

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014–2016

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Veronika Kříčková

**Možnosti využití kognitivně behaviorální terapie
v edukačním procesu žen v období šestinedělí**

Praha 2016

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2014-2016

DIPLOMA THESIS

Veronika Kříčková

**The potential use of cognitive behavioural therapy to
educate postpartum women**

Prague 2016

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1. 3. 2016

Jméno autorky

Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce Doc. PhDr. Jaroslavu Veteškovi, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá využitím psychoterapeutické metody kognitivně behaviorální terapie v edukačním procesu u žen v šestinedělí. V práci jsou propojena teoretická východiska a empirická data. V praktické části je provedeno kvalitativní dotazování. Rozhovory, které byly se ženami provedeny, se zejména zaměřily na to, jaké informace ženy nejvíce postrádaly a které naopak ocenily. Cílem práce je vytvoření návrhu vzdělávacího programu pro tuto cílovou skupinu.

Klíčová slova

edukace, informace, kognitivně behaviorální terapie, poradenství, psychoterapie, porod, stres, šestinedělí, úzkost, vzdělávací program

Annotation

The aim of the thesis was to investigate the use of the psychotherapeutic method of cognitive behavioural therapy in educating women during puerperium. The thesis combines theoretical and empirical data. The practical part of the thesis analyses results of screening questionnaires obtained from 10 postpartum women. The main aim of these screening interviews was to identify the type of information the women lacked and what information they identified as beneficial. The final part of the thesis proposes an educational programme that would educate and help postpartum women.

Keywords

Anxiety, birth, cognitive behavioural therapy, counselling, education, educational programme, information, psychotherapy, puerperium, stress

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SOCIÁLNÍ ANDRAGOGIKA	11
1.1 Socializace a sociální učení	12
2 CHARAKTERISTIKA PORADENSTVÍ	14
2.1 Poradenství jako součást rehabilitace	15
2.2 Forma poradenské činnosti	16
2.3 Oblasti poradenské činnosti	17
2.4 Metody a cíle poradenství	18
2.5 Poradenský proces a jeho průběh.....	19
3 ZÁKLADNÍ PRINCIPY PSYCHOTERAPIE	22
3.1 Základní principy kognitivně behaviorální terapie	23
4 PSYCHICKÉ ZMĚNY V OBDOBÍ ŠESTINEDEŘLÍ	26
4.1 Poporodní splín.....	27
4.2 Poporodní deprese	28
5 INFORMACE O KOJENÍ	30
6 TECHNIKY KBT U ŽEN V ŠESTINEDEŘLÍ	34
6.1 Edukace o strachu a úzkosti.....	34
6.2 Kazuistika úzkostné kojící ženy	37
6.3 Průběh terapie	37
6.3.1 Bludný kruh	39
6.3.2 Behaviorální metody	41
6.3.3 Kognitivní metody	43
PRAKTICKÁ ČÁST	52
7 METODOLOGIE VÝZKUMU	52
7.1 Hlavní cíl a výzkumné otázky	52
7.2 Výzkumná metoda	53
7.3 Technika přípravy a sběru dat.....	53
7.4 Výzkumný vzorek.....	54
7.5 Etika výzkumu	56
7.6 Analýza dat	56
7.7 Zpracování rozhovoru.....	56

7.8	Shrnutí rozhovorů	64
8	NÁVRH VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU PRO ŽENY V OBDOBÍ ŠESTINEDELI.....	66
8.1	Cíle vzdělávacího programu	66
8.2	Základní údaje o vzdělávacím programu	66
8.3	Forma a metody vzdělávacího programu.....	67
8.4	Stručná charakteristika jednotlivých modulů.....	70
8.5	Organizační a lektorské zajištění vzdělávacího programu	75
8.6	Výstupy, hodnocení vzdělávacího programu.....	76
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	79
	SEZNAM ZKRATEK	83
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

Přínos andragogiky spočívá v řešení problémů lidí pomocí učení a vzdělávání. Jako věda zkoumá teorii a praxi učení, vzdělávání dospělých a oblast poradenství a péče o dospělé jedince. Významnou součástí andragogiky představuje sociální oblast, kterou se zabývá sociální andragogika. Zaměřuje se na edukaci a reedukaci dospělých v sociálním kontextu. Autorka se zaměřila na oblast, která je jí velmi blízká, neboť již devět let pomáhá ženám v období šestinedělí. Pracuje s nimi psychoterapeutickou metodou kognitivně behaviorální a úspěchy jsou značné. U některých žen stačilo empatické naslouchání, podpora vydržet s kojením a i to, že se mohly někomu vypovídat, promluvit si. Ve většině případů měly ženy málo informací o tomto období, nevěděly, co se s nimi děje. Nedostatečné informace v nich vyvolávalo úzkost, stres a strach, že jsou špatné matky.

S ohledem na charakteristiku psychoterapie i na její prostředky, k nimž zejména patří rozhovor, slovní i neverbální komunikace, úprava prostředí, denního režimu i aplikované a reedukační techniky je zřejmé, že s poradenstvím, které je zaměřené na pomoc člověku ve zdravotních, sociálních, školních a jiných problémech, spolu úzce souvisí. Jedním z důvodů je i to, že základním cílem poradenství je zábrana a eliminace tvorby sekundárního handicapu. V Anglii i z těchto důvodů již od roku 2000 přejmenovali Britskou společnost pro poradenství na Britskou společnost pro poradenství a psychoterapii. Psychoterapie a poradenství je jednou z cest, jak pomáhat lidem překonat jejich problémy, objasnit příčiny problému tak, aby se člověk sám mohl rozhodnout, jak s nimi dále naloží.

V dnešní době existuje velké množství literatury a jiných zdrojů týkajících se informací pro těhotné ženy. Většina autorů zaměřuje pozornost zejména na průběh těhotenství, přípravu k porodu a na samotný porod. Velmi málo literatury se soustřeďuje na období šestinedělí. Skoro se zdá, že se nikomu o tomto zvláštním období v životě ženy-matky nechce informovat. Zvláště o psychických stavech, které mohou nastat právě v tomto období i po něm.

Většina lidí považuje období po porodu za nejhezčí v životě ženy. Od ženy se očekává, že bude šťastná, naplněná blažeností nad dítětem. Bude si vychutnávat mateřství. Ve většině případů je opak pravdou. Ženy jsou unavené, vystrašené a mají pocit, že selhaly jako matky. Stydí se za to, že to chtěly jinak.

Tato práce je propojení teoretických východisek a empirických dat. Rozhovory, které byly se ženami provedeny, se zejména zaměřily na to, jaké informace ženy nejvíce postrádaly a které naopak ocenily. Informace poskytnuté ve správnou dobu a vhodným způsobem mohou redukovat stres, jenž ženy často zbytečně prožívají. Cílem práce bylo vytvoření návrhu vzdělávacího programu pro tuto cílovou skupinu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ ANDRAGOGIKA

Sociální andragogiku Palán a Langer (2008) označují jako formu aplikace andragogické teorie, která se prosazuje hlavně v posledních desetiletích. Palán a Langer (2008, s. 61) vymezují sociální andragogiku jako „soubor teorií, strategií, zásad a pravidel zaměřených na orientaci, vedení, pomoc, péči a udržování osobnostních kompetencí člověka v sociálně tíživé situaci“. Dále Palán a Langer (2008) člení sociální andragogiku podle jejího intencionálního a funkcionálního působení na:

- intencionální aktivity: realizované institucionálně, orientované na interpersonální vztahy, pomoc dospělým a její péči o ně,
- funkcionální aktivity: zejména pak sociální učení a výchova, informální učení, celkové dotváření člověka,
- poradenská činnost (v individuální nebo skupinové formě),
- činnosti institucí sociální péče o dospělé,
- firemní vzdělávací aktivity a péči o lidské zdroje,
- charitativní a humanitární organizace (zde zahrnují například domovy se zvláštním režimem, kluby pro seniory, aktivity sociálních pracovníků, sociálních kurátorů, streetworkerů, mediačních a probačních pracovníků).

Průcha a Veteška (2014, s. 250) definují sociální andragogiku jako „*aplikovanou andragogickou disciplínu, která je zaměřen a na edukaci a reedukaci dospělých v sociálním kontextu. Zkoumá vztah mezi sociálním prostředím, sociální situací jedince a jeho edukačním potencionálem. Pomáhá integrovat jedince pomocí socializace a pomáhá jim prostřednictvím poradenství a vzdělávání řešit krizové a neočekávané životní situace. Systematicky je rozvíjena zejména na Slovensku.*“

Podle Határa (2009) sociální andragogika teoreticky i prakticky zpracovává otázky, jak formou sebevýchovy a sebevzdělávání zvýšit životní úroveň a kvalitu života dospělých,

případně ulehčit procesy adaptace na nové sociální, socio-kulturní a ekonomické podmínky, které současná doba přináší.

Perhács (In: Határ, 2009) jako cíl sociální andragogiky definuje zlepšování sociálních vztahů, především pak pomoc a vedení člověka k vytvoření plnohodnotných a kvalitních interpersonálních vztahů. Dále se jedná o pomoc a vedení při plnění sociálních rolí – role rodiče, manžela, manželky, otce, matky, přítele, člena rodiny, člena komunity, kolegy. Nelze také opominout pomoc při prohlubování komunikace vedoucí k partnerství a solidaritě. Podle Tokárové (In: Határ, 2009) se sociální andragogika zabývá specifickými možnostmi efektivního, edukačního, preventivního, terapeutického a reedukačního působení na dospělé jedince. Határ (2009) jako cíl sociální andragogiky jmenuje autoedukaci, rozvoj a kultivaci dospělého do maximální možné míry harmonizaci vzájemných vztahů. Dále eliminaci sociálních rozporů mezi člověkem a prostředím, předcházení nebo řešení běžných, ale i složitých životních situací, předcházení nebo samotné řešení již vzniklé defektivity. Sociální andragogika v sobě spojuje vědu o výchově dospělých i vědu o společnosti – sociologii. Z tohoto důvodu je zahrnuta v systému hraničních andragogických disciplín. A jedná se o humanitní vědu. Dále Határ (idem) uvádí, že vzhledem k tomu, že se společnost neustále vyvíjí, mění se hodnotový a normativní systém, životní styl lidí se modernizuje, rozšiřuje se oblast sociální patologie. Dále se zvyšuje vliv prostředků masové komunikace. V posledním období je zaznamenán trend stárnutí populace. Před sociální andragogikou tak neustále vynořují nové cíle, oblasti odborného působení, na které musí flexibilně a citlivě reagovat a postupně je integrovat do svého vědního systému.

Dle Vetešky (2015) na každého člověka působí mnoho sociálních vlivů, mezi které řadí ze sociálně andragogického pohledu osvětu, prevenci, vzdělávání, sociální práci a poradenství. Andragogika se z jeho pohledu jako vědní disciplína zabývá veškerými procesy, teorií učení a vzdělávání dospělých. Jako další podstatnou oblastí zájmu vidí poradenství.

2.1 Socializace a sociální učení

Pojem socializace má původ v latině, pochází z latinského pojmu socialis, tzn. sociální. Dle Vetešky (2016) znamená sdílení společenských pravidel, postojů, hodnot, zkušeností,

které jsou přenášeny z jedince na jedince, z generace na generaci. Díky socializaci se člověk stává od narození členem lidského společenství a osvojuje si pravidla hry. Prostřednictvím sociálního kontaktu s ostatními lidmi, člověk rozvíjí své sociální chování.

Úspěšným procesem socializace dochází k tomu, že člověk přijímá a ztotožňuje se sociálními rolami, hodnotami a normami. Socializace představuje proces celoživotní a složitý. Po dobu tohoto procesu se člověk do společnosti začlení, učí se v ní žít a fungovat. Základním principem socializace je osvojení vzorců chování, zvyklostí, komunikace, poznání ostatních lidí, poznání světa okolo, poznání hodnot, postojů, norem, rituálů, stereotypů a předsudků (Průcha, Veteška, 2014).

Socializaci můžeme chápat jako proces sociálního učení, který vždy probíhá v sociálních podmínkách, na rozdíl od individuálního učení, které probíhá úplně jinak. Těžištěm sociálního učení jsou postoje, vzájemné vztahy a sociální role. K sociálnímu učení dochází v sociálních podmínkách, sociálních situacích, ve vzájemné sociální interakci s ostatními lidmi (Veteška, 2016).

2 CHARAKTERISTIKA PORADENSTVÍ

Dryden (2008) uvádí, že poradenství je pomoc klientovi, aby žil, co možná nejvíce spokojeným životem. Měl by být osvobozen od omezujícího vlivu citové nepohody. Jakým způsobem bude poradce a klient směřovat k dosažení tohoto cíle, bude záviset na terapeutické orientaci poradců. Rozvíjející se vztah je proces od začátku do konce. Nejedná se o poskytování rad ani o vybízení klienta, aby jednal určitým způsobem. Základním pilířem poradenství, který by měl dobrý poradce mít, je touha klientovi pomoci. Je to stejné jako v kterékoliv jiné profesi, pokud není touha opravdová, klient to pravděpodobně velmi brzy vycítí a výsledky práce nebudou uspokojivé. Poradce své klienty nesmí odsuzovat a ani zneužívat. Poradce klienty přijímá a respektuje, pokud by vůči nim byl v negativním postoji, poradenství pravděpodobně brzy skončí. Poradce kromě touhy musí dokázat naslouchat a rozumět tomu, co klient sděluje. Empatický přístup je velmi důležitý. Dryden (2008) dokonce uvádí, že pokud chceme porozumět člověku, měli bychom jednu míli ujít v jeho botách. Poradenství vyžaduje pohled na svět očima klienta, jako kdyby poradce šel skutečně v jeho botách. Také se uvádí, že pokud chceme pochopit člověka s jeho problémy, měli bychom se dívat na jeho ruku, která je k nám otočená dlaní, tak, abychom viděli jeho nehty. Klient se vždy musí cítit pochopen, jinak je úspěch poradenství ohrožen. Poradce musí být také schopen toto empatické porozumění předat klientovi. Je to klíčová dovednost, kterou uznávají všechny formy poradenství.

Baštecká (In: Novosad, 2009, s. 99) definovala poradenství jako *„proces, při kterém profesionál poskytuje druhému člověku (páru, rodině, skupině) ve vztahu partnerské spolupráce při řešení problému informace, rady, vedení a podporu přiměřeně k (nepříznivé) životní situaci člověka a jeho životním cílům a potřebám tak, aby se zlepšila schopnost jedince (páru, rodiny, skupiny) se ve své životní situaci orientovat a na základě využití vlastních sil a zdrojů okolí ji co nejlépe řešit nebo přijmout rozhodnutí, včetně přijetí zodpovědnosti za důsledky svého rozhodnutí“*.

Poradenství je základním kamenem pomoci klientovi ve všech pomáhajících profesích, tak aby byl aktivní k řešení svým potíží a problémů.

Novosad (2000) uvádí, že specifickým typem poradenství jsou telefonické služby, které mají charakter krizové intervence. Tu definujeme jako psychoterapeutickou pomoc poskytovanou v krizových situacích.

Poradenství představuje vztah, vzájemnou interakci a komunikaci mezi klientem a poradcem základními předpoklady poradenské činnosti. K jejím prostředkům patří rozhovor, slovo, gestikulace, mimika, mlčení, úprava prostředí, situace klienta, výcvik poradce a motivace klienta (Novosad, 2009).

Matoušek (2013, s. 103) definuje: „*poradenství jako jednu z cest, jak pomáhat lidem překonat jejich problémy, jak objasňovat jejich osobní cíle a jak jich dosahovat*“.

2.1 Poradenství jako součást rehabilitace

Novosad (2009, s. 90) uvádí definici rehabilitace dle Světové zdravotnické organizace (WHO) jako „*souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do společenského prostředí a do života*.“ Ta vede k získání klientovy co možná největší nezávislosti. Novosad (2009) dále uvádí, že jde o kombinované a koordinované využití všech léčebných, vzdělávacích, sociálních, psychologických a profesních prostředků k tomu, aby byl klient schopen se o sebe postarat. Jedná se o klienty s jakýmkoliv postižením ať již smyslovým, tělesným, psychickým, kombinovaným nebo jiným druhem postižení. Vzhledem k jejímu komplexnímu propojení používá se pojem ucelená či komplexní rehabilitace. Ta tvoří široký oborový rámec.

Ucelená rehabilitace dle Novosada (idem) zahrnuje tyto vzájemně se prolínající složky:

- léčebná, zdravotnická rehabilitace- patří sem reparace, medikace, fyzioterapie, inhalace, ergoterapie, výběr, úpravy a nácvik používání kompenzačních pomůcek,
- psychologická rehabilitace – patří sem individuální a skupinová psychoterapie, aplikovaná psychoterapie, trénink psychosociálních dovedností, nácvik

efektivního sebeprosazení a komunikace s druhými, podpora pro řešení problémů v mezilidských vztazích i sebepojetí člověka s postižením,

- sociální rehabilitace – patří sem socioterapie, komunitní a případová sociální práce,
- pedagogická rehabilitace – sem řadíme reedukace, kompenzace, vytváření vzdělávacích plánů a jejich realizace, celoživotní vzdělávání pro dospělé,
- rodinná rehabilitace – patří sem podpora, obnova a náprava rodinných vztahů postiženého, pomoc těmto rodinám,
- pracovní rehabilitace- sem řadíme například profesní přípravu, kariérové poradenství,
- volnočasová rehabilitace – ta se zaměřuje na zájmové, sportovní a kulturní vyžití, sebevzdělávání.

