



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Příčiny a projevy změn psychiky u šestinedělek

Vypracovala: Daniela Dejmková
Vedoucí práce: doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Těhotenství a porod je pro každou ženu zlomovým obdobím jejího života. Není možné, aby se všechny změny, kterými prochází, neprojevyly v dalším adaptačním období, kterým je šestinedělí. Tématem bakalářské práce jsou příčiny a projevy změn psychiky u šestinedělek. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje somatický průběh šestinedělí, přerod sociální oblasti a konečně změny projevující se v oblasti psychické. Další část je věnovaná porodním asistentkám, jejich kompetencím a úloze během těchto období ženy.

Praktická výzkumná část byla zaměřena na ženy v šestinedělí a jejich prožitky, které mohly ovlivnit psychické změny odehrávající se v šestinedělí, a také na úlohu porodní asistentky v tomto období. Na tomto základě jsme si stanovili tři cíle: prvním z nich bylo zjistit, zda na sobě ženy vnímají psychické změny v šestinedělí a zda jsou na tyto změny připraveny. Druhým bylo zjistit, jak šestinedělka vnímá pomoc ze strany porodních asistentek a v jaké oblasti porodní asistentky tuto pomoc nejvíce poskytují. Naším třetím cílem bylo identifikovat, jaký vliv má na psychiku šestinedělek místo porodu a způsob jeho vedení.

K dosažení těchto cílů jsme zvolili metodu polostrukturovaných rozhovorů vlastní konstrukce. Výzkumným vzorkem se pro nás stala skupina deseti matek. Rozhovory s nimi jsme vedli až v době, kdy už své šestinedělí prožívaly nějakou dobu doma, a to většinou právě v jejich domácím prostředí. Pro zajímavější výsledky jsme se rozhodli porovnat případy matek z České republiky a z Rakouska, kde se systém péče o ženu a dítě částečně liší. Údaje získané z rozhovorů byly zpracovány kvalitativní analýzou. Ze zjištěných výsledků byly zodpovězeny všechny tři stanovené výzkumné otázky.

Po výzkumu můžeme odpovědět na první z nich, tedy jak na sobě šestinedělky vnímají psychické změny a jsou na tyto změny připraveny? Všechny šestinedělky na sobě psychické změny pozorují, výrazněji však prvorodičky než vícerodičky. Na základě jejich zkušeností jsme také popsali projevy těchto změn, kterými je především lehké kolísání nálad od euforie k pláči, v těžších případech smutek, sebeobviňování a úzkost. Z výzkumu dále vyplynulo, že ženy sice psychické změny očekávají a určitými způsoby se na ně připravují, ale přesto jsou jimi překvapené.

Druhá výzkumná otázka zní, jak šestinedělky vnímají pomoc ze strany porodních asistentek a v jaké oblasti porodní asistentky tuto pomoc nejvíce poskytují? Zde nás překvapili rozdíly ve zkušenostech žen rodičích v České republice a v Rakousku. České ženy se totiž s porodní asistentkou setkávají především na porodním sále, případně na oddělení šestinedělí: oceňují jejich psychickou podporu, při porodu pomoc s vyhledáváním úlevových poloh a dále pomoc s péčí o novorozence a s kojením. Rakouské šestinedělky se kromě porodnice téměř vždy setkaly se soukromými porodními asistentkami v těhotenské či mateřské poradně, na kurzech předporodní přípravy, či v soukromí, hlavně během šestinedělí, kdy je navštěvovaly doma. Jejich hlavní pomocí je opět psychická podpora a předávání zkušeností v péči o dítě a kojení. Zjišťujeme, že by porodní asistentka byla jednou z prvních osob, na kterou by se obrátily při psychických potížích. Potvrzujeme, že porodní asistentka může významně ovlivnit psychickou pohodu šestinedělky, když svým přístupem posílí sebevědomí ženy, se kterou pracuje, a to jak v těhotenství, tak během porodu a v šestinedělí.

