. Для лечащего врача «сверхценное» желание беременной иметь ребенка («во что бы то ни стало») с настаиванием на медицинских вмешательствах может быть указанием на наличие внутрисемейного конфликта. В этих случаях деторождение, как правило, мотивировано не столько желанием реализовать материнское чувство, сколько потребностью исправить нарушенные отношения личности. Такая невротическая заинтересованность в сохранении беременности может сама по себе являться причиной угрозы прерывания беременности или способствовать ей наряду с другими факторами [16, 27].

В случае акушерских осложнений желательно рассказать пациентке о причинах, лечении и прогнозе данной патологии. Разъяснение, данное врачом, снижает уровень тревоги и эмоциональную напряженность, уменьшает масштаб переживаний пациентки, делает отношение женщины к патологии беременности более гармоничным, препятствует «уходу в болезнь». Такая беседа может привести к изменению поведенческих и эмоциональных реакций [24, 26].

Заключение

Беременные женщины нуждаются в квалифицированной помощи не только акушеров, но и психологов. Роль психологов должна заключаться в формировании психологической готовности беременной к родам. Не менее важно помогать женщине в формировании психологической готовности стать матерью. Особенно это касается первородящих женщин моложе 21 года. Заслуживают внимания также женщины, которые в прошлом имели негативный опыт беременности (выкидыш, внематочная беременность, аборт), а также жен-

щины, у которых предыдущие роды проходили с осложнениями. Эти категории женщин нуждаются в психологической помощи на протяжении всей беременности, а также в течение первого года после родов для предотвращения развития послеродовых невротических расстройств (депрессии, агрессии, тревожных состояний). В центрах планирования семьи очень важно оказывать психологическую помощь не только самой женщине, но и ее ближайшим родственникам, что позволит существенно повысить ее эффективность.

Литература

1. *Абрамченко В. В.* О психологической готовности женщины к родам / *Абрамченко В. В.* // *Абрамченко В. В.* Готовность организма к родам / *Абрамченко В. В.* — Л., 1978. — С. 32–35.
2. *Абрамченко В. В.* Психологическая, социальная и материальная поддержка беременности и родов / *Абрамченко В. В., Кабаев Р. С., Чикобаева Ф. Д., Мехи Н. Т., Мамедова С. К.* // *Репродуктивное здоровье общества: сб. науч. тр. членов Российской ассоциации перинатальной психологии и медицины.* — СПб., 2006. — С. 106–108.
3. *Абрамченко В. В.* Психосоматическое акушерство / *Абрамченко В. В.* — СПб.: Сотис, 2001.
4. *Абрамченко В. В.* Клиническая перинатология / *Абрамченко В. В., Шабалов Н. П.* — Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. — 424 с.
5. *Айламазян Э. К.* Акушерство / *Айламазян Э. К.* — СПб., 2003. — 494 с.
6. *Айламазян Э. К.* Неотложная помощь в акушерской практике / *Айламазян Э. К.* — СПб., 2003. — 320 с.
7. *Ананьев В. А.* Введение в психологию здоровья: учебное пособие / *Ананьев В. А.* — СПб., 1998. — 148 с.
8. *Ариас Ф.* Беременность и роды высокого риска: пер. с англ. / *Ариас Ф.* — М.: Медицина, 1989. — 656 с.
9. *Архангельский А. Е.* Патология нервной системы и беременность: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб.: ВМедА, 1999. — 46 с.
10. *Архангельский А. Е.* Психопатология беременности, родов и послеродового периода / *Архангельский А. Е.* — СПб., 2007. — 80 с.
11. *Брехман Г. И.* Психологические особенности женщин, прерывающих беременность / *Брехман Г. И., Лалочкина Н. П.* // *Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: материалы Российской конференции.* — СПб., Иваново, 2000. — С. 17–20.
12. *Брутман В. И.* Влияние семейных факторов на формирование девичьего поведения матери / *Брутман В. И., Варга А. Я., Хамитова И. Ю.* // *Психол. журнал.* — 2000. — Т. 21, № 2. — С. 79–87.
13. *Важков А. Е.* Психологические типы отношения к беременности: материалы Всероссийской конф. / *Важков А. Е.* — Иваново, 2001. — С. 127–129.
14. *Гармашева Н. Л.* Критические периоды развития центральной нервной системы в раннем онтогенезе / *Гармашева*