Jako neoddelitelnou součástí ucelené rehabilitace je považováno právě poradenství. Podle Novosada (2009) bez koordinované týmové poradenské činnosti nelze zaručit provázanost, ucelenost a komplexnost jednotlivých oblastí ucelené rehabilitace.

Novosad (2009, s. 100) také definuje speciální poradenství jako „*komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně, jejichž primární znevýhodnění (nemoc, postižení, porucha, dysfunkce) má dlouhodobý (chronický) či trvalý charakter a jimž hrozí vznik sekundárního.*“

2.2 Forma poradenské činnosti

Novosad (2009) rozlišuje tyto formy poradenské pomoci:

- vedení, informování (guidance): má podpůrný, výchovný, osvětový charakter, je orientovaná převážně na větší skupinu klientů, poskytuje klientovi informace k tomu, aby byl schopen vyřešit svůj problém, předávání poznatků je většinou jednosměrné (přednáška, instruktáž...).
- poradenství v užším smyslu (counselling): vede klienta k hlubšímu náhledu na jeho problém, možné příčiny a možnosti řešení tohoto problému. Důležitá je zde

interakce, obousměrná komunikace, individuální diagnostika, terapeutická intervence. Vyžaduje vyšší kvalifikaci a má za cíl dosažení kladné změny v klientově situaci. V psychologické oblasti se blíží psychoterapii.

- konzultační činnost: jedná se o odborné porady poskytované jinému odborníkovi v rámci péče o klienta.

2.3 Oblasti poradenské činnosti

Dle Novosada (2009) je každá poradenská činnost samostatná a zároveň má společný základ s dalšími poradenskými a terapeutickými aktivitami. Zvláště pak poradenství speciální se dotýká a prolíná do všech různých směrů poradenské pomoci (osobnostního, etického, vzdělanostního, právního, ekonomického, zdravotního aj.).

Novosad (idem) uvádí tyto způsoby poradenské pomoci:

- lékařské poradenství – vztahuje se na specifika určitého onemocnění, s tím související úprava životosprávy a životního stylu klienta,
- psychologické poradenství a psychoterapie – jejich specifickými formami mohou být například partnerské poradenství, rodinná terapie, krizová intervence,
- pedagogicko-psychologické poradenství – řeší problémy špatného školního prospěchu, poruch učení, studijní a profesní poradenství, výchovné poradenství,
- speciálně-pedagogické poradenství – řeší zabezpečení komplexní výchovy a vzdělávání dětí a mládeže se zdravotním postižením či znevýhodněním,
- profesně-kariéerní poradenství - orientované na volbu vhodné profese s ohledem na možnosti člověka, poradenství v nezaměstnanosti, poradenství v oblasti rekvalifikace,
- sociálně-právní poradenství – vztahující se na sociální zabezpečení, bydlení, orientace v sociální politice, zaměstnávání,
- technicko-kompenzační poradenství – zabývající se doporučením a úpravou ortopedických a kompenzačních pomůcek pro osoby s tělesným, smyslovým

a komunikačním postižením, bezbariérovými úpravami vnějších a vnitřních prostor, dostupností dopravy,

- pastorační činnost – duchovní pomoc v nesnázích na základě křesťanské etiky či jiné věrouky,
- resocializační poradenství a kurátorská činnost – pomoc lidem propuštěným z výkonu trestu či ústavního ochranného léčení,
- mediace – nestranná pomoc lidem, kteří by jinak nedosáhli dohody či smíru a to mimosoudní cestou.

2.4 Metody a cíle poradenství

Poradenství využívá dle Novosada (2009) tyto metody:

- anamnestické (dále dělené na osobní, rodinnou a sociální anamnézu),
- analýzy výsledků činnosti (zejména rozbor výtvorů, prací, výrobků),
- metody zaměřené na studium dokumentací (pocházejících z různých institucí),
- metody sociálního šetření (používané nejčastěji v sociální práci),
- metody terapeutické (také nazývané jako nápravné nebo regulační)
- metody preventivní

Cílem poradenství je pomoc klientovi v jeho těžké situaci. Cíle Novosad (2009) dělí do tří skupin:

- nejobecnější cíl je dosažení u klienta zdraví v součinnosti s jeho sociálním prostředím. Sem se zahrnuje například stabilizace manželství, začleňování osamělých lidí, vytvoření sociálních vztahů a rozvoj osobnosti.
- speciální cíl je dosažení požadované změny v sociálním prostředí. Metody a postupy, které se používají k dosažení tohoto cíle, například jsou rozhovor, zajištění následné péče, věcná, organizační opatření a přímá opatření.
- individuální cíl je již konkrétní opatření pro daného klienta. Bere se zde v úvahu podpora klientových kompetencí a vedení k samostatnosti, posílení jeho psychosociálních dovedností.

2.5 Poradenský proces a jeho průběh

Jako základní dělení poradenského procesu vidí většina autorů v navázání vztahu, intervenci a ukončení procesu spolupráce.

Mc Mahon (In: Matoušek, 2008) definuje a dělí přístup řešení problému takto:

- navázání vztahu,
- sběr informací, popis problému, s kterým klient přichází a jeho zhodnocení,
- stanovení cíle, plán jednotlivých kroků k jeho naplnění,
- konkrétní řešení uskutečněním intervence a smíření se s případnou nemožností řešit některé složité situace,
- závěrečná evaluace průběhu spolupráce a její zakončení.

Navázání vztahu

Podle Matouška (2008) je podstatou první fáze poradenského procesu navázání vztahu. Zde platí pravidlo zásadní důvěry, aby klient uvěřil, že poradce má upřímný zájem vyřešit jeho problém. Nedůvěra klienta ve směru k poradci negativně ovlivní vyřešení celé situace. Obsahem je myšleno slovní sdělení, informace, které klient sdělil. Ty se vážou na osoby, situace z jeho života. Při sdělování informací dochází k vyjadřování pocitů a emocí. Emoce jsou patrné z jeho tempa řeči, očního kontaktu, výrazu tváře, z toho jaké má držení těla, výrazu jeho tváře, tónu hlasu, z verbálního projevu, zda je schopen držet se tématu.

Dle Matouška se (2013, s. 108) „*obsah a průběh často spojují a poradce obsah klientovi parafrázuje a sumarizuje, aby se přesvědčil, že jde o totéž chápání klienta a jeho situace.*“ Pokud se stane, že se obsah a průběh neshodují, záleží na poradci, jaký způsob řešení zvolí. Klient by měl mít vždy v průběhu procesu pocit, že vše směřuje ke kladnému vyřešení jeho problému.

Poradenská intervence

Mezi metody intervence Matoušek (2008) řadí například hraní rolí, modelové situace, nácviky žádoucího chování, nácviky zvládání různých dovedností a situací, například

zvládnání stresu, úzkosti, partnerský rozkol. Při každé poradenské intervenci se poradce může potýkat s různými překážkami. Mezi nejčastější řadí:

- absence náhledu na své jednání a chování nebo na jednání a chování druhých,
- zkreslené sebehodnocení způsobené vnitřními stereotypy,
- zkreslené sebepojetí,
- absence realistického odhadu a nemožnost určit příčiny životních událostí klienta,
- nerelevantní odhad rizik a zisků důsledků jednání,
- zúžené tzv. „tunelové“ vidění,
- problémy s rozhodováním a řešením problémů,
- absence sebekontroly.

Závěr poradenského procesu

Závěr poradenského procesu je jako fáze rozhodující. Tato konečná fáze ukazuje, zda byla spolupráce klienta a poradce úspěšná a zda si klient vybral cíl a cestu jak tohoto úspěchu v řešení jeho problému dosáhnout. Klient se rozhodne pro určité řešení a poradce musí toto jeho rozhodnutí respektovat a motivovat jej k jeho realizaci. Jak již bylo zmíněno, poradce musí být empatický. Musí se umět vžít do klientových emocí, které toto rozhodnutí provází. Klient často při rozhodování o řešení prožívá negativní emoce a cítí se ohrožen, zejména proto, že mění dosavadní navyklé vzorce chování a nové řešení je pro něj zdrojem nejistoty a úzkosti. V tuto chvíli je úkolem poradce i poskytnutí psychické opory. Postupným posunem řešení ke kladnému výsledku pak nabývá klientovo sebevědomí a zvyšuje se jeho sebedůvěra a roste pocit vnitřního sebeuspokojení.

Matoušek (2013, s. 109) zdůrazňuje, že „*nikdy není vhodné ukončit styk s klientem náhle, bez postupného přechodu k jeho samostatnějšímu a správnějšímu rozhodování*“.

Výsledky celého procesu se dostávají pozvolna, je úkolem poradce na to klienta připravit. Klient by měl být také připraven na postupné odpoutání se od poradce a být veden z jeho strany k čím dál větší samostatnosti.

Dle Drydena (2008, s. 106) je „*posledním úkolem poradce během procesu propracování pomoci klientům, aby se každý stal sám sobě poradcem. Je-li poradenství opravdu účinné,*

klienti nejen dosáhnou svých cílů, ale z celého procesu si rovněž odnesou ponaučení, jak si sami pomoci v budoucnu“.

3 ZÁKLADNÍ PRINCIPY PSYCHOTERAPIE

Podle Praška a kol. (2007) psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, tělesnými reakcemi, emocemi a chováním. Kratochvíl (2002) charakterizuje psychoterapii jako léčebné působení psychologickými prostředky, jejichž působení je záměrné a plánovité. Mezi tyto prostředky řadí například rozhovor, neverbální chování, učení, vytvoření terapeutického vztahu. Psychoterapie ovlivňuje nemoc, poruchu nebo anomálii, je působením na psychiku a jejím prostřednictvím na celý organismus. V průběhu terapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta.

Na psychoterapii lze nahlížet z různých pohledů. Lze ji dělit na direktivní a nedirektivní, symptomatickou a kauzální, podpůrnou a rekonstrukční. V psychoanalytickém pojetí lze psychoterapii rozlišit na odkrývající nebo zakrývající. Psychoterapii můžeme provádět formou sezení individuálního, párového, skupinového.

Psychoterapie pomáhá porozumět, co se s člověkem děje, když má problémy, a učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a problémy. Ukazuje, jak si poradit se snížením různé úzkosti a získat dovednosti, které mohou do budoucna zabránit v tom, aby se obavy znovu objevily.

Dynamická psychoterapie pracuje s minulými zážitky a nevědomými procesy a jejich vlivem na současnost. Kognitivně behaviorální psychoterapie pracuje s nácvikem a upevněním žádoucího chování a myšlení. Humanistická psychoterapie se soustředí na rozvoj vnitřního prožívání a naplnění životního smyslu (In: Kříčková, 2011, s. 13).

Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví (Vymětal, 2004).

3.1 Základní principy kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie vznikla kombinací přístupu dvou psychoterapeutických směrů, behaviorálního a kognitivního. Dle Matouška (1999) kognitivně behaviorální terapie představuje přístup kombinující zřetel na klientova poznávací schémata se zřetelem k jeho chování. Má-li být změněno klientovo chování, je třeba změnit i jeho nazírání na situaci, v níž se nalézá.

Praško a kol. (2007) charakterizuje základní rysy kognitivně behaviorální terapie:

- krátká, časově omezená, trvá od 1 do 20 sezení v délce 1-1,5 hodiny,
- strukturovaná a direktivní, sezení má předem dohodnutý program, terapeut funguje jako expert a je v této roli aktivní, postupně přenáší odpovědnost na klienta a jeho aktivita se snižuje,
- otevřená aktivní spolupráce je základem vztahu mezi terapeutem a klientem, terapeut poskytuje klientovi veškeré informace, vysvětluje terapeutický postup, je vnímavý a bere vážně klientova slova, nesnaží se s klientem manipulovat, sděluje skutečně to, co si myslí, od klienta očekává aktivní přístup k řešení jeho problémů, tím, že bude sdělovat své myšlenky, emoce, zážitky a bude chtít vyzkoušet nové myšlenkové postupy, byť to bude zpočátku znamenat zvýšení emoční nepohody,
- je edukativní, to je typické pro tento směr její edukativní zaměření,
- vychází z teorie učení, kdy každý terapeutický postup je podložen teorií, cíleně a řídí se podrobnou analýzou zjištěných potřeb a problémů klienta,
- soustředí se na přítomnost, i když podstata problému vznikla v minulosti, hlavní důraz v terapii je na řešení současného stavu a na odstranění faktorů, které problém udržují,
- zaměřuje se na konkrétní, skutečné problémy, usiluje o jednoznačné pojmenování, například neoznačí problém klienta jako „sociální fobie“, ale popíše jej, že klient není schopen vystoupit před skupinou lidí a hovořit,
- stanovuje si konkrétní, funkční cíle, formulace cílů je stejně jako formulace problémů konkrétní a praktické a musí být možné určit, zda jich bylo dosaženo,

- zaměřuje se na pozorovatelné a vědomé snaží se držet především neoddiskutovatelných faktů, tedy faktů, na nichž se shodne více nezávislých pozorovatelů, vyhýbá se obtížně prokazatelným spekulacím, vychází při formulaci svých hypotéz o příčinách problémů z toho, co je přímo pozorovatelné a vědomé,
- zaměřuje se na konkrétní změny v životě, na změnu jeho chování na jeho nově naučené způsoby chování a zvládání problémů mezi sezeními, klient plní tzv. domácí úkoly, nikoliv, jak se mění jeho chování při sezení, účinnost terapie se hodnotí pomocí hodnotících škál, které okamžitě a zcela přesně zjistí, jestli se klient v terapii posunul,
- je vědecká, sbírá konkrétní fakta, měří častost, délku a intenzitu závažnosti problémového chování, vytváří hypotézy, které následně empiricky prověřuje. Myšlenky jsou chápány jako hypotézy, jejichž platnost je třeba prozkoumat a ověřit v praxi,
- cíl představuje soběstačnost klienta, který nové dovednosti získá díky pravidelnému procvičování a úspěšně tak díky zvládnutí obávané situace zvyšuje pocit vlastní zdatnosti, po úspěšné terapii již terapeuta nepotřebuje.

Terapeut podrobně analyzuje klientovy příznaky a problémy. Následně vede terapii tak, jak bude určitému klientovi vyhovovat. Terapie je proto tzn. „šitá na míru“. V léčbě se postupuje po jednotlivých krocích, které na sebe logicky navazují.

Praško a kol. (2007) charakterizuje základní kroky:

- úvodní orientační vyšetření,
- podrobnější vyšetření formou KBT doplněné měřením pomocí příslušných škál a dotazníků,
- celková analýza problému, jeho formulace a stanovení cílů,
- tvorba terapeutického plánu,
- splnění terapeutického plánu,
- konec léčby.

Psychoterapie ženy v šestinedělí pomáhá hlouběji porozumět, co se děje s ženou v tomto období. Edukuje ji, jakým způsobem zacházet s příznaky a problémy v životě, jak snížit různé úzkosti. Edukace je dle Průchy a Vetešky (2014, s. 93) „*vyjadřuje veškeré situace, při nichž probíhají nějaké edukační procesy, tj. dochází k nějakému druhu učení (záměrnému i bezděčnému)*“.

Psychoterapie trénuje také dovednosti, které mohou do budoucna zabránit v tom, aby se její obavy znovu objevily. Psychoterapeut je odborník, který je schopen se vcítit do toho, co žena v tomto období prožívá. Má zkušenosti a odborné znalosti, které mu umožňují co nejlépe jí pomoci. Pomůže ženě ujasnit si, co a proč prožívá. Z čeho vycházejí její příznaky a co je dále udržuje. Je to zkušený průvodce, pod jehož vedením se žena otevírá a dochází pak k její vnitřní proměně. Psychoterapeut pomáhá v tom, aby se změnila sama. Nikdo nemá tu moc změnit někoho druhého, proto psychoterapeut neléčí, ale jak již bylo zmiňováno, doprovází při léčbě. Psychoterapeut nedokáže nikoho zachránit, může mu pomoci, aby se zachránil sám.

4 PSYCHICKÉ ZMĚNY V OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ

Již v průběhu celého těhotenství probíhá v mysli ženy psychická příprava na porod, o kterém, pokud již rodila, něco ví a pokud se jedná o prvorodičku, tak je zahalen do tajemství. Je důvodem nervozity, obav, nespavosti, neustálého přemýšlení, zejména v posledních týdnech před očekávaným termínem porodu. Dobu těsně po porodu označujeme jako období šestinedělí (puerperium). Okamžitě po porodu se mísí únava a vyčerpání s pocity štěstí a chtění si užívat první kontakty s dítětem. Žena prožívá velmi ambivalentní pocity, které většinou přetrvávají po celé šestinedělí. Pařízek (2005) uvádí změny, které se staly v těle těhotné ženy, odeznívají a tělo se v průběhu šestinedělí pozvolna vrací do původního stavu. Probíhající změny lze zařadit do tří skupin:

- hojí se poranění vzniklá během porodu,
- pohlavní orgány a celý organismus se vrací do stavu před otěhotněním,
- nastupuje kojení.