Třetí výzkumnou otázkou se snažíme odpovědět, jaký vliv má na psychiku šestinedělky místo porodu a způsob jeho vedení. Narážíme na změny ve způsobu vedení porodu v obou zemích: v České republice bylo vedení spíše aktivní a v rukou lékaře. Často zde při vyjádření žen narážíme na slova boj a negativní revers, když ženám nebylo umožněno dosáhnout svých přání mírnější cestou. Projevuje se tu také více závažných psychických změn v šestinedělí, především to jsou známky posttraumatické stresové poruchy. Při porodech v Rakousku měla významnou zodpovědnost i roli porodní asistentka, a byl zde brán větší ohled na přání a pocity rodičky. To vedlo k větší důvěře ve zdravotnický personál i v sebe samu, a následně k menšímu výskytu nepříznivých změn psychiky v šestinedělí. Zjišťujeme, že větší vliv než lokalita má výskyt komplikací a silného strachu ženy v období okolo porodu.

V závěru byla tato práce doporučena pro využití při seminářích či přednáškách pro odbornou veřejnost, především pro porodní asistentky, ale doporučujeme ji i pro veřejnost laickou. Další možností je publikace v odborném časopise.

Klíčová slova: porod, šestinedělí, psychika ženy, porodní asistentka

Abstract

Pregnancy and childbirth is a turning point in every woman's life. It is impossible that all the changes won't have an impact on the woman in next few weeks, which are called puerperium. The topics of the bachelor's thesis are causes and symptoms of mental changes during puerperium. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part describes physical changes in puerperium, the transformation of the social field and finally the mental changes. The next part is dedicated to midwives, their competences and tasks during these periods of a women's life.

The practical research part focuses on women in puerperium and their experiences, which could have influenced mental changes during puerperium, as well as on the role of a midwife in this period. On the basis of this we set down three goals: the first one was to find if women perceive mental changes during puerperium and if they are ready for these changes. The second was to find how a woman in puerperium perceives help given by midwives and in which area is the help provided the most. Our third goal was to define what kind of impact has the place and the way of the childbirth on a woman in puerperium.

To achieve these goals we decided to use the method of half-structured interviews of our own construction. Our research sample was a group of ten mothers. We held the interviews when the women were going through puerperium at home for some time already, mostly just at their homes. For more interesting results we decided to compare cases of mothers from The Czech Republic and Austria, where the care system is slightly different. Information gained from the interviews were analysed qualitatively. All three goals, that we had established, were fulfilled thanks to the information.

We can answer the questions given in the first goal just after the research. So how women in puerperium perceives mental changes on themselves and if they are ready for these changes? All women in puerperium are aware of mental changes, primiparas more than women who gave birth twice or more. Based on their experiences we have also described manifestations of these changes which are mainly slight mood swings from euphoria to tears, in severe cases, sadness, self-blaming and distress. The research also

showed that women do expect mental changes prepare on them but despite this fact they are surprised.

The second research question is how a woman in puerperium perceives help given by midwives and in which area is the help provided the most? The differences in the experiences of women who give birth in The Czech Republic and Austria surprised us. A Czech woman meets the midwife especially in the delivery room or in the postpartum department. They appreciate their emotional support during childbirth, the help with finding respite positions as well as their aid with the care of a newborn and breastfeeding. Austrian mothers meet with private midwives in hospitals and almost always in pregnancy or maternity counseling center, in the courses of antepartum preparation or in private, especially during the postpartum period when are visited by midwives at their homes. Their help is again mainly in teaching how to nourish and care about newborn. We find out that a midwife would be among the people to who would the mother reveal her mental problems the first. We confirms that a midwife can significantly influence the mental comfort of puerperas when with her approach she strengthen the self-confidence in the woman who she works with, both during pregnancy, delivery and postpartum.