- ва Н. П. // Архив анат., гистол., эмбриол. — 1988. — № 6. — С. 9–15.
15. Дашкев С. А. Психологические особенности женщин с угрозой прерывания беременности / Данилов С. А. // Матер. конф. «Экология земли — экология лона — экология земли». — Иваново, 1998. — С. 50–52.
 16. Изучение сознания при родах / Сливак Л. И., Вистранд К., Абрамченко В. В. [и др.] // Патология нервной системы у женщин репродуктивного возраста: сб. науч. трудов / ред. А. С. Деев. — Рязань, 1993. — С. 76–78.
 17. Каллум И. Б. Психическая травма при беременности / Каплун И. Б. // Актуальные вопросы патологии репродуктивной функции: сб. материалов научно-практической конференции. — СПб., 2006. — С. 29–47.
 18. Коваленко Н. П. В добрый путь к успешным родам / Коваленко Н. П. — СПб.: ИПТП, 2005. — С. 107–112.
 19. Коваленко Н. П. Психологический практикум / Коваленко Н. П. — СПб.: ИПТП, 2005. — С. 8–15.
 20. Коваленко Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов / Коваленко Н. П. — СПб.: СПбГУ, 2001. — С. 99–107.
 21. Коваленко Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: перинатальная психология, медико-социальные проблемы / Коваленко Н. П. — СПб., 2001.
 22. Коган И. Ю. Оценка функционального состояния плода при беременности и в родах / Коган И. Ю., Полнян А. А., Павлова Н. Г. // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2003. — Т. LI, Вып. 2. — С. 110–115.
 23. Пророкова В. К. Клиническая характеристика психозов в раннем послеродовом периоде // Пророкова В. К., Мясникова Г. П., Архангельский А. Е. // Акуш. и гин. — 1980. — № 7. — С. 40–41.
 24. Прохоров В. Н. Психомоциональное состояние женщин при физиологической и осложненной беременности / Прохоров В. Н., Абрамченко В. В. // Перинатальная психология и медицина: сб. материалов конференции по перинатальной психологии. — СПб., 2001. — С. 176–178.
 25. Психика и роды / ред. Айламазян Э. К. — СПб.: Яблочко СО, 1996 — 120 с.
 26. Рыжков В. Д. Профилактика и лечение неврологических расстройств у женщин до и в период беременности / Рыжков В. Д. — СПб.: Знание, 1995. — 32 с.
 27. Смолышко Л. Ф. К вопросу о послеродовых психозах / Смолышко Л. Ф. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1974. — Т. 74, № 7. — С. 1025–1029.
 28. Skoblo G. V. One depression for two / Skoblo G. V. Baz L. L. // Maternity. — 2000. — Vol. 3/5. — P. 86–88.
- Статья представлена О. Н. Аржановой
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург
- EMOTIONAL DEVIATIONS IN PREGNANT WOMEN
LEADING TO POST-PARTUM DISORDERS
- Lashmanov B. V.
- **Summary:** This article review current literature regarding emotional and behavioral deviations in pregnant women which may lead to development of post-partum neurotic disorders. Special attention is paid to the psychological readiness of pregnant woman to the labor and to the maternity. Detection of emotional and behavioral deviations and it is timely psychological correction may aid in reducing of post-partum neurotic disorders, especially in first-bearing women before 21 years old.
- **Key words:** emotional deviations; post-partum neurotic disorders; psychological unreadiness to labor and to maternity

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Gabriela Hovorková
Název katedry a fakulty:	Katedra slavistiky, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Název práce:	Komentovaný překlad odborného textu z oblasti těhotenství
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Zdeňka Vychodilová, CSc.
Počet znaků (včetně mezer):	95 298
Počet titulů použité literatury:	21
Klíčová slova:	odborný text, odborný překlad, termín, překladatelské transformace, těhotenství, psychika

Tato bakalářská práce je zaměřena na překlad odborného textu z oblasti těhotenství. Cílem práce je adekvátní překlad odborného textu a jeho následný translátologický komentář zabývající se aplikací teoretických poznatků na překládaný odborný text s poukázáním na podobnosti a odlišnosti mezi ruským a českým jazykem. Práce je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola představuje definici českého a ruského odborného stylu, jeho společné rysy pro tyto jazyky a následné zařazení překládaného odborného článku. Druhá kapitola se zabývá uvedením odborného překladu a úloze překladatele. Třetí kapitolou je samotný překlad odborného textu. Následující čtvrtá kapitola obsahuje definici odborné terminologie, uvedení adekvátního překladu termínů a analýzu problematické terminologie. Pátá kapitola představuje překladové transformace a jejich podrobnější rozdělení na formální a sémantické transformace. Pomocí transformací poukážeme na odlišnosti vniklé překladem. Součástí práce jsou dvě přílohy sestávající z rusko-českého glosáře a originálu textu.

ANNOTATION

Name and Surname:	Gabriela Hovorková
Name of the Department and the Faculty:	Department of Slavonic Studies, Faculty of Arts
Name of the bachelor thesis:	The annotated translation of a scientific text from pregnancy
Bachelor Thesis Supervisor:	doc. PhDr. Zdeňka Vychodilová, CSc.
Number of Signs:	95 298
Number of Titles of the used Literature:	21
Keywords:	scientific text, scientific translation, terminology, translation, transformations, pregnancy, psychology

This bachelor's thesis is focused on translation of scientific text from pregnancy. The aim of this thesis is adequate translation of the scientific text and the subsequent translational commentary focused on the application of theoretical findings to the translated text and pointing out differences as well as similarities of Czech and Russian languages. The thesis is divided into five chapters. The first chapter introduces definition of Czech and Russian scientific style, its mutual characteristics for these languages and the following classification of the translated scientific text. The second chapter states scientific translation and the role of translator. The third chapter is composed of the translated scientific text from pregnancy. The following fourth chapter consists of definition of the professional terminology, the introduction of adequate translation of terminology and the analysis of problematic terminology. The last fifth chapter states translational transformations and its detailed division on formal and semantic transformations. Using these transformations, we state differences between these languages. The Russian-Czech glossary and the original text are listed in the Annexes.