Klimová a kol. (1998) uvádí, že v průběhu celého těhotenství, během porodu a v šestinedělí probíhají v psychice ženy výrazné změny. Ty mají svou příčinu v intenzivních hormonálních změnách, spojených s těhotenstvím, porodem a laktací. Hormonální změny vedou ke zvýšené celkové citlivosti v oblasti prožívání ženy, může se zdát až k přecitlivělosti. Zvýšená citlivost ženy je velmi potřebná a účelná. Ženy jsou vyladěny na stejnou míru citlivosti, jakou má jejich novorozené dítě. To jim pak společně umožňuje dobře navázat s dítětem kvalitní citovou vazbu. Citlivost ženám slouží i pro lepší dekódování signálů, které dítě vysílá, k dobré komunikaci a dorozumění s dítětem, k lepšímu poznání dítěte.

Jak již bylo uvedeno, žena bývá v prvních dnech po porodu velmi unavená. Uvědomí si, že do jejího již zaběhnutého života vstupuje péče o dítě. Některé ženy toto popisují jako „mám pocit, že v mém životě nyní vybuchla atomová bomba“. Řada žen se obává, zda se své role zhostí dobře a zda ji zvládne. Vedle radosti z miminka mívají i stavy sklíčenosti, nejistoty a skleslosti. Bývají často velmi plačtivé bez zjevné příčiny. Jak uvádí Pařízek (2005), mnoho lidí nenapadne, že po porodu může žena pociťovat i jiné emoce, než ty

pozitivní a šťastné. Celá rodina se raduje z nově narozeného přírůstku a nikdo si moc nepřipouští, že matka, která právě dítě porodila, prožívá velice silné hormonální změny. Tyto mohou vygradovat až v poporodní splín. Ještě donedávna, byl poporodní splín-blues považován, za výmysl rodiček. Dnes se již nebagatelizuje a nebere se na lehkou váhu. Dle Chmela (2005) jsou nejčastější příčiny poporodního splínu hormonální výkyvy, vyčerpávající a komplikovaný porod, nečekaný císařský řez, partnerské problémy, nedostatek spánku, starosti v rodině, zdravotní problémy dítěte a pocit uvědomění si, že již žena nemá na starosti jen sama sebe.

4.1 Poporodní splín

Dle Pařízka (2005) na rovnováhu hormonů mohou působit zážitky z dětství, manželské problémy nebo finanční potíže. V těhotenství se produkují hormony, které se jinak vůbec nevytvářejí nebo jen v minimálním množství. To, jak žena bude reagovat na poporodní stav, neovlivní to, zda dítě bylo plánované a zda se na miminko těšila, či nikoliv. Po porodu tělo vytváří a vylučuje jiné látky než v těhotenství, z důvodu toho, že placenta, která tyto hormony produkovala, již v těle není. V placentě se vytvářel progesteron-uklidňující hormon, a estrogen, který udržoval těhotenství ve správném stavu. Po porodu poklesne hladina těchto hormonů, a to pod úroveň než před těhotenstvím. Ženský organismus se musí přizpůsobit velké hormonální změně. Jedná se o náročný proces a každá žena se s tímto vyrovnává jinak. Přichází ještě poslední etapa, ve které se začínají tvořit hormony, které působí na zavinování dělohy a tvorbu mléka, oxytocin a prolaktin. Některé ženy mohou při porodu ztratit velké množství krve, po císařském řezu nebo jiné komplikaci, to všechno pak působí negativně na psychiku ženy. Celkově to pak způsobí, že se žena ocitá ve skutečně výjimečném psychickém stavu. Příznaky poporodního splínu se mohou projevat takto:

- náhlý, ničím nevysvětlitelný výbuch pláče,
- únava, vyčerpání, apatie,
- nechutenství, nauzea,
- žaludeční a střevní potíže,
- nervozita, úzkost,

- pocity viny, žena si myslí, že je špatná, nejhorší a neschopná matka, může být i pocit zlosti na sebe sama,
- pocity osamělosti.

Poporodní splín většinou ženy po několika dnech zvládnou a příznaky zmizí. Obvykle trvá nejvýše dva týdny. Většinou pomůže velká podpora rodiny a partnera. V některých případech však může splín přetrvávat ještě několik týdnů, i měsíců. Pak se již nedá přisuzovat porodu, jedná se totiž již o poporodní depresi. Příznaky, které na tuto poporodní depresi upozorňují, jsou: poruchy nálady, depresivní myšlenky, strach, který je až paralyzující, depresivní chování, tělesné příznaky (silné, svalové napětí, které někdy vede až ke strnulosti), poruchy spánku, apatie a odmítání kojení, vnitřní i vnější odmítání dítěte a kontaktu s ním, nenávisť k sobě samé, nechuť k sexuálnímu životu (Pařízek, 2005).

Poporodní deprese jsou oproti poporodnímu splínu psychiatrickou poruchou. Mohou se projevit již v průběhu těhotenství. Pokud jde o dlouhodobější stav, který ženě brání v normálním fungování, měla by navštívit odbornou pomoc.

4.2 Poporodní deprese

O'Connor et al. (2016) provedli analýzu publikovaných studií zabývajících se problémem diagnózy a léčby depresí v těhotenství a šestinedělí. Autoři zjistili, že screeningové dotazníky poskytované ošetřujícím personálem s cílem identifikace deprese u těhotných a šestinedělních žen snižují samotné riziko vzniku depresí zvláště pak v šestinedělí. Je to dáno tím, že se problém včas podchytí. Výsledky této analýzy navíc poukazují, že léčba deprese metodou KBT u těhotných a šestinedělních žen významně snížila remisi deprese u těchto žen, ve srovnání s tradičními metodami léčby. Informovanost žen o možných problémech a jejich včasné podchycení je velmi důležité. Stav informovanosti žen v šestinedělí se autorka podrobně věnuje v praktické části této práce.

Slabá poporodní deprese negativně ovlivňuje duševní stav matky, má však nepříznivé důsledky i pro rozvoj vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem. Dle Larousse (1995) některé studie ukazují, že matka, která trpí poporodní depresí, se často k dítěti chová tak,

že je k němu méně citlivá, v řeči k němu je méně laskavá a méně na dítě zaměřená. Toto pak může mít negativní důsledky pro další psychický vývoj dítěte. V tuto dobu je velmi důležitá podpora její rodiny, popřípadě pohovor s lékařem či psychologem. Je také důležité, aby žena pochopila, že tyto pocity nejsou nikterak neobvyklé. Dalo by se říci, že jsou normální. Téměř všechny matky mají několik dnů po porodu potíže s poporodními emocemi. Je dobré, aby své pocity vyjádřila, bude pak snazší jí pomoci.

5 INFORMACE O KOJENÍ

Kojení dítěte mateřským mlékem představuje mnoho nenahraditelných výhod. Jedná se především o výhody zdravotní, psychologické, vývojové, sociální, výživové, imunologické a ekonomické. Tělesným kontaktem ženy a dítěte po porodu se vytváří pevné citové pouto. To je důležité pro další psychický a sociální vývoj dítěte. Kojení přináší novorozenci první sociální kontakt. Jednou ze základních potřeb dítěte je výživa. Současná věda považuje přirozenou výživu mateřským mlékem za nejlepší. Kojení je součástí Národního programu podpory zdraví a součástí preventivních programů pro 21. století.

Optimální doba výlučného kojení je doporučována po dobu 6 měsíců. V současné době je možné začít s příkrmy od pátého měsíce. Jejich časnější zavedení snižuje riziko výskytu alergie nebo nesnášenlivosti lepku.

Faktory, kterými zdravotníci nejvíce ovlivňují úspěch kojení, shrnuje Deset kroků k úspěšnému kojení vydaných WHO/UNICEF:

- *„mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení,*
- *školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie,*
- *informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení,*
- *umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu,*
- *ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí,*
- *nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů,*
- *praktikovat roaming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně,*
- *podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu),*
- *nedávat kojenným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.,*

- *povzbuzovat zakládání dobrovolných matek pro podporu kojení (breast-feeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice“ (Deset kroků k úspěšnému kojení, 2016).*

Dle Klimové a kol. (1998) se úspěšnost kojení odvíjí od zdravotního stavu matky. Celkový zdravotní stav ženy má tři základní úrovně:

- biologickou úroveň: tělesné zdraví ženy (ovlivněné aktuálním nebo chronickým onemocněním, celkovým stavem organismu),
- psychologickou úroveň: psychické zdraví ženy (ovlivněné vědomými procesy-prožíváním, emocemi, myšlením, učením, pozorností, ale i nevědomými procesy-potlačené potřeby, přání, pudy, instinkty),
- sociální úroveň: sociální zdraví ženy (ovlivnění partnerskými vztahy, vztahy v rodině, ekonomickými a bytovými poměry, celkovou atmosférou, komunikací a interakcí v okolí),
- někdy se hovoří i o duchovní úrovni: má dimenzi spirituální a náboženskou a ovlivňuje tělesné, psychické i sociální zdraví.

Každá výše zmiňovaná úroveň ovlivňuje nejen celkové zdraví matky, ale i úspěšnost nebo neúspěšnost kojení. To naopak zpětně ovlivňuje celkové zdraví matky i jednotlivé úrovně zdraví. Vše, co se děje na biologické, psychologické a sociální úrovni zdraví, má ve svém důsledku vliv na kojení. Žena, která kojí bez problémů je v dobrém psychickém i tělesném stavu a toto pozitivně ovlivňuje i její tři úrovně. Pokud se ženě kojení nedaří, i přes odbornou pomoc a kojit chce, je pak žena smutná, skleslá, nervózní, její komunikace se zhoršuje. Celkově se cítí, že selhala jako matka. Má pocit, že je špatná matka. Toto negativně ovlivňuje i její tři úrovně.

Dle Klimové a kol. (1998) psychika ovlivňuje všechno, co se v našem těle děje. Člověk se však může naučit svou psychiku do určité míry ovládat. Těhotenství a doba po porodu je dobrá příležitost k osobnostnímu růstu každé matky, ale i otce. Žena by si měla věřit, měla by být klidná, vyrovnaná a v dobré náladě. Měla by se učit zvládat následky případných stresů, kterým se může v běžném životě těžko bránit. Měla by své obavy, úzkosti, nálady, strach a nejistotu sdělovat, nikoliv je potlačovat a popírat. Měla by se je

učit rozpoznat a přijímat jako normální a hlavně by s nimi měla naučit pracovat. Všechno, to co matka prožívá, ovlivňuje její průběh těhotenství, porodu i kojení.

Dále Klimová a kol. (1998) uvádí, že špatný tělesný stav mění i psychický stav ženy a ten ještě více zhorší stav tělesný. Žena se začne chovat jinak i v oblasti sociální. Například v komunikaci začne být lítostivá až plačtivá. I přesto, že žena je správně somaticky ošetřena, ale například personál v nemocnici se k ní chová netrpělivě až neosobně. Je proto velmi důležité neopomíjet již v nemocnici pozitivní psychickou podporu a nepřehlédnout špatný psychický stav ženy. Nepřehlédnout její úzkost a strach. Je důležité ženě včas sdělit a vysvětlit všechny informace o ní a jejím dítěti. Chovat se k ní vlídně a jednat s ní trpělivě. Velmi důležité je dát ženě pocit důvěry, bezpečí a citovou podporu. Mnoho žen se o své dítě bojí, jsou velmi citlivé nejen na to, co jim personál sdělí o dítěti, ale jak jim to sdělí. Je velmi důležitá pozitivní aserce, uklidnění a slova povzbuzení. Personál by se měl vyvarovat nevhodných forem komunikace a neporušovat Deset kroků k úspěšnému kojení, protože tím pak nepříznivě zasáhnout do biologické, psychologické nebo sociální úrovně, která ovlivňuje kojení. Pokud ani optimální komunikace a interakce s ženou nikam nevede a její stav se nelepší, pak je namístě pomoc psychologa či psychoterapie.

Kepák a kol. (1998) zdůrazňují také vliv rodinného života v prvních týdnech po porodu. Aby žena zvládla svoji mateřskou roli, potřebuje mít dostatek sil, odpočinku, pochopení a pomoc od svého okolí. V této době, je velmi významná také rodičovská role muže. I muž prožívá po stránce emocí dosud nepoznaný zmatek rozdílných pocitů, přes radostné vzrušení, pýchu, obavy o ženu i dítě, vyčerpání, lítost nad tím, že dosud bezstarostný společný život je pryč. Pocity muže jsou velmi ambivalentní, často se muž cítí odstrčený a nedůležitý. Žena věnuje všechnu svou pozornost a energii péči o dítě. Zbývá jí pak málo času na sebe i partnera. Dochází také k přerušení sexuálního života, což posiluje pocit ztráty intimity, dotyků a laskání. Je nutné, aby si i přesto vše, našli jak muž i žena čas sami na sebe.

Podle Pařízka (2005) je po porodu u žen sexuální touha dlouhodobě snížena, někdy může chybět zcela. To je dáno vysokou hladinou hormonu prolaktinu, který chuť na sex snižuje. Dále dochází ke změně životního stereotypu, s příchodem dítěte se mění dosavadní návyky celé rodiny. V neposlední řadě roli hraje i změna psychiky u ženy. Doporučováno

je, aby manželé neomezovali nesexuální dotyky, objetí a polibky. Toto je obzvláště významné v době, kdy jeden z partnerů po sexu netouží. Právě tím, manželé předejdou riziku, že tento sexuální nesoulad ohrozí jejich doposud dobře fungující vztah. Právě tyto problémy, mají velmi významný vliv na psychickou pohodu ženy, včetně průběhu samotného kojení. Ženy se často za tento stav stydí a obávají se o něm otevřeně hovořit.

6 TECHNIKY KBT U ŽEN V ŠESTINEDĚLÍ

Práce si neklade za cíl podat vyčerpávající přehled metod užívaných v KBT. Uvádí pouze takové, které jsou relevantní k tématu.

6.1 Edukace o strachu a úzkosti

V terapii začínáme nejprve tím, že poučíme klientku o rozdíl mezi úzkostí a strachem. Každý člověk v životě cítí někdy z něčeho strach nebo úzkost. Strach má konkrétní příčinu, které se bojíme. Oproti úzkosti, která je neurčitá, člověk se cítí stísněně, aniž by věděl proč. Podle Nakonečného (1997) úzkost představuje pocit hrozby, která nemá konkrétní předmět nebo zdroj. Dle Atkinsonové (2004) strach patří mezi základní primární emoce spolu se smutkem, radostí, vztekem, důvěrou, znechucením, překvapením a očekáváním.

Strach je pro člověka i užitečný. Chrání ho před nebezpečným jednáním, vyvolává v něm respekt z nebezpečných nebo méně nebezpečných situací. Je tedy zcela normální mít strach. Představuje jednu emoci z mnoha jiných. Úzkost je normální reakce na nebezpečí nebo na stres a působí člověku problémy jen tehdy, když je nepřiměřeně silná vzhledem k vyvolávající situaci nebo trvá příliš dlouho. Pak je potřeba terapeuticky pracovat.

Úzkost a strach jsou adaptivní emoce. Dále během procesu edukace poučíme klientku podrobně o tom, co je úzkost. Úzkost slouží přípravě na možnou nekonkrétní nebezpečnou situaci, strach pak k okamžité reakci organismu ve chvíli, kdy se nebezpečí objeví. Slouží k zachování života v nebezpečných situacích. Různé psychologické pokusy prokázaly, že člověk podává nejlepší výkon, když se cítí mírně úzkostný. Úzkost sama člověku neškodí. Nezpůsobuje mu tělesné ani psychické poškození, ale pokud ji člověk nedokáže mít pod kontrolou, může mu život znepříjemnit. Nadměrná úzkost pak může způsobit, že je pro člověka velice obtížné přemýšlet a dělat i ty nejbanálnější věci. Člověk se sklonem k úzkostným reakcím se často navíc obává, že se přestane zcela ovládat, že ho jeho strach zcela přemůže a že začne panikařit. Jeho tělesné reakce (například červení) se pak objevuje i v běžných nenáročných situacích. Pak se jedná

o přecitlivělost ke strachu a úzkosti. Kvůli tomuto strachu se následně vyhýbá činnostem, které v něm tento pocit strachu vyvolávají. Jakmile se však člověk začne určitým věcem nebo situacím vyhýbat, velmi rychle si dané chování osvojuje. Tím vzniká začarovaný kruh, kdy člověk cítí úzkost, a kvůli tomu přestane dělat věci, které v něm úzkost vyvolávají. To v něm vyvolává pocit, že by je nezvládl, proto se jim stále častěji vyhýbá a přestane je často provádět úplně. (In: Kříčková, 2011)

Složky tohoto začarovaného bludného kruhu klientce vysvětlíme:

- tělesné pocity- somatické napětí, ztížené a zrychlené dýchání, třes, pocení, bušení srdce, nauzea, nucení na stolicí, teplo v žaludku, knedlík v krku,
- myšlenky- přesvědčení a představy, které si říká pro sebe, mohou to být myšlenky, které si vztahují k obávané situaci- jsem špatná matka, nezvládnou to,
- emoce- strach, lítost, vztek,
- chování- to, co udělá, jak se zachová, když se ocitne v situaci, která v ní vzbudí úzkost. Například vyhýbání se úzkostným situacím, pláč, zmatkování v zátěžové situaci.