The third research goal seeks the answer to the question, what is the impact of the place and the way of the childbirth on a woman in puerperium. We are facing differences in the way of carrying out the delivery in both countries. The carrying out was rather active and in the hands of a doctor in The Czech Republic. In the women's statements, we often found words like fight and negative revers, because they weren't allowed to reach their wishes in more lenient way. There are also more severe mental changes showing in the postpartum period especially signs of post-traumatic stress disorder. A midwife had a significant responsibility and status at childbirths in Austria so that the wishes and feelings of the mother were taken into greater focus. It led to the increase of belief into the medical staff, self-confidence incensement and consequently to a lower incidence of adverse changes in the psyche during the puerperium. We are finding out that an incidence of complications and fear of women in the period around birth has a bigger impact than the location of birth.

In the end this thesis has been recommended for use during seminars and lectures for the professional public, primarily midwives, but it is also recommend for the general public. Another option is a publication in the journal.

Keywords: childbirth, puerperium, women's psyche, midwife

Poděkování

Paní docentce PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D, děkuji za její citlivé, trpělivé a motivující vedení a cenné poznatky k mé bakalářské práci. Dále děkuji své rodině a ostatním blízkým osobám v mém životě za velkou podporu při studiu i psaní závěrečné práce. Poslední poděkování patří všem ženám, které jsem za dobu svého studia potkala či o ně mohla pečovat, zvláště pak těm, které se se mnou podělily o své porodní příběhy.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

Podpis studenta

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Období šestinedělí	10
1.1.1 Fyzické změny v šestinedělí.....	11
Hormonální přestavba	11
Involute pohlavních orgánů	11
Extragenitální involuce.....	13
Laktace	15
1.1.2 Sociální změny v šestinedělí	16
Matka a společnost	16
Matka, rodina a přátelé	17
Matka a partner.....	18
Matka a novorozenec.....	19
1.1.3 Psychické změny v šestinedělí	21
Fyziologické změny psychiky	22
Patologické změny a poruchy psychiky	23
Faktory vzniku a průběhu poporodních změn.....	26
1.2 Porodní asistentka a její úloha v péči o ženu jako prevence poporodních poruch psychiky.....	28
1.2.1 Porodní asistentka a její kompetence	28
1.2.2 Úloha porodní asistentky v přípravě ženy na mateřství a v těhotenství.....	29
1.2.3 Úloha porodní asistentky při porodu	30
1.2.4 Úloha porodní asistentky v šestinedělí.....	31
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	32
2.1 Cíl práce	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32
3 Metodika a charakteristika výzkumného souboru	33
3.1 Použitá metodika	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33

4	Výsledky výzkumu.....	34
4.1	Rozhovory s rakouskými respondentkami	34
4.2	Rozhovory s českými respondentkami.....	45
5	Diskuse	58
6	Závěr.....	71
7	Seznam použitých zdrojů	73
8	Přílohy	77

Úvod

Privést dítě na svět znamená pro ženu projít několika měsíci změn, příprav a nejistot, podstoupit porod a sžít se s novou situací natolik, aby byla schopna se o svého potomka postarat. To vše nutně ovlivní ženu tak dalekosáhle, že návrat do původního stavu nenastane nikdy. Žena prochází změnou nejen fyzickou, kterážto je většinou zřejmá první, tvaruje se však i její sociální prostředí a psychika. Ideální stav, tedy příchod dítěte zcela nekomplikovaný a probíhající dle plánů a představ, za 100% podpory okolí, není příliš častým jevem. Už v těhotenství, ale nejvíce po narození dítěte, se projeví staré rány, nedostatky a funkčnost ženského zdraví i sociálního prostředí. Psychické změny u šestinedělky jsou potom jen vyvrcholením a výsledkem souhry těchto složek, což z nich činí téma nelehké.

Psychika ženy pro nás byla vždy velmi zajímavým tématem. Zdá se sice, že psychologie šestinedělí je již dobře prozkoumaná, zároveň však počet žen s