Jak již bylo uvedeno, strach patří mezi emoce. Atkinsonová (2004) uvádí složky emocí:

- subjektivní prožitek emoce,
- vnitřní tělesné reakce, zejména ty, na kterých se podílí autonomní vegetativní systém,
- kognitivní hodnocení, že se odehrává pozitivní nebo negativní událost,
- výraz obličeje,
- reakce na emoci,
- tendence k jednání.

Emoce vznikají vzájemným působením všech uvedených složek. Když prožíváme intenzivní emoci, jakou je strach, můžeme si uvědomovat mnoho tělesných změn, například zrychlený srdeční pulz, dýchání, pocení, pocit sucha v ústech v krku, třes končetin, pocit žaludku jako na vodě (Skutilová, 2016).

Všechny tyto změny určuje sympatický nervový systém. Autonomní systém ovládat nelze. Má dvě složky s opačným účinkem, sympatikus a parasympatikus. Sympatikus

aktivuje, mobilizuje síly. Jedním z jeho pradávných využití bylo v průběhu reakce boj nebo útěk. Parasympatikus lze přirovnat k systému klidu, kdy tělo regeneruje, odpočívá, zotavuje se po předchozím vyčerpání (Skutilová, 2016).

Příběh pravěkého lovce (Skutilová, 2016, s. 90)

„Představte si člověka pravěkého, který si musel potravu pro sebe a rodinu obstarat lovem. Šel lesem, sám, poslouchal, jestli neuslyší nějaké podezřelé zvuky... co se dělo v jeho těle? Pracoval sympatikus, tělo se připravovalo na boj nebo útěk, podle toho, co bude třeba v případě střetnutí se s možným útočníkem nebo divokým zvířetem. Srdce bilo jako o závod, rychleji dýchal, aby do zásoby okysličil svaly, aby byly dostatečně silné v případě potřeby útěku. Zúžily se mu zornice pro možnost lepšího vidění. Krevní oběh soustředil krev do svalů, naopak trávicí ústrojí zásobil jen nezbytně nutným množstvím. Pravěký člověk se také více potil, a to z jednoho prostého důvodu. Jeho sympatikus jej chránil v případě útoku nějakého predátora, kluzkou zpocenou paži je totiž možné jen velmi obtížně uchopit. Ruka zato velmi snadno vyklouzne a pravěký člověk má tak příležitost se vysmeknout a utéct. Tělo si samo zajišťovalo ochranu všemi možnými prostředky, např. také zvýšením krevní srážlivosti v případě poranění.“

Na příkladu s pravěkým lovcem je zřejmé, že sympatikus dnešnímu člověku pracuje stejně jako pravěkému člověku. V situaci, kterou vyhodnotíme jako nebezpečnou nebo ohrožující, vládu nad naším tělem přebírá sympatikus. Myšlenky, emoce ovlivňují chování, chování zase naopak myšlenky nebo emoce. Úzkost je nutná pro přežití, protože nás připravuje, abychom dokázali zvládnout situace ohrožení a stresu. Reakce „boj nebo útěk“ se říká reakci na ohrožení. Tato reakce se vyvinula jako okamžitá odpověď na stres. Za normálních okolností pomine, jakmile nebezpečí zmizí. Pokud se tato reakce nezastaví a přetrvá delší dobu, začne být viděno všechno v negativním světle. Zde je na místě klientku uklidnit, že prožívaná úzkost neznamena, že se „zblázní“. Podrobně se s ní probere její bludný kruh úzkosti. Pečlivě se proberou všechny jeho složky a také spouštěč, který rozjede její bludný kruh úzkosti. Myšlenky, které ji zaplaví a vyvolají nepříjemné emoce, které se projeví v tělesných reakcích a kruh se pak uzavře nepřiměřeným chováním. Velmi nutné je také upozornit ji, že obávané myšlenky jsou normální.

6.2 Kazuistika úzkostné kojící ženy

Eva má tříletého syna a nyní tříměsíční dceru, je vdaná. Před mateřskou dovolenou pracovala jako učitelka. Sděluje, že již v porodnici zjistili malé šelest na srdci, to Evu tak vystresovalo, že měla pak problémy s kojením. Malá se špatně přisávala. Stále myslela na to, jak se jí to srdíčko spraví. Na jiné věci se nedokázala soustředit. Doma se to zlepšilo, manžel pomáhal. Holčička byla oproti synovi velmi klidná a spavá, za což Eva byla ráda. Problém nastal, když se jí nechtěla otáčet hlavičkou na druhou stranu a lékařka jí napsala doporučení na neurologii. Eva začala hledat na internetu dostupné informace a zjistila, že by malá také nemusela chodit a že může být zcela odkázaná na pomoc druhých. Došla k závěru, že dcera je těžce postižená a že péči o ni nezvládne. Začala mít problémy s laktací. Dcera se nechtěla přisávat, musela proto odstříkávat a malé to dávat stříkačkou. Bylo to pro ni hrozné. Stále odsávala i v noci. Eva byla nevyspalá, do toho malou stále pozorovala a na neurologii měli volno až za tři týdny. V tomto stavu přišla za terapeutkou. Byla již přesvědčená, že porod byl špatně vedený, a proto má dcera tyto problémy, měla pocit, že se i dusila, i když ve skutečnosti tomu tak nebylo. Eva skoro nejedla, nespala, bylo jí stále špatně. Trpěla již silnými úzkostmi, s kterými by si bez pomoci terapie neporadila. Sama si neuměla pomoci, přiznala, že její jednání je iracionální. Ale pochybnosti byly silnější a byly posilovány argumenty, které si našla na internetu.

6.3 Průběh terapie

Terapii nelze začít bez alespoň orientačního vyšetření. Terapeut se tak seznamuje s problémem, se kterým za ním žena přichází. Shrnuje a opakuje, co mu žena sdělila a dává najevo, že jejím problémům rozumí.

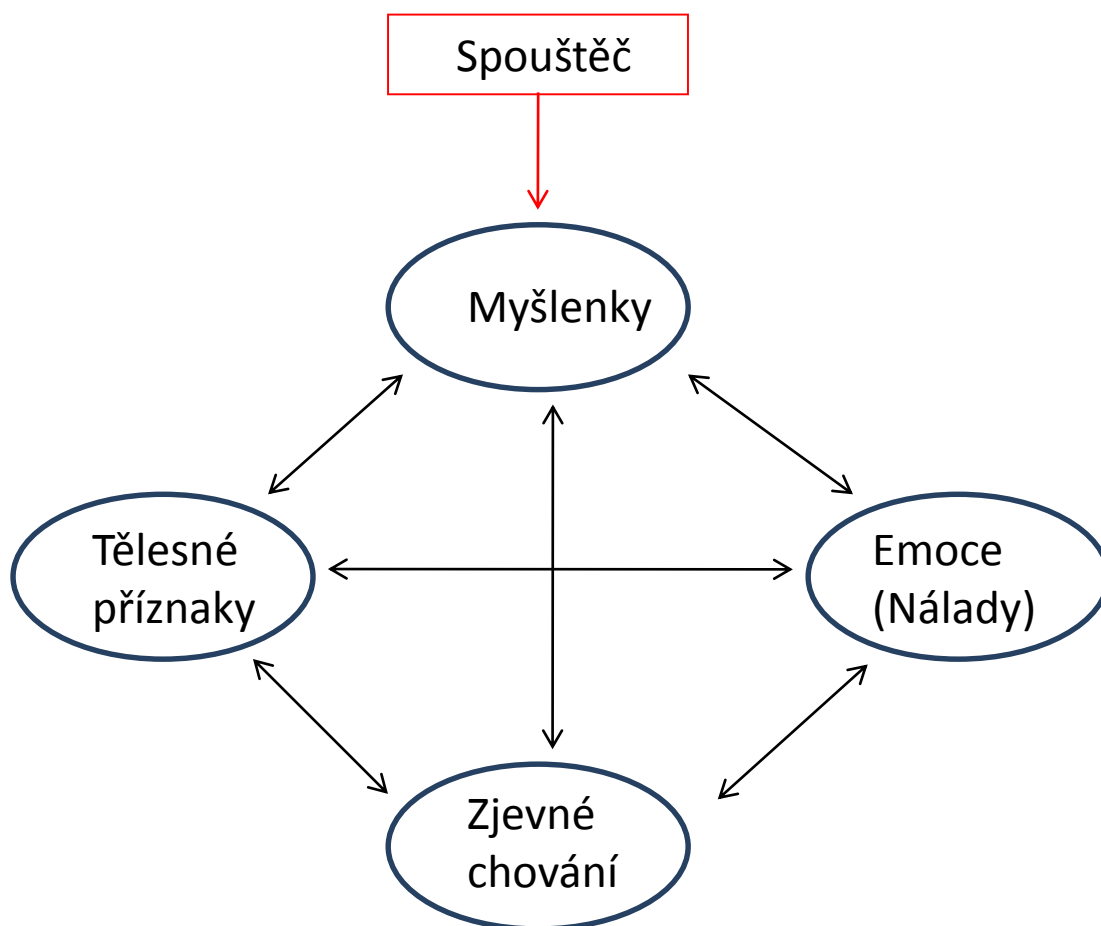
„Pokud Vás, Evo, dobře chápu, trápí Vás nyní nutkavé myšlenky, že je dcera vážně nemocná. Cítíte se nyní často bezmocná a napadá Vás, zda je vůbec nějaká šance to změnit....“

Terapeut zjišťuje jednotlivé projevy, které se s problémem pojí – co v souvislosti s problémem klientka dělá, jaké má myšlenky, představy a tělesné projevy, jaké má

emoce a jak se při tom chová. Společně to nakreslí do tzv. bludného kruhu, který demonstruje, jak spolu jednotlivé složky souvisí. Greenberger a Padesky (2003) uvádějí, že naše myšlenky určují, jaké emoce budeme prožívat. Hned, jak se emoce objeví, je doprovázena dalšími myšlenkami, které ji podporují a upevňují. Čím je emoce silnější, tím silnější bývají i myšlenky. Platí zde přímá úměra. V praxi to znamená, že jakmile si již před kojením žena například říká, že to zase nepůjde, že dítě se nebude chtít přisát, bude se pak cítit i tělesně v nepohodě a roztáčí se spirála bludného kruhu. Je pak skoro jisté, že kojení se zcela jistě nezdaří. Žena z toho bude nešťastná, bude mít výčitky, že selhala jako matka, bude cítit beznaděj, bezmoc.

Názorně si nyní na příkladu Evy ukážeme její bludný kruh.

6.3.1 BLUDNÝ KRUH



Obr. 1: Bludný kruh

K jednotlivým položkám v bludném kruhu je třeba přiřadit informace, které klientka, v tomto případě Eva uvádí.

- spouštěč: holčička se nechce otočit na pravou stranu,
- myšlenky: „Je určitě postižená“, „Co budu dělat“, „To nezvládnou“.
- emoce: strach, lítost, vztek, beznaděj, bezmoc,
- tělesné příznaky: palpitace, sevření žaludku, bolest na žlučníku, průjem, nauzea, pocení, nespavost.

- chování: Neustále malou pozoruje, připadá jí, že není v pořádku, stále je na internetu a hledá různé odkazy, kde se píše o predilekci, nemůže vůbec spát, jak na to myslí i v noci a přemýšlí jak se o ni, co by postiženou, bude starat.

S klientkou se následně rozebírají důsledky, které jí její dysfunkční chování přináší:

- negativní bezprostřední: malá odmítá prs,
- pozitivní bezprostřední: pozornost ze strany manžela,
- negativní dlouhodobé: nevyspalá, jak musí v noci vstávat a odstříkávat mléko,
- pozitivní dlouhodobé: celá rodina včetně tchyně ji obdivuje, jak chce stále pokračovat v kojení i přesto, že jsou s tím tak velké problémy.

Praško a kol. (2007) uvádějí, co je nezbytně nutné zmínit v počátku terapie. Jejich opomenutí může vést k nedostatečné spolupráci klientky. Jedná se o:

- vysvětlení a pochopení situace, co se klientkou děje,
- pomoc s přijetím nemoci jako situace, která se dá léčit,
- pomoc při uvolnění a snížení negativních emocí (strach, úzkost, smutek, bezmoc),
- snížit pocit provinění a zabránit stigmatizaci,
- dát víru a naději ve vyléčení,
- podporu a přijetí, vytvoření pocitu, že na to klientka není sama,
- empatické projevy terapeuta, úcta, zájem o klientku, pochopení, vyslechnutí,
- otevřený rozhovor o jejím onemocnění, průběhu, o osobní historii,
- vysvětlení postupu a plánu léčby,
- dostatečné informace o lécích a jejich účincích,
- stanovení krátkodobých cílů přiměřených klientčíným možnostem,
- postup po jednotlivých krocích,
- možnost aktivní spolupráce a podílení se na léčbě,
- průběžný kontakt, průběžné informování o krocích v léčbě a případných změnách,
- pochvala a pozitivní aserce snahy o spolupráci.

V prvním pohovoru hraje důležitou roli vymezení a orientace terapeuta a klientky, v tom co se děje. Od počátku se vytváří terapeutický vztah, sjednává se postup léčby a pravidla. První rozhovor má také diagnostické, rozhodovací a terapeutické cíle. V rozhovoru je důležité trpělivé naslouchání, otázky zaměřené na orientaci v situaci, citlivé empatické reflexe a stručné a jasné vysvětlení průběhu léčby. Tak klientka získá pocit, že je léčena kompetentní osobou a s pozitivně emoční pozorností. Podstatné je vyvážení racionality (informací o nemoci a léčbě) a emocionality (empatie a vzbuzování naděje).

Praško a kol. (2007) dále doporučují po vysvětlení bludného kruhu poruchy na typických příznacích pokračovat v edukaci o léčbě. To znamená vysvětlení, toho, jak bude terapie působit. Je důležité upozornit, že prožívaná úzkost neznámá psychické onemocnění. Obecně platí, že přímo myšlenky můžeme měnit pomocí kognitivní restrukturalizace, chování pomocí plánování aktivity, expozicí nebo nácvikem sociálních dovedností, emoce zase relaxací, imaginací, tělesné projevy kontrolovaným dýcháním, svalovou relaxací, meditací. Důsledky lze kontrolovat pomocí řešení problémů. Vzhledem k tomu, že všechny tyto systémy jsou vzájemně propojeny, tak při změně v jednom systému, dochází ke změně v dalších třech. Práce s automatickými myšlenkami pomáhá umírnit jejich vliv a zasahuje jeden z uzlových bodů bludného kruhu. Plánování činnosti postupně zvyšuje aktivitu klientky. Relativně nejhůře se dá působit přímo na emoce. Zde se uplatňuje kontrola dechu, relaxace, imaginace. Nepřímo ovlivňujeme emoce tím, že snížíme počet negativních automatických myšlenek a zvýšíme aktivitu. Během celého vysvětlování modelu poruchy i způsobu, jakým zasahuje léčba, se snažíme podpořit motivaci klientky, rozptýlit její pochyby a nejistoty. Také jsou velmi důležité informace o struktuře terapie, zejména informace o délce a počtu sezení a místě, kde bude terapie probíhat.

6.3.2 Behaviorální metody

Podle Praška a kol. (2007) můžeme behaviorální metody rozdělit na ty, které se zaměřují na tělesné příznaky, a na metody zaměřené na ovlivnění chování.

K metodám zaměřeným na změnu tělesných příznaků řadíme nácvik zklidňujícího dýchání.

Nácvik kontrolovaného dýchání

Možný, Praško (1999) uvádí, že stav úzkosti je u řady klientů spojený se zrychleným povrchním dýcháním, tzv. hyperventilací. Pokud ta trvá delší dobu, vyvolává v těle nepříjemné pocity – točení hlavy, pocity svírání na hrudi, nedostatek dechu, mravenčení v končetinách. Čím více se pak bojí, že se udusí, tím usilovněji dýchá a příznaky se prohlubují. Nácvik kontrolovaného dýchání je proto velmi důležitý pro zmírnění úzkostí, naučí klientku dobře kontrolovat své dýchání a pomůže ji snížit napětí v situacích, kdy se dostává do úzkosti.

Zklidňující břišní nebo brániční dýchání je nádech do břicha a pak následuje prodloužený výdech. Terapeut učí klientku nacvičovat několikrát denně, nejdříve v klidu, později i v běžných situacích. Cílem je, aby byla schopná ji použít ve stresujících situacích. Ukazuje ji, jak špatně dýchá, sama si vyzkouší, že vlastní kontrolou dýchání (kdy si bude ruku držet na břicho, která se bude zvedat) dojde ke zmírnění příznaků úzkosti. Kromě rytmu dýchání je důležité, aby se naučila správně dýchat do břicha a ne do hrudi.

Možný (2016) uvádí následující postup: *„Natáhněte si nohy, ruce dejte podél těla a uvolněte se. Dýchejte normálně a klidně. Všimněte si, která část vašeho těla se s každým nádechem zvedá. Položte na toto místo ruku. Pokud je to na vašem hrudníku, pak nevyužíváte dostatečně kapacitu svých plic. Správně dýcháte, pokud je toto místo na břicho v oblasti žaludku.*

Pokud je vaše ruka na hrudníku, položte si tedy jednu ruku na hrudník druhou na břicho. A nacvičujte si dýchání do této oblasti, při němž se vám při nádechu bude zvedat pouze ruka na břicho, ruka na hrudníku zůstane v klidu“.

Tento typ dýchání se nazývá břišní nebo brániční dýchání. Běžně takto dýchají muži, ženy využívají spíše mechanismu dýchání hrudního, proto jim nácvik dýchání břišního může ze začátku působit potíže.

Možný (idem) dále popisuje zklidňující dýchání. Doporučuje jej provádět šestkrát až osmkrát denně. Při nácviku je třeba na mechanismus dýchání myslet, postupem doby se ale automatizuje. Toto umožní jeho využití během stresové situace. Klientka se již na dýchání nesoustředí a zcela přirozeně jej využívá.

Zklidňující počítání

Možný (2016) doporučuje nacvičovat dýchání také pětkrát až osmkrát denně, aby se klientka naučila vyvolávat zklidňující reakci, kterou pak může využít k ovlivnění úzkosti.

Princip metody spočívá v pomalém počítání od deseti do jedné. Během počítání by měla se prožívaná úzkost redukovat. Pokud úzkost přetrvává, lze počítat znova. Je potřeba také zhluboka dýchat, při výdechu si klientka tiše sama pro sebe říká slovo klid.

6.3.3 Kognitivní metody

Pokud se nějaká negativní myšlenka stále vrací, aniž bychom o ní v dané chvíli uvažovali, jedná se o tzv. automatickou negativní myšlenku (ANM). Jde např. o myšlenky typu:

- jsem špatná matka,
- představovala jsem si to jinak,
- chtěla jsem to jinak,
- nezvládám,
- nestojím za nic,
- selhávám,
- nedokážu se ani postarat o své dítě.

Na práci s těmito myšlenkami jsou určeny následující kognitivní metody.

Metoda odvedení pozornosti

Metoda odvedení pozornosti vychází ze skutečnosti, že klientka se v daný moment plně soustředí jen na jednu myšlenku nebo představu, zatímco ostatní myšlenky a představy jsou zatlačeny do pozadí, čímž je oslaben jejich vliv na náladu i na jednání. Uplatňuje se tam, kde ji trápí nepříjemné myšlenky (zejména automatické negativní), jejichž vliv je potřeba potlačit.

Existuje několik základních metod odvedení pozornosti Praško a kol.(2007):

- Zaměření na předmět spočívá v zaměření pozornosti na daný předmět, který je nachází v dané chvíli poblíž, jde o to, aby se přerušil tok automatických myšlenek. Například lze krátkou dobu pečlivě pozorovat nějaký předmět v okolí a posléze jej z paměti co možná nejdělněji popsat.
- Tělesná činnost je založena na provádění a plném soustředění na určitou činnost, např. úklid komory, práce na zahrádce, tělesné cvičení.
- Přenesení pozornosti představuje plné soustředění se na své okolí a všímání si určitých podrobností všemi svými smysly. Například, když jde klientka nakupovat, všímá si kolemjdoucích a podle detailů jejich oblečení, stylu chůze nebo projevu jim přisuzuje určité vlastnosti.
- Mentální cvičení je soustředění se a provádění dané mentální činnosti, například recitovat si v duchu báseň, snažit se vybavit si vzpomínku na nejhezčí zážitek v životě, soustředěně vzpomínat na detaily filmu, který vás zaujal, nebo hledat názvy zvířat, které začínají na stejné písmeno.
- Principem zaujaté činnosti je důležité zvolit takovou aktivitu, při níž je zapojen nejen mozek, ale i tělo, např. luštění křížovek nebo tenis. Je možné dělat bezmyšlenkovou činnost a přitom to kombinovat s tou, co vyžaduje větší zaujetí. Například žehlení s díváním se na televizi.
- Počítání myšlenek slouží k získání odstupů od negativních myšlenek. Klientka si myšlenky pouze počítání, více se jimi nezabývá.

Metody zastavení myšlenek (stop technika)

Cílem stop techniky je poskytnout pomoc ve chvíli, kdy klientku sužují neodbytné až velmi negativní myšlenky a představy. Cílem této techniky je vliv těchto myšlenek a představ omezit, dostat je pod kontrolu, zkrátit dobu jejich trvání. Přitom je třeba si ji nacvičit „na nečisto“ tj. v klidu a až pak ji začít uplatňovat i v běžných životních situacích. Terapeut s klientkou vytvoří seznam nejčastějších nutkavých myšlenek a situací, v nichž se nejčastěji objevují. Pak si vytvoří seznam tří až čtyř uklidňujících

myšlenek či představ, např. vzpomínku na hezkou dovolenou, moře, vlny, nebo na scénu z filmu. Pak ji ukáže, jak lze touto metodou přerušit nutkavé a nepříjemné myšlenky. Vyzve klientku, aby si tyto nutkavé myšlenky vybavila a dala mu znamení, až se objeví. Pak velice rázně a hlasitě křikne: „**STOP!!!**“. Klientka se lekne a tím se jí přeruší nutkavé myšlenky. Tento postup několikrát opakuje a po pokynu „**STOP**“ si začne vybavovat uklidňující představu. Jakmile se jí to vybaví, dá terapeutovi znamení. Na poprvé se to dělá několikrát až do té doby, než klientka sdělí, že naléhavost nutkavých myšlenek se zmírnila. Může své myšlenky pozorovat. Není jimi tak pohlcena. Má nad nimi jako by nadhled. Toto si cvičí pak i doma a sama si hlasitě zakřičí „**STOP**“. Toto slůvko ji zaujme natolik, že přetrhne nit předchozí negativní myšlenky a může navázat myšlenkou nebo činností prospěšnější.

Další vybrané metody

Zastavení myšlenek – kartičky

Technika zastavení myšlenek je velmi oblíbená. Přístup je podobný jako u stop techniky. Technika zastavuje pomocí kartičky automatické myšlenky. Kartičku si klientka vytáhne a přečte vždy, když se automatické myšlenky objeví. Je potřeba si předem vypracovat seznam nejčastěji se objevujících automatických myšlenek. Nejprve si musí vypracovat seznam nejčastějších automatických myšlenek, které ji napadají. Napíše si je na malé kartičky. Na rubu má pak napsanou alternativní, vyváženější myšlenku. Vždy když ji bude mít zase v hlavě, vytáhne příslušnou kartičku a přečte si ji a uvědomí si alternativní myšlenku na rubu.

Kartičky si také může rozmístit po bytě a připevnit na dobře viditelné místo – přebalovací pult, lednice, kuchyňská linka, zrcadlo v koupelně. A kdykoliv tak uvidí opak své automatické negativní myšlenky.

Příklad:

Negativní automatická myšlenka: JSEM ŠPATNÁ MATKA

Alternativní myšlenka: JSEM TA NEJLEPŠÍ MATKA PRO SVOJI HOLČIČKU

Kognitivní restrukturalizace

Metoda kognitivní restrukturalizace patří k základním metodám užívaným v kognitivně behaviorální terapii. Vychází z toho, že prožíváním silných emocí (úzkost, hněv) se člověk v myšlení dopouští systematických logických chyb a zkreslujících hodnocení. Myšlení pak zaplavují tzv. automatické negativní myšlenky (ANM), které jsou velmi přesvědčivé. Podle nich hodnotí jak vnější skutečnost, tak sami sebe. Vyvolávají negativní emoce (především úzkost). Zdrojem těchto automatických negativních myšlenek jsou tzv. kognitivní schémata, která znamenají obecná pravidla a přesvědčení o tom, jak se vnímáme, jak vnímáme druhé a jak svět vnímá nás. V momentě, kdy jsou tato kognitivní schémata aktivována, dochází k jejich ovlivnění veškerého uvažování a hodnocení toho, co klientka vnímá. Jako „žhavá“ označujeme ta témata, která jsou spojená se silnými emocemi (Praško a kol., 2007).

K vytváření těchto kognitivních schémat dochází během dětství a na základě zkušenosti procesem zevšeobecnění konkrétních zážitků a pozorování. Dítě považuje zpočátku určité přesvědčení za absolutně platné („lidé mě mají rádi“). Během vývoje přibývají další prožitky a ty se za normálních okolností vyvíjejí a mění, proto jsou v dospělosti tato přesvědčení pružnější („někteří lidé mě mají rádi, někteří nemají“).

Kognitivní restrukturalizace se zabývá nejdříve jednotlivými automatickými negativními myšlenkami a jejich nahrazování alternativními – vyváženějšími myšlenkami.

Praško (2006) nabízí možnosti otázek, které by si klientka měla položit a zamyslet se nad nimi, aby došla k jinému, a to racionálnějšímu myšlení.

- Jaké důvody vedou k této negativní automatické myšlence? Tato otázka umožní lépe porozumět, proč ji tyto myšlenky napadají. V této souvislosti si uvědomí, že se kvůli nim nemusí stydět a obviňovat se.
- Existují fakta, která svědčí proti této myšlence? Tato otázka se zaměřuje na hledání fakt a skutečností, které oslabují negativní myšlenku.
- Jak lze tuto situaci zvládnout?
- Je možné vidět tuto situaci konstruktivně?

Praško (2006) také uvádí otázky k testování automatických myšlenek:

Užitečnost a praktičnost

- Jaké důvody vedou k této myšlence?
- Pomáhá mi tato myšlenka, nebo naopak škodí?
- Jak tato myšlenka ovlivňuje náladu?
- Jak tato myšlenka ovlivňuje chování?
- Chce to klientka takto?
- Jak lze tuto situaci vidět konstruktivně?

Co svědčí pro a proti?

- Co svědčí pro a proti této myšlence?
- Kdyby se klientka necítila špatně, uvažovala by o situaci jinak? Jak?
- Jaké argumenty by použila, kdyby měl někdo z jejích blízkých v podobné situaci podobnou myšlenku? Co by mu řekla?
- Má nějaké důkazy, které této myšlence protirečí a nebere je v úvahu?

Přehnanost a pravdivost?

- Je tato situace doopravdy tak vážná, jak si říká?
- Co svědčí pro to, že se tato hrozná věc skutečně stane?
- Není toto hodnocení situace v něčem přehnané?
- Není tato myšlenka trochu katastrofická?
- Je to, co si říká, doopravdy tak?
- Neobviňuje se za něco, za co ve skutečnosti nemůže?

Alternativní způsoby hodnocení situace

- Nejsou i jiná možná vysvětlení? Jaká?
- Jak by si mohla ověřit, že je její dojem opravdu správný?
- Co by si v podobné situaci řekli jiní lidé?
- Už podobnou situaci prožila? Co by na základě minulé skutečnosti mohlo pomoci?
- Co by si mohla o situaci říci, aby jí to pomohlo?
- Může to, co se děje, mít i nějaký pozitivní význam?

Vlastní schopnost, jak zvládnout situaci

- Co nejhoršího by se mohlo stát?
- Co by v tom případě mohla dělat?
- Nepodceňuje své schopnosti takovou situaci řešit?
- Co by jí poradil manžel nebo přítel?
- Jak to řeší jiní lidé?
- Jak to mohu řešit v budoucnosti?

Udržující faktory

- Co udržuje toto myšlení?
- Jaké má toto myšlení pro ni pozitivní důsledky?
- Jaké důsledky by mělo alternativní myšlení?

Na základě poznání většího množství typických ANM dokážeme odvodit dysfunkční jádrové přesvědčení, z něhož tyto ANM vycházejí. Pak přejdeme i k přímému zpochybňování platnosti tohoto dysfunkčního jádrového přesvědčení.

S klientkou se pro přehlednost její automatické myšlenky, vyplní do tabulky. Společně s terapeutem pak hledá důkazy, které myšlenky podporují a důkazy, které je naopak vyvracejí. Vše se škáluje, což je velmi důležité, proto, aby klientka viděla, jak se její emoce, myšlenky po restrukturalizaci snižují. Na příkladu použijeme automatické myšlenky, již zmíněné klientky Evy. Její automatická myšlenka byla: „Malá je určitě postižená“ a „Nezvládnou to“.

ZÁZNAM MYŠLENEK

Tab. 1 Záznam myšlenek klientky

SITUACE	malá neotočí hlavičku	malá stále pláče
EMOCE	lítost 90 %, vztek 70 %	lítost 90 %
AUTOMATICKÉ MYŠLENKY (PŘEDSTAVY)	malá je určitě postižená	nezvládnu to
DŮKAZY PODPORUJÍCÍ ŽHAVOU MYŠLENKU	vidím, že neotočí hlavičku	stále brečí, v noci jsem nespala a starší syn zlobí
DŮKAZ PROTIŘEČÍCÍ ŽHAVÉ MYŠLENCE	jakmile jsme začali cvičit Vojtovku, začala hlavičku více otáčet	včera jsem zvládla i s dětmi dojet na velký nákup
ALTERNATIVNÍ /VYVÁŽENĚJŠÍ MYŠLENKY/	malá není postižená, otáčí se již mnohem lépe, začíná na nás hezky reagovat a má již i uchopovací reflex přesvědčivost 60%	není zcela pravda, že to nezvládnu zvládám vše sama, jezdím i s dětmi na nákupy, vařím, peru jiné ženy by to třeba takto ani nezvládly přesvědčivost 50%
NOVÉ ZHODNOCENÍ EMOCÍ	lítost 90 % vs. 70 % vztek 70 % vs. 50 %	lítost 90 % vs. 60 %

Zdroj: Greenberger a Padesky, 2003, s. 70

Ověření platnosti negativních automatických myšlenek v reálných situacích (behaviorální experimenty)

Možný a Praško (1999, s. 136) uvádějí: „*verbální zpochybnění automatických negativních myšlenek sice může vést k oslabení jejich účinnosti a oslabení negativních emocí, které jsou s nimi spojené, nemusí však vést k tomu, aby klient změnil i své chování, a tím získal nové zkušenosti. Proto doplňujeme nácvik zpochybňování automatických negativních myšlenek i systematickým plánováním tzv. behaviorálních experimentů, při kterých klient ověřuje platnost automatických negativních myšlenek v reálných situacích. Pokud získané zkušenosti nepotvrdí klientova negativní očekávání, věrohodnost automatických negativních myšlenek se tím dále sníží a klient získá více odvahy své dosavadní chování změnit.*“

Ověřování určité ANM v reálné situaci probíhá v určitých krocích:

- vyslovíme určitou hypotézu, která plyne z automatické myšlenky,
- probereme pak všechna fakta, svědčící pro i proti této hypotéze. Již to, že upozorníme na fakta, která svědčí proti ANM, pomůže klientce dodat odvalu a uskutečnit to, čeho se nejvíce obává,
- je třeba naplánovat konkrétní zkoušku, která potvrdí nebo vyvrátí danou hypotézu, je dobré, vědět, co má člověk dělat, čeho si má všimnout,
- zaznamenávat výsledek, každý výsledek musíme však brát jako úspěch, i ten, který by hypotézu nepotvrdil, společně se pak probereme, kde se stala chyba, co je třeba příště udělat jinak a zda byla pro klientku tato zkušenost nesnesitelná.

Nácvik řešení problémů

K řešení konkrétních problémů, v rámci kognitivně behaviorální terapie využíváme postup formou nácviku řešení problémů. Často řešíme problémy pod vlivem emocí nebo vysilující strategií pokus-omyl. Často je neřešíme vůbec, anebo přenášíme zodpovědnost za své problémy na druhé osoby. Je tedy důležité naučit se konstruktivní přístup k problémům. Možný a Praško (1999) uvádí, že řešení problémů je dovednost, kterou se

lze naučit a která stejně jako jiné dovednosti vyžaduje dostatečné znalosti, úsilí, chuť a pravidelné procvičování.

K této dovednosti lze pak využít následující postup:

- určení a popis problémů – sestavíme s klientkou písemný seznam všech aktuálních problémů, které ji trápí,
- zvolení problému k řešení – je třeba problémy řešit jeden po druhém, jako první se řeší ten, který klientka pocítuje jako nejnaléhavější, konečné rozhodnutí, který problém se bude řešit je na ni,
- brainstorming – svobodně si klientka hledá co největší množství možných řešení, je to kreativní a tento úkol se vždy velmi líbí,
- porovnání výhod nevýhod každého z navržených řešení – zde vyloučíme nereálná a nesmyslná řešení, pak je po jednom s klientkou projdeme a sama si napíše k nim jeho pozitivní důsledky a do druhého jeho negativní důsledky, u každého bude nějaké, ale proto je důležité přijmout řešení, které je nejméně špatné,
- volba konkrétního řešení a naplánování kroků k uskutečnění řešení,
- realizace zvoleného řešení,
- zhodnocení – v daném čase, je třeba zhodnotit, nakolik bylo řešení úspěšné, důležité je, aby se klientka naučila se odměnit za úsilí, které do uskutečnění plánu vložila bez ohledu na výsledek. Zde je také důležité vysvětlit, že i pokud nebyla úspěšná na 100 %, není to její chyba, společně pak s terapeutem určuje, zda k úspěšnému zvládnutí je potřeba více času nebo zda se objevily problémy, se kterými se nepočítalo. Ty se pak řeší stejným způsobem jako původní problém. Také je důležité při neúspěchu zvážit, zda byl problém správně určen. Pokud ano, pak se klientka může pokusit uskutečnit další z navrhovaných postupů.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

Teoretická část se věnovala problematice související s obdobím šestinedělí a možnosti využití psychoterapeutické kognitivně behaviorální techniky v tomto období. Vzhledem k psychickým změnám v období šestinedělí a jako prokázanému vlivu poporodních na průběh kojení se autorka v empirické části zaměřila na zjištění, jaké informace chybí ženám v období před a po porodu a co jim může pomoci zvládnout období šestinedělí. Na základě analýzy informací následně autorka připravila návrh vzdělávacího programu pro ženy v období šestinedělí.

7.1 Hlavní cíl a výzkumné otázky

Vzhledem k tomu, že se autorka zaměřila na psychické změny v období šestinedělí a využití kognitivně behaviorální psychoterapie ve zmiňovaném období, zvolila si jako hlavní cíle empirické části zjistit, jak ženy byly edukovány o tom, co obnáší těhotenství a následné šestinedělí. Zaměří se také na to, v jakých oblastech byla pro ně edukace přínosná a jaké informace postrádaly.

Pro naplnění výzkumného cíle si autorka položila následující otázky:

- Jak byly ženy informovány o období šestinedělí? A kdo jim tyto informace poskytl?
- Jaké informace nejvíce postrádaly?
- Jak ovlivnila gynekologická anamnéza prožívání těhotenství, porod a období šestinedělí?
- Jak prožívaly a jak se cítily v období šestinedělí? Kdo jim poskytl největší oporu

7.2 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu si autorka zvolila kvalitativní výzkum – kvalitativní dotazování. Dle Strauss a Corbinová (1999) je kvalitativní výzkum jakýkoliv výzkum, k jehož výsledku nedojdeme pomocí statistických nenumernických metod nebo jiných způsobů kvantifikačních metod.

Hendl (2005, s. 50) definuje kvalitativní výzkum „*Jedná se o proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumáním daného lidského problému.*“

Hendl (idem) uvádí, že při dotazování využíváme techniky pomocí rozhovorů, dotazníků, testů a škál. Jako nejvhodnější techniku si autorka zvolila polostrukturovaný rozhovor, respektive rozhovor pomocí návodu. Při tomto sběru dat využíváme předem připravené otázky, které chceme položit, ale je jedno v jakém pořadí je tazatel bude určovat. Důležité je, aby dostal odpověď na všechny otázky a současně výhodně využil čas (Hendl, 2005).

Tato formu výzkumu je zvolena proto, že problematika edukace v šestinedělí nebude pouze popsána, ale je dobré proniknout hlouběji do psychického a emočního stavu, ve kterém se jednotlivé respondentky v tomto období nacházely. Jak již bylo zmíněno, prostřednictvím kvalitativního výzkumu dochází k nenumernickému šetření, k interpretaci emočního rozpoložení žen a k odkrytí sdělovaných informací. Je nutné vyhovět požadavkům otevřenosti, navodit pocit důvěry a bezpečí. Kvalitativní metody kladou důraz na subjektivní prožitek a interpretaci psychického stavu.

Otázky, které byly respondentkám pokládány, budou uvedeny v příloze.

7.3 Technika přípravy a sběru dat

V září 2015 autorka oslovila dětskou praktickou lékařku a ta jí náhodně vybrala deset matek, které se u ní registrovaly. Jednalo se o ženy, které již porodily a nacházely se v období šestinedělí, či měly porodit do února 2016. Ve všech případech se jednalo o plnoleté ženy.

Od října 2015 do února 2016 autorka uskutečnila s těmito ženami polostrukturované rozhovory. Setkání proběhlo v ordinaci dětské lékařky, kdy se časové rozpětí rozhovorů

pohybovalo od 30 do 60 minut. V empirické části je tedy analyzováno deset rozhovorů s ženami v období šestinedělí.

Data autorka zpracovala technikou transkripce, tu Hendl (2005, s. 208) označuje jako: „*proces převodu mluveného projevu a interview nebo ze skupinové diskuze do písemné podoby*“.

7.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořilo deset žen v období šestinedělí. Tři ženy měly ukončené vysokoškolské vzdělání, pět mělo středoškolské vzdělání a dvě byly vyučené. Žádná respondentka neměla pouze základní vzdělání. Nejmladší ženě bylo 18 let a nejstarší ženě bylo 42 let. Věkový průměr byl 30,4 let. Dvě ženy spontánně potratily (jedna jednou, druhá dvakrát), metod asistované reprodukce využila vdaná respondentka. Pět žen bylo vdaných, dvě ženy rozvedené, 3 ženy byly svobodné. Žádné komplikace v šestinedělí neměly čtyři ženy, šest žen udává komplikace – ve čtyřech případech se jednalo o problémy s kojením, v jednom případě se jednalo o delší pobyt na porodnici z důvodu novorozenecké žloutenky a jedna žena udává predilekci u dítěte.

Tabulka 2: Základní údaje získaného souboru respondentek

respon- dentka	věk	rodinný stav	parita	počet dětí	komplikace v těhotenství	komplikace v šestinedělí
1	37	vdaná	4	2	žádné	žádné
2	25	svobodná	1	1	žádné	ano, problémy s kojením
3	32	rozvedená, žijící s novým partnerem	2	2	ano, krvácení v 1.trimestru	ano, delší pobyt v nemocnici kvůli novorozenecké žloutence dítěte
4	42	rozvedená žijící s novým partnerem	3	3	ano, amniocentéza na základě věku	ano, predilekce u dítěte
5	18	svobodná	1	1	těžký porod, protrahovaný, ukončený sekci	ano, nekojila, ale nepocítuje to jako negativum
6	30	vdaná	1	1	žádné	ne
7	34	vdaná	1	1	ano, gravidita po IVF, 3. pokus	ne
8	26	svobodná	1	1	žádné	ano, kojí, ale dítě potřebuje příkrm
9	24	vdaná	1	1	ano, opakované krvácení v 1. trimestru	ne
10	36	vdaná	3	2	žádné	ano, problémy s kojením, vpáčené bradavky

Zdroj: autorka práce, 2016 (vlastní šetření)

7.5 Etika výzkumu

Před zahájením rozhovoru byly všechny respondentky poučeny o účelu výzkumu, jeho průběhu, principu dobrovolné účasti a také o možnosti odstoupení. Byly také seznámeny o tom, že se jedná o anonymní výzkum. Z tohoto důvodu nebylo potřeba přijímat opatření k ochraně jejich soukromí a osobních údajů. Byly také informovány o tom, že výstupy budou použity pouze pro potřeby diplomové práce autorky.

V průběhu výzkumu nevznikly žádné etické problémy. Protože se výzkumu účastnily ženy starší 18 let a svéprávné nemusel být požadován písemný souhlas zákonných zástupců.

Výzkum nebyl dotován žádnými odměnami.

7.6 Analýza dat

Při analýze rozhovoru autorka postupovala systematicky a nenumericky tak, aby byly zodpovězeny výzkumné otázky. Hendl (2005, s. 223) popisuje kvalitativní analýzu jako „*umění zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem*“.

Autorka v přepsaných rozhovorech použila metodu zakotvené teorie a využila kódování. Dle Hendla (2005, s. 246) „*se kódováním rozumí rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci, konceptualizaci a nové integraci*“. Následně autorka označila shodné pojmy a ty pak rozdělila do jednotlivých kategorií a podkategorií. Výsledkem byly celkem 3 hlavní kategorie a 2x2 podkategorie. Autorka do jednotlivých kategorií připojila přímé citace dotazovaných respondentek.

7.7 Zpracování rozhovoru

Celkem deset rozhovorů bylo analyzováno pomocí tří kategorií. Tyto kategorie se vztahují k informacím a prožívání průběhu těhotenství a porodu, informacím a prožívání v průběhu šestinedělí. A třetí kategorie se vztahuje k opoře v šestinedělí. Na základě techniky shrnujícího protokolu byly další otázky a odpovědi, které v rozhovorech zazněly

a nebyly zahrnuty do vytvořených kategorií zpracovány v níže komentovaných shrnutích u každé kategorie.

Autorka vytvořila tyto tři kategorie:

Kategorie: Informace, Prožívání, Opora

1. Kategorie Informace

Tato kategorie se vztahuje k informovanosti respondentek v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Kategorie byla rozdělena do dvou podkategorií Průběh těhotenství, porod a Šestinedělí.

Podkategorie Průběh těhotenství, porod

Autorka se dotazovala, zda měly ženy dostatek informací v těhotenství a jak je získávaly.

R1, „Dvakrát jsem potratila a když jsem počtvrté otěhotněla, tak jsem přes kamarádku navštívila psychoterapeutku, která mi poskytla informace, vše mi vysvětlila, co se mnou děje a poradila, kam se mám obrátit. Byla jsem vystrašená, bála jsem se každého píchnutí. Měla jsem strach, že se to stane znovu. Stále jsem se pozorovala.“

R2 „V průběhu těhotenství jsem neměla žádné komplikace, žádné speciální informace jsem nepotřebovala. V těhotenství jsem se cítila moc dobře, z toho důvodu jsem nic zásadního nepotřebovala. Hodně informací jsem měla od kamarádek a to mi stačilo.“

R3 „Přivítala bych více informací o možných komplikacích během těhotenství. Když jsem začala krvácet, vyděsilo mě to, myslela jsem si, že to znamená pouze potrat. Byla jsem v hrozném psychickém stavu. Doma jsem měla ještě jedno malé dítě a museli mě hospitalizovat. V nemocnici mi sice vše vysvětlili, ale bála jsem se na cokoliv zeptat, čemu jsem nerozuměla. Určitě bych přivítala, kdybych již dříve tyto informace měla.“

R4 „Byla jsem informovaná dostatečně. Mám již dvě velké děti, věděla jsem, do čeho jdu. Když si však vzpomenu na své první těhotenství, tak jsem byla naprostý analfabet. Nevěděla jsme nic. Velmi by mi v té době pomohlo, kdybych se někde tyto informace dozvěděla.“

R5 „Během těhotenství jsem měla pocit, že mám dostatek informací. Průběh porodu mě překvapil, ale informovaná jsem byla také dobře. Asi se na to nedá nikdy připravit. Mám vynikajícího gynekologa. Na cokoliv jsem se ho mohla zeptat. Vše mi vysvětlil a nestyděla jsem se ho na nic zeptat. Dokonce jsem se ho ptala i nato, že se cítím v těhotenství náladová. Moc hezky mi to vysvětlil, co se mnou děje.“

R6 „Přivítala bych více informací o vhodné a nevhodné stravě během těhotenství. Hodně jsem to řešila. Dnes zpětně vidím, že jsem byla takřka před zhroucením. Na začátku těhotenství mi někdo řekl, že v těhotenství nemám jíst- například hermelín kvůli plísni, pak jsem se bála Listeriózy. Byla jsem, jak šílená. Bála jsem se o miminko, že mu tím ublížím. Bylo to tak daleko, že jsem z jídelničku vyhodila jogurty, sýry, salámy pak již i maso. Bylo to skutečně hrozné.“

R7 „Vzhledem k opakovaným pokusům o otěhotnění jsem všechny potřebné informace získávala v průběhu času. Informace jsem si sháněla po internetu z diskuzí. Hodně mi pomohl portál porodnice.cz.“

R8 „Vůbec jsem nevěděla, co mě čeká. Bylo to mé první těhotenství. Hodně informací jsem si zjišťovala od kamarádek, které děti mají, než na kontrolách u lékaře, tam na to nebylo tolik času. A hlavně jsem se styděla pana doktora zeptat. Jsem stydlivější, mám s tím problém i jinde. Také bych uvítala více informací o porodu. Sice mi to kamarádky vysvětlily, ale bylo to laické, vítala bych profesionální vysvětlení.“

R9 „V těhotenství jsem měla problémy, musela jsem půlku těhotenství proležet v nemocnici. Informace jsem získávala v rámci hospitalizace. Měla jsem štěstí na dobré lékaře a sestřičky, kteří mi vše potřebné vysvětlili.“

R10 „Ze začátku se mi pletly možnosti screeningu a odběru plodové vody, musela jsem si dohledat informace na internetu. Ráda si tam věci dohledávám, proto jsem si nikde jinde informace nehledala.“

Z rozhovorů vyplynulo, že větší potřebu informací mají ženy prvorodičky než ženy, které již rodily. Ty měly již informace získané minulým těhotenstvím, a to od lékaře, kamarádek, či samostudiem. Jedna respondentka by vítala více informací o stravě

v těhotenství, měla velký strach o dítě a hodně analyzovala, co by měla jíst. Další by ocenily více informací o porodu a možných komplikacích v těhotenství.

Podkategorii šestinedělí

Respondentky byly dotazovány, zda mají potřebné informace o kojení, péči o novorozence a gynekologické problematice po porodu. Kdo jim tyto informace poskytl.

R1 „Vzhledem k tomu, že se jedná již o mé druhé dítě, informace jsem již měla. U prvního dítěte jsem tyto informace postrádala, vůbec jsem nevěděla, kde je najdu.“

R2 „Velmi by mi pomohlo, kdybych byla v porodnici detailně poučena o možných problémech v kojení. Sestry byly neochotné, snažila jsem se jim vysvětlit, že jsem prvorodička a že tomu nerozumím. Moc mi nevysvětlily ani péči o dítě.“

R3 „Dcera měla novorozeneckou žloutenku, kvůli které byla svícená celý den, měla jsem strach, ale ošetřující lékařka mi vše vysvětlila. Bez těchto informací, nevím, jak bych péči o dceru zvládala.“

R4 „Vzhledem k mému věku jsem byla detailně poučena o možných komplikacích v těhotenství. Problém po porodu mě však velmi zaskočil. V péči o dceru jsem se cítila ztracená.“

R5 „Kojení mi nešlo již v porodnici, doma jsem to zkoušela týden, nešlo to, a tak jsem mu dala Nutrilon. Syn je spokojený a já také. Na nic jsem se nemusela ptát, vyřešila jsem to sama.“

R6 „Cítila jsem se po porodu velmi osamělá a kvůli tomu provinile. Vyčítala jsem si, že bych se měla ze syna radovat a já tady řeším sebe. Nikdo mi nevysvětlil, že je to normální stav a že se takto cítí i jiné ženy. Hodně by mi to pomohlo.“

R7 „Během těhotenství jsem byla v pracovní neschopnosti, četla jsem knihy nejenom o těhotenství a mám pocit, že jsem dostatečně informovaná.“

R8 „Zcela mi chyběly informace o možných problémech s kojením. Neměla jsem žádné informace, sestry byly neochotné. Já jsem pak byla vystresovaná.“

R9 „Měla jsem komplikované těhotenství, péči o dítě si nyní užívám. Nemám pocit, že bych potřebovala více informací, než mám. V porodnici byli moc fajn, vše mi vysvětlili. I po porodu jsem se cítila dobře.“

R10 „Kojení byl problém již u prvního dítěte, mám vpáčené bradavky, ačkoliv nosím formovače. Kojení je problém. Ale je to problém o kterém jsem věděla. Tyto informace mi chyběly u prvního dítěte, nyní již ne.“

Čtyři ženy udávaly menší či větší problémy s kojením, neinformovanost, velké překvapení, že kojení nezvládají. Většina se také shodla, že kdyby měly dostatečné informace, že je normální cítit se v šestinedělí unaveně, slabě, neradostně, plačtivě, bylo by to pro ně pak snadnější zvládnout toto období. Tři ženy uváděly dostatečné informace samostudiem – knihy, internet, či jim je sdělila ošetřující lékařka v nemocnici.

2. Kategorie Prožívání

V této kategorii se autorka dotazovala na to, jak ženy prožívaly těhotenství a šestinedělí. Zda pociťovaly v obou obdobích stres, jestli si představovaly dobu po porodu jinak.

Podkategorie těhotenství, porod

Autorka zjišťovala, jak se ženy cítily v těhotenství, jak ženy prožívaly první dny po porodu. Jestli si dobu po porodu představovaly jinak.

R1 „Po celou dobu těhotenství jsem prožívala velký strach. Mám jedno dítě, po něm jsem dvakrát potratila, děsila jsem se, že se to stane znovu. Každé vyšetření v těhotenství pro mě znamenalo stres.“

R2 „Jednalo se o neplánované těhotenství, byla jsem za ně moc ráda. Na dítě jsem se těšila.“

R3 „ Po otěhotnění s novým partnerem, jsem měla velikou radost, o komplikacích jsem vůbec neuvažovala. V osmém týdnu jsem začala krvácet, měla jsem strach, několik dní jsme probřečela.“

R4 „Bála jsem se, aby kvůli mému stáří nebyly nějaké komplikace. Těhotenství v mém věku jsem ale brala jako dar a věřila, že vše dobře dopadne. Kvůli věku jsem se také rozhodla pro odběr plodové vody. Byla jsem ráda, že výsledek vím a nemusím se obávat překvapení po porodu. V klidu jsem se mohla jen těšit.“

R5 „Na těhotenství jsem přišla ve 14. týdnu. Neuvažovala jsem o žádných komplikacích. Bála jsem se, jak to rodiče přijmou.“

R6 „Těhotenství probíhalo bez komplikací, bála jsem se, jak zvládnou porod.“

R7 „Těhotenství bylo po umělém oplodnění, po několika neúspěších jsem již nedoufala, že se to povede. Každé píchnutí v břicho mě vyděsilo.“

R8 „Bála jsem se odběru plodové vody, naštěstí výsledky dopadly dobře a na odběr jsem nemusela.“

R9 „ V těhotenství jsem opakovaně krvácela, vyčítala jsme si, co jsem udělala špatně. Cítila jsem se sama, říkala jsem si, proč to muselo potkat zrovna mě.“

R10 „ Trochu jsme se bála, že zase potratím, ale věřila jsem, že vše dopadne dobře. Vždyť jednou potratí spousta žen.“

Devět žen odpovědělo, že cítily v těhotenství velký strach. Byly stresované, že to dopadne špatně. Většina byla vyděšená, jakmile měla sebemenší problém. Na dotaz, jak prožívaly první dny po porodu, shodně odpověděly, že to bylo prolínání emocí, jak pozitivních, tak negativních.

Podkategorie šestinedělí

Autorka i zjišťovala, jak ženy zvládaly z jejich pohledu mateřskou roli. Zaměřila se také na, zda je napadá, že selhávají ve své roli, jestli se cítí provinile, že věci nejsou tak, jak si myslely nebo jestli přemýšlely o tom, že jsou špatné matky.

R1 „Po porodu jsem byla šťastná, že mám zdravé dítě. Byla jsem na sebe hrdá, že jsem to zvládla, to mi pomohlo přežít chaos doma.“

R2 „Všichni říkali, jak dítě změní život, myslela jsem si, že je to klišé. Pochopila jsem to až po porodu. Byla jsem smutná i šťastná zároveň. Dříve jsem řešila, kam půjdu, co si vezmu na sebe, po propuštění z porodnice jsem několik dní strávila několik dnů v pyžamu. Kdyby mi rodiče nepřinesli jídlo, nezvládla bych si uvařit.“

R3 „Když jsme museli zůstat kvůli komplikacím s novorozeneckou žloutenkou déle v porodnici, měla jsem vztek, proč zrovna já musím mít vše s komplikacemi.“

R4 „U dcery byla zjištěna predilekce, rehabilitujeme Vojtovku, neberu to jako problém.“

R5 „Porod hodně bolel, dlouho jsem se vzpamatovávala. Protože se jim tam něco nezdálo, rodila jsem císařem. Kojení nešlo, ale dala jsem Nutrilon a nevadí mi to.“

R6 „Porod nakonec proběhl docela dobře, čekala jsem to horší. Překvapilo mě střídání nálad a častý pláč. Jsem zoufale nevyspalá.“

R7 „Pociťuji velký strach, neboť je to vytoužené miminko, na které jsme dlouho čekali. Kvůli mému strachu si tak nerozumíme nyní s manželem.“

R8 „Mám pocit, že jsem selhala jako matka. Nedokážu své dítě ani uživit. Uvítala bych více informací o problémech s kojením. Pomohla mi až druhá laktiční poradkyně.“

R9 „Jsem šťastná, že vše v pořádku dopadlo, jsem sice unavená. Věnuji se pouze synovi, manžel je nyní na druhé koleji, snad se to časem zlepší. Doufám, že to chápe.“

R10 „Bála jsem se, jak zvládnou péči o dvě děti, ale jde to samo.“

Polovina žen uváděla, že cítila velký strach. Často uváděly, že mají pocit, že selhaly jako matky. Dále byly velmi emotivní. Také se u nich střídal pláč a radost zároveň. Většina žen uváděla velkou únavu. Tu uváděly i matky, které nepociťovaly negativní emoce. Většina na dotaz, jestli nyní zvládají svoji roli, odpověděla, že nezvládají. Pocit selhání se často v odpovědích opakoval. Více se tento pocit umocňoval, pokud matka měla po propuštění komplikace, a to nejčastěji spojené s kojením. Velmi často v odpovědích zaznělo „chtěla jsem to jinak“. Jako špatná matka se cítí devět žen.

3. Kategorie Opora

U této kategorie autorka zjišťovala, jak a u koho hledají a cítí oporu.

R1 „Při všech komplikacích byl manžel pro mě velkou oporou. Bála jsme se, že tu zátěž náš vztah nevydrží, naštěstí se to nestalo. Společně si užíváme péči o naše děti. Vím, že se na něho mohu plně spolehnout.“

R2 „ Partner pracuje na směny, na jeho pomoc se tak nemohu pravidelně spolehnout. Velkou oporou jsou pro mě moji rodiče.“

R3 „Žiji nyní s mladším partnerem, bála jsem se, že když potratím, opustí mě. Myslím, že tyto obavy byly zbytečné. Chová se k nám moc pěkně. Mohu se na něho spolehnout. Pomáhá mi také moje sestra. Vozí kočárek, dojde mi na nákup.“

R4 „Partnerovi je 45 let, má již dospělé děti. Ve srovnání s mým bývalým manželem mám u něho pocit bezpečí. Nemusím si před ním na nic hrát. Je velká opora. Mám již dvě starší dcery (20, 18 let) jsou to již parťačky. Miminko si rády půjčují, aby věděly, do čeho půjdou. Já mám čas na sebe, drobný úklid, vaření.“

R5 „Bydlím u rodičů, přítel bydlí také u svých rodičů. Potřebuji se, co nejdřív vrátit do školy, abych udělala maturitu. Spoléhám na to, že rodiče mi dítě pohlídají.“

R6 „Trochu mě zklamal partner. K dítěti v noci vstávám jen já. Nechápe, proč se mnou nic není a jsem tak unavená. Pomáhá mi moje maminka, která vozí každý den kočárek.“

R7 „Myslela jsem si, že pro mě bude manžel větší oporou, tak dlouho jsme na dítě čekali. Je logické, že o něho budu mít strach. Rodiče bydlí daleko, sourozence nemám, když si potřebuji ulevit, přijde za mnou moje nejlepší kamarádka. Ona jediná mi dobře rozumí.“

R8 „Manžel i rodina mi pomáhají. Velkou oporu jsem našla v laktační poradkyni. Zachránila mi kojení. Když mám problém, volám jí.“

R9 „Problémy s nikým neřeším, nemám tu potřebu.“

R10 „Nemám pocit, že bych se musela o někoho opírat. Na chodu domácnosti se podílí manžel a v případě potřeby moje i jeho rodiče.“

Polovina z dotázaných žen odpověděla, že oporou je jí manžel, poté rodiče. V odpovědích zazněla i laktační poradkyně, kamarádka, dospělé děti. Pět žen také udávalo, že je manžel zklamal, že není dostatečnou oporou. Nechápe, proč se mu nyní manželka nevěnuje. Sedm žen uvádělo, že mají pocit, že muži žárlí na dítě. Veškerá pozornost je nyní soustředěna na dítě a na manžela není čas. Uváděly, že mají pocit, že manžel se změnil v další dítě.

7.8 Shrnutí rozhovorů

Kategorie informace a kategorie prožívání byly rozděleny do podkategorií těhotenství, porod a šestinedělí. Toto bylo zvoleno z důvodu rozdílného prožívání období těhotenství a doby po porodu. Ženám, které prožívají úzkost v době těhotenství, se může ulevit. Nebo si naopak obavy o zdárný průběh těhotenství přenesou do doby péče o dítě. A toto se potvrdilo i na základě získaných dat. Ke každé ženě je potřeba přistupovat nejenom individuálně, ale pečlivě zvažovat její anamnézu.

Nejčastější obavy byly u respondentek z potratu, výsledků vyšetření, jedna respondentka také uváděla strach z průběhu porodu. Je, ale potřeba zdůraznit, že ne všechny ženy úzkost, nebo strach v průběhu těhotenství prožívaly. Jako velmi důležitý modifikující faktor je potřeba zdůraznit věk respondentek. V našem výzkumu se nejmladší žena (18 let) starala zejména o to, jak se včas vrátit do školy, aby mohla odmaturovat. Komplikace v těhotenství a šestinedělí si nepřipouštěla. Nevadilo jí ani to, že přestala kojit, rychle zavedla příkrm. Naopak ženy starší si byly dobře vědomé možných komplikací vyplývajících z jejich věku. Těhotenství a péči o dítě přistupovaly velmi zodpovědně.

Jako další velmi důležitý faktor modifikující prožívání období těhotenství a šestinedělí bylo poskytnutí dostatečného množství informací. Nedostatečně informované ženy se uchýlovaly k internetovým diskusím, které jejich úzkost ještě více prohloubilo. Všechny prvorodičky se shodly na tom, že jim chyběly informace o péči o dítě a prožívání šestinedělí. Jedna respondentka uvedla, že se cítí jako špatná matka, která selhala, když nedokáže nakrmit své dítě. Další respondentka uváděla, že si dobu šestinedělí představovala jinak. Předpokládala, že bude cítit radost z narozeného dítěte. Na problémy nebyla připravená.

Devět respondentek zvolilo efektivní strategie zvládání stresů. Jedna respondentka popisovala strategii maladaptivní. Necítila potřebu vyhledávat oporu, se svými starostmi se raději uzavřela sama do sebe. Respondentky často zmiňovaly pocit osamocení. Byly přesvědčeny, že podobné problémy mají jenom ony samy.

V poskytnutí efektivní pomoci je velmi důležité mít o ženě potřebné informace. Špatné pochopení ženiny situace neumožňuje poskytnout efektivní pomoc.

Oporou pro ženy představují manželé, partneři, nezanedbatelná je také pomoc rodičů. Výhodou u starších rodiček představovaly jejich starší děti, které se o péči o dítě zapojily.

Na základě analýzy rozhovorů, autorka vytvořila vzdělávací program pro kojící matky v šestinedělí.

8 NÁVRH VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU PRO ŽENY V OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ

8.1 Cíle vzdělávacího programu

Cílem vzdělávacího programu pro ženy v období šestinedělí je poskytnout jim informace o období, v kterém se právě nacházejí.

Ženy kromě nových poznatků získají možnost sdílet své zkušenosti s ostatními matkami, které se nacházejí v obdobné životní situaci. Vzdělávací program bude nabídnut ženám po porodu.

8.2 Základní údaje o vzdělávacím programu

Název vzdělávacího kurzu:

Edukace žen v období šestinedělí

Organizátor vzdělávacího programu: mateřská centra v ČR

Mateřské centrum původně vzniklo jako místo, kde se budou matky s malými dětmi scházet a společně, svépomocně zlepšovat podmínky pro kvalitu života dítěte i sebe samých. Za dvacet let prošla značným vývojem a dnes se k označení mateřská či rodinná centra hlásí řada organizací, které poskytují profesionální služby v oblasti celoživotního vzdělávání, rozvoje komunitního života, zdravotní prevence, sociální práce a jiných. Unie center (2016).

Cílová skupina kurzu, vstupní předpoklady: vzdělávací program bude nabízen ženám v šestinedělí, které cítí psychické změny po porodu, dále ženám, které mají fyziologického novorozence, nebo novorozence, který již nepotřebuje specializovanou péči. Program je primárně určen pro potřeby mateřských center v ČR. Kontakt na kurz bude nabízen prostřednictvím praktických lékařů pro děti a dorost, porodnic,

prostřednictvím laktačních terapeutek a prostřednictvím webových stránek mateřských center.

Profil absolventa:

Absolvent po absolvování kurzu:

- získá informace o šestinedělí,
- naučí se používat správné techniky kojení a péči o dítě,
- po absolvování kurzu bude umět zvládat obtíže, úzkosti, které často provází období šestinedělí, tím, že se naučí ovládat základní techniky kognitivně behaviorální terapie,
- získá prostor pro vzájemné sdílení informací, má možnost zapojit se do komunity mateřského centra a využít jí i po skončení kurzu, nabízí to stálou možnost sdílení problémů,
- seznámí se a získá navazující možnost navázat pro další pravidelné setkávání a sdílení zkušeností a podnětů s ostatními matkami.

8.3 Forma a metody vzdělávacího programu

Program se skládá z teoretické a praktické části. Celková délka programu je pět týdnů. Každý modul bude probíhat jedno odpoledne v každém týdnu. Účastnice budou seznámeny s danou problematikou pomocí power pointové prezentace a následně bude poskytnut prostor pro sdílení problémů a nácvik určitých dovedností. Program bude doplněn o kazuistiky z praxe. Edukace, metody zvládnání stresu a úzkosti, nácvik řešení problémů a komunikačních dovedností vychází z principů kognitivně behaviorální terapie.

Časový rozsah, celkový rozsah, frekvence:

Celkový rozsah kurzu: 5 modulů

Časový rozsah modulů: 2 x 60 minut

Celkový časový rozsah kurzu: 10 x 60 minut

Frekvence 1x týdně v 14:00 – 16:30

Počet účastníků: skupina by neměla mít méně než 4 a více než 10 účastnic

Použité didaktické metody:

Didaktická metoda je dle Mužíka (2011) prostředkem ke stimulaci učení dospělých, která je vede k výukovým cílům a díky níž je proces učení efektivní.

Přednáška doplněná power pointovou prezentací k jednotlivým modulům je dle Mužíka (2011) nejběžnější a nejpoužívanější metodou výuky, jejíž podstatou je výklad tématu větší či menší skupině účastníků.

Diskuze může dle Mužíka (2011) probíhat dvojí formou buď v průběhu přednášky, nebo na závěr probíraného tématu. Cílem je rozvinutá diskuze účastníků a výměna jejich názorů, která je zároveň podporována lektorem.

Problémové metody Mužík (2011) popisuje jako metody, které přináší aktivizační prvky do výuky. Účastníci se učí pomocí simulovaných problémů, vybraných z praxe. V případě tohoto kurzu budou použity **případové studie- kazuistiky a hraní rolí**.

Hraní rolí: podstatou této inscenační metody dle Mužíka (2011) je, že účastníci jsou při řešení problémů přímými aktéry a hrají konkrétní role, důležité je, jak se v těchto rolích chovají a jaké argumenty používají. Po skončení hraní rolí následuje diskuze ve skupině.

Případová studie – kazuistika je dle Mužíka (2011) založena na využití znalostí účastníků s cílem hledat řešení, podporovat rozvoj schopností účastníků a nalézat správný postup řešení celého případu. Lektor na závěr řešení zhodnotí a zdůrazní hlavní body a poznatky, které budou účastníkům užitečné v praxi.

Demonstrace – názorně demonstrační metoda dle Maňáka (1995) uvádí účastníky do přímého styku s poznáním skutečnosti a to prostřednictvím pozorování jevů, předvádění činnosti nebo statickou či dynamickou projekcí.

Podpůrná skupina – se dle Mahrové, Venglářové a kol., (2008) vyznačuje tím, že sdružuje jedince s osobitými obtížemi a umožňuje jim v bezpečném prostředí dlouhodobě pracovat na zvládnání jejich specifických problémů. V rámci této skupiny tak jedinec může přicházet do kontaktu s prožitými, nezprostředkovanými informacemi od podobně nemocných nebo postižených. Taková výměna informací bývá obvykle velmi konkrétní, jasná a bezprostřední, zároveň jedinec nezůstává v izolaci, otevírají se mu nové možnosti, jak lze jeho problém řešit. Podpůrná skupina může být vedena odborníkem nebo může být složena pouze ze samých laiků.

Didaktické pomůcky, prostředky:

- datový projektor
- flipchart
- tištěné prezentace k jednotlivým modulům k dispozici účastníkům.

8.4 Stručná charakteristika jednotlivých modulů

I. MODUL:

Název modulu: Fyziologie šestinedělí

Cíl modulu: poskytnout základní informace o období šestinedělí, psychických i fyziologických změnách

Obsah modulu:

- průběh šestinedělí,
- fyziologie šestinedělí,
- patologie šestinedělí (poporodní deprese, laktační psychóza),
- hygiena v období šestinedělí,
- strach a úzkost v období šestinedělí a jejich zvládnání,
- kazuistiky,
- diskuze, dotazy.

Formy modulu: časový rozsah modulu: 2x 60minut, přestávky 2x 10 minut

Metody modulu:

- přednáška power pointovou prezentací,
- rozbor problémů účastnic kurzu.

Didaktické pomůcky, technika:

- data projektor
- flipchart.

Základní literatura a důležité zdroje informací k tématům modulu:

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vyd. Praha: Galen, 2005, 2006.

ISBN 80-7262-411-3

PORODNICE. *Šestinedělí* [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupné

z:<http://www.porodnice.cz>

II. MODUL

Název modulu: Kojení

Cíl modulu: poskytnout základní informace o problematice kojení

Obsah modulu:

- fyziologie laktace,
- polohy při kojení,
- kojení u vícečetných těhotenství,
- orofaciální stimulace,
- kojení při onemocněních novorozenců,
- strava kojící matky,
- náhradní mateřská výživa.

Formy modulu: časový rozsah modulu: 2x 60 minut, přestávky 2x 10 minut

Metody modulu:

- přednáška power pointovou prezentací,
- diskuzní metody – skupinová diskuze – debata o problému,
- demonstrace.

Didaktické pomůcky, technika:

- data projektor,
- flipchart

Základní literatura a důležité zdroje informací k tématům modulu:

FOŘT, P. *Moderní výživa v praxi pro těhotné, kojící ženy a děti*. 1. vyd. Praha: Metramedia, 2001

ISBN 80-238-5885-8

GREGORA, M., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005

ISBN 80-247-1291-1

KLIMOVÁ, A. et al. *Kojení dar pro život*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998.

ISBN 80-7169-490-8.

III. MODUL

Název modulu: Péče o novorozence

Cíl modulu: Poskytnout základní informace péče o zdravého novorozence

Obsah modulu:

- charakteristika novorozeneckého věku,
- vyšetření dítěte,
- vyprazdňování dětí plně kojených a na umělém mléce,
- růst a vývoj dítěte, hmotnostní přírůstky,
- péče o dítě v domácím prostředí,
- hygiena,
- správné zásady nošení dítěte,
- dotazy, diskuze.

Formy modulu: časový rozsah modulu: 2x 60 minut, přestávky 2x 10 minut

Metody modulu:

- přednáška power pointovou prezentací,
- diskuzní metody – skupinová diskuze – debata o problému.

Didaktické pomůcky, technika:

- data projektor,
- flipchart.

Základní literatura a důležité zdroje informací k tématům modulu:

KIEDROŇOVÁ, E. *Něžná náruč rodičů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004

ISBN 80-247-1210-5

SYMONS, J. *Těhotenství a péče o dítě*. 1.vyd. Praha: Rebo Productions CZ, spol. s.r.o., 2003

ISBN 80-7234-284-3

IV. MODUL

Název modulu: Vztahové problémy

Cíl modulu: Charakterizovat možné rozpory partnerského soužití po narození dítěte

Obsah modulu:

- partnerská diáda versus tříčlenná rodina,
- očekávání ženy a muže,
- partnerská opora,
- základy komunikace – nácvik,
- možnosti řešení konfliktů, neshod – nácvik
- diskuze.

Formy modulu: časový rozsah modulu: 2x 60minut, přestávky 2x 10 minut

Metody modulu:

- přednáška power pointovou prezentací,
- kazuistiky,
- podpůrná skupina
- hraní rolí- nácvik komunikačních dovedností, řešení neshod v partnerském soužití.

Didaktické pomůcky, technika:

- data projektor,
- flipchart

Základní literatura a důležité zdroje informací k tématům modulu:

KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2002.

ISBN 80-7178-657-8

PRAŠKO, J. a kol. *Úzkost a obavy*. Praha: Portál, 2006.

ISBN 80-7367-079-8

V. MODUL

Název modulu: Negativní pocity spojené s mateřstvím

Cíl modulu: Charakteristika nejčastějších negativních pocitů po porodu dítěte

Obsah modulu:

- očekávání žen od mateřství,
- role matky versus role manželky versus pracovní kariéra,
- pocity osamění, selhávání a pocity viny,
- úzkost u žen v období šestinedělí,
- vztah k vlastnímu tělu,
- diskuze.

Formy modulu: časový rozsah modulu: 2x 60minut, přestávky 2x 10 minut

Metody modulu:

- přednáška power pointovou prezentací
- podpůrná skupina

- Ddskuzní metody – skupinová diskuze – debata o problému

Didaktické pomůcky, technika:

- data projektor,
- flipchart

Základní literatura a důležité zdroje informací k tématům modulu:

GREENBERGER,D.,PADESKY,Ch. A.*Na emoce s rozumem. Příručka kognitivní terapie pro klienty.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-742-6

KRATOCHVÍL, S.: *Základy psychoterapie.* Praha: Portál, 2002

ISBN 80-7178-657-8

MOŽNÝ, P.,PRAŠKO,J. *Úvod do teorie a praxe.* Praha: Triton, 1999

ISBN 80-7254-038-6

SKUTILOVÁ,V.: *Jak na strach a úzkost v těhotenství.* 1.vyd. Praha: Grada, 2016

ISBN 978-80-247-5469-7

8.5 Organizační a lektorské zajištění vzdělávacího programu

Kvalifikace, vzdělání, praxe lektorů:

Vzdělání: VŠ, VOŠ (lékařské vzdělání - obor pediatrie, gynekologie, vzdělávání dospělých- andragogika, zdravotní sestra se specializací v oblasti porodní asistentka, dětská sestra, laktační terapeutka, fyzioterapeut, kognitivně behaviorální terapeut)

Zkušenosti: praxe v oboru pediatrie, gynekologie, laktační poradenství, fyzioterapie, psychoterapie

Další kompetence lektora: komunikační dovednosti, používání moderních výukových technologií, příklady a zkušenosti z praxe, empatie

Lektor 1: jméno, titul, pracovní zařazení, praxe, lektorské zkušenosti

Lektor 2: jméno, titul, pracovní zařazení, praxe, lektorské zkušenosti

Lektor 3: jméno, titul, pracovní zařazení, praxe, lektorské zkušenosti

Lektor 4: jméno, titul, pracovní zařazení, praxe, lektorské zkušenosti

Lektor 5: jméno, titul, pracovní zařazení, praxe, lektorské zkušenosti

Odborný garant kurzu:ředitel mateřského centra

Prostorové, technické a materiální zabezpečení kurzu:

Výuka bude probíhat v prostorách mateřského centra. Prostory jsou standardně vybaveny, součástí vybavení je data projektor a flipchart. Přebalovací pult. Mikrovlnná trouba. Hlídkání dětí zajištěno kvalifikovaným personálem. Soukromý prostor pro kojení.

Občerstvení: k dispozici pro účastníky budou nápoje, káva, čaj,

8.6 Výstupy, hodnocení vzdělávacího programu

Výstup, zakončení kurzu: účastníci obdrží potvrzení o účasti na kurzu

Zpětná vazba: Po zakončení každého modulu bude vyhrazen prostor pro zpětnou vazbu účastnic a jejich náměty připomínky a podněty. Zpětná vazba proběhne ústní formou.

ZÁVĚR

Práce se zabývala obdobím šestinedělí. Tato doba není mnohdy šťastná a radostná, jak by se mohlo očekávat. Ženy po porodu velmi často prožívají pocity smutku, beznaděje, zoufalství, méněcennosti, neschopnosti postarat se o své dítě. Často mívají myšlenky, že to chtěly jinak. Domnívaly se, že porodem to nejhorší skončilo, ale opak může být pravdou.

Těhotenství a mateřství s sebou přináší změnu životní role ženy, toto je nejvíce patrné u prvorodiček. Ženy po porodu často pociťují starosti, pocity slabosti problémy s koncentrací, pochybují samy o sobě, prožívají i ambivalentní vztah k dítěti. Ženy se potýkají se také strachem z tělesných změn, ze ztráty manžela nebo z ekonomických dopadů mateřství. Důležitým faktorem je osobnost ženy, její očekávání od sebe, partnera a rodiny. Nemalou úlohu hrají i informace, které mohou negativní pocity nejen redukovat, ale při špatném podání také zvýraznit.

Práce autorky vycházela z jejich dlouhodobých zkušeností s prací s těhotnými ženami a ženami po porodu. Porod dítěte, jak již bylo uvedeno, s sebou nese pouze radost, ale může také odhalit nezpracované zážitky z dětství, dysfunkční vztahy v rodině nebo odlišný hodnotový žebříček partnerů. Ženy toto prožívající se mohou cítit osaměle, mají vztek na okolí i na sebe, mohou pak vinit i právě narozené dítě.

V rámci práce autorky bylo provedeno deset rozhovorů se ženami v šestinedělí, jejich cílem bylo zjistit, jak byly ženy o tomto období edukovány. Pro naplnění tohoto cíle se autorky stanovila čtyři výzkumné otázky: Jak byly ženy informovány o období šestinedělí? A kdo jim tyto informace poskytl? Jaké informace nejvíce postrádaly? Jak ovlivnila gynekologická anamnéza prožívání těhotenství, porod a období šestinedělí? Jak prožívaly a jak se cítily v období šestinedělí? Kdo jim poskytl největší oporu? Na základě odpovědí respondentek byl vytvořen návrh vzdělávacího programu pro ženy v šestinedělí, jenž má tři kategorie: informace, prožívání, opora.

Vzdělávací program bude nabízen mateřským centrům v České republice. Kontakt na kurz bude zprostředkován praktickými lékaři pro děti a dorost, porodnicemi, prostřednictvím laktačních terapeutek a prostřednictvím webových stránek mateřských center. Program má více rovin. V první řadě se jedná o rovinu edukační. Ženy dostanou

od profesionálů potřebné informace. Toto by mělo přispět k omezení vyhledávání často ne zcela pravdivých informací na internetu. Správná edukace v tomto případě přináší zmírnění stresu ženy po porodu. Druhou rovinou je úroveň psychoterapeutická. Ženy prožívající negativní emoce, s nimiž si nedokážou samy poradit a budou mít možnost ji odborně řešit. Bohužel v České republice stále přetrvává pocit jakési stigmatizace při vyhledávání psychologické či psychoterapeutické pomoci. Vzdělávací program tuto pomoc nenásilnou formou nabídne. Žena nemusí docházet do odborné ambulance, ale do přátelského prostředí mateřského centra. V neposlední řadě je potřeba zmínit rovinu sociální. Žena již před porodem odchází na mateřskou dovolenou, je tak vytržena ze svého profesního zázemí a určitého okruhu přátel. Po porodu se veškerý čas soustředí zejména na dítě, se kterým je žena sama doma, zatímco ostatní jsou v zaměstnání. Řada žen se domnívá, že se na roli matky během těhotenství připraví. Opak je pravdou. Po porodu jsou pak velmi překvapené, že to takto není. Žena, která do této doby byla pracovně vytížená a v neustálém sociálním kontaktu s jinými lidmi je najednou osamělá. Doma je stále sama, jen s dítětem, se kterým si neví mnohdy rady. Toto je i období prvních problémů v partnerském soužití. Dochází k prvním hádkám, výčtkám, pocitu sklíčenosti. Oba dva s manželem to chtěli jinak. To je velmi častá odpověď. Mateřské centrum tak nabídne možnost pro setkávání s ženami ve stejné životní fázi. Mohou zde sdílet své zkušenosti, starosti, poradit se a v neposlední řadě také mohou dostat pocit uklidnění, uspokojení, že jsou dobrými matkami, že nejsou jediné, které zažívají podobné negativní pocity. Můžeme to nazvat i určitou socializací, neboť u nich dochází k sociálnímu učení. Žena se nachází v nové sociální roli matky a potřebuje se tuto roli naučit. Mateřské centrum je jedinečné místo, kde může docházet vzájemnými vztahy, sociální interakcí k sociálnímu učení. Mateřská role není automatická, velmi často si ženy bojí přiznat, že se v této roli necítí dobře. Právě i pro takovýto typ matek by byl tento vzdělávací program. Vzdělávací program ve stávající podobě, lze v budoucnu rozšířit o související témata, která z praxe vyplynou.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ATKINSON, R. L., et al., 2003. *Psychologie*. 2.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.

DRYDEN, W., 2008. *Poradenství*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-370-0.

FOŘT, P., 2001. *Moderní výživa v praxi pro těhotné, kojící ženy a děti*. 1.vyd. Praha: Metramédia. ISBN 80-238-5885-8.

GREENBERGER, D., CH. A. PADESKY, 2003. *Na emoce s rozumem. Příručka kognitivní terapie pro klienty*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-742-6.

GREGORA, M., M. PAULOVÁ, 2005. *Výživa kojenců*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1291-1.

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

CHMEL, R., 2005. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1124-9.

KEPÁK, J. et al., 1998. *Novorozeně v prvních dnech doma: rady začínajícím rodičům*. 1. vyd. Praha: Sdružení MAC. ISBN 80-86015-31-9.

KIEDROŇOVÁ, E., 2004 *Něžná náruč rodičů*. 1.vyd. Praha: Grada.

ISBN 80-247-1210-5

KLIMOVÁ, A. a kol., 1998. *Kojení-dar pro život*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-490-8.

KRATOCHVÍL, S., 2002. *Základy psychoterapie*. 4.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-657-8.

KŘIČKOVÁ, V., 2011. *Využití kognitivně behaviorální terapie u generalizované úzkostné poruchy*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Jana Amose Komenského,

obor Vzdělávání dospělých. Vedoucí bakalářské práce: MUDr. et Mgr. Vladana Skutilová.

LAROUSSE, 1995. *Encyklopedie rodičovství*. 1.vyd. Praha: Slovart. ISBN 80-85871-89-0.

MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-247-2138-5.

MAŇÁK, J., 1995. *Nárys didaktiky*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-1124-6.

MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O et al., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O., 1999. *Potřebujete psychoterapii?* 2.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-314-5.

MOŽNÝ, P., J. PRAŠKO, 1999. *Úvod do teorie a praxe*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-038-6.

MUŽÍK, J., 2011. *Andragogická didaktika. Řízení vzdělávacího procesu*. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. ISBN 978-80-7357-581-6.

NAKONEČNÝ, J., 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2.vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-0625-7.

NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, L., 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3

PALÁN, Z., T. LANGER, 2008. *Základy andragogiky*. 1.vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-58-7

PAŘÍZEK, A., 2005. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2.vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-411-3.

PRAŠKO, J. et al., 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7178-635-2.

PRAŠKO, J. et al., 2006. *Úzkost a obavy*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-079-8.

PRŮCHA, J., J. VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.

SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5469-7.

STRAUSS, A., J. CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1.vyd. Brno: Albert Boskovice. ISBN 80-85834-60-X.

SYMONS, J., 2003. *Těhotenství a péče o dítě*. 1.vyd. Praha: Rebo Productions CZ. ISBN 80-7234-284-3.

VETEŠKA, J., 2015. *Mediace a probace v kontextu sociální andragogiky*. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-898-7

VETEŠKA, J., 2016. *Přehled andragogiky*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1026-9

VYMĚTAL, J. a kol., 2004. *Obecná psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0723-5.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

O'CONNOR, E., ROSSOM RC., HENNINGER, M., GROOM, HC., BURDA, BU., Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum

Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.*, 2016, Jan 26; 315(4):388-406. Do i: 10.1001/jama.2015.18948.

HATÁR, C., 2009. *Sociálna pedagogika, Sociálna andragogika a Sociálna práca*. 2. vyd. Praha: Educa Service. ISBN 978-80-87306-01-7

Seznam použitých internetových zdrojů

KOJENI. CZ. *Deset kroků k úspěšnému kojení*. [online]. [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/poradcum/10kroku/>

MOŽNÝ, P. *Zklidňující dýchání*. [online]. [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/3161069-Zklidnuj-mudr-petr-mozny.html>

PORODNICE. *Šestinedělí*. [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz>

UNIE CENTER PRO RODINU A KOMUNITU. *Základní informace*. [online]. [cit. 2016-03-01]. <http://www.uniecenter.cz/>

SEZNAM ZKRATEK

ANM - Automatické negativní myšlenky

KBT - Kognitivně behaviorální terapie

WHO - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Bludný kruh	31
------------------------------	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní údaje získaného souboru respondentek	46
Tabulka 2 : Záznam myšlenek klientky.....	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Návrh otázek k rozhovoru s ženami v šestinedělí.....I

Příloha A- Návrh otázek k rozhovoru s ženami v šestinedělí

1. Velikost obce, ze které pocházíte
2. Kolik je vám let?
3. Jaký je Váš stav?

Následující část se bude týkat nynějšího těhotenství:

4. O kolikáté vaše těhotenství se nyní jednalo? Započítejte do toho, pokud jste dříve potratila nebo byla na umělém ukončení těhotenství.
5. Jednalo se o spontánní otěhotnění nebo jste využili metod asistované reprodukce (umělé otěhotnění)?
6. O kolikátý Váš porod se nyní jednalo?
7. Jednalo se o těhotenství jednočetné nebo vícečetné?
8. Otěhotněla jste plánovaně?
9. Jak dlouho nyní trvala vaše snaha otěhotnět?
10. Měla jste v těhotenství nějaké komplikace (např. špinění, krvácení, atypický nebo pozitivní screening Downova syndromu, průkaz nějaké vrozené vady u plodu, onemocnění, léky, hospitalizace v době těhotenství a další)?
11. Jak jste těhotenství prožívala? Cítila jste se ‚v pohodě‘? Bála jste se vyšetření? Porodu? Cítila jste spíše stres nebo jste se naopak radovala?
12. Pokud jste v těhotenství prožívala stres, u koho jste hledala oporu? (manžel, sourozenci, rodiče, kamarádky, ošetřující lékař, internet)
13. Máte pocit, že jste v těhotenství měla dostatek informací o všem, co jste potřebovala vědět?
14. Kde jste tyto informace získávala? (ošetřující lékař, rodina, kamarádky, internet, odborná literatura, jiné)
15. Rodila jste v termínu?

16. Byl porod něčím komplikovaný? (Pokud ano, tak čím?)
17. Bylo dítě po porodu kříšené?
18. Jak jste prožívala první dny po porodu? Jak jste se cítila?
19. Máte pocit, že s novorozencem/doma/v partnerském/manželském životě nyní zvládáte?
20. Napadlo vás někdy, že nyní selháváte?
21. Pokud ano, o jakou oblast se jednalo? (například: péče o novorozence, péče o starší dítě, soužití s manželem/partnerem)
22. Cítíte ve svém okolí oporu nebo se naopak cítíte osaměle?
23. Představovala jste si dobu po porodu jinak?
24. Cítíte se někdy provinile, že věci nejsou tak, jak jste si myslela?
25. Měla jste vy nebo vaše dítě po propuštění nějaké komplikace?
26. Plně kojíte?
27. Přemýšlela jste někdy o tom, že jste ‚hrozná matka‘?
28. Přemýšlela jste někdy o tom, že jste ‚hrozná partnerka/manželka‘?
29. Máte všechny potřebné informace o kojení, péči o novorozence, gynekologické problematice po porodu?
30. Kdo vám tyto informace poskytl?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Veronika Kříčková

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Možnosti využití kognitivně behaviorální terapie v edukačním procesu žen v období šestinedělí

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 69

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 34

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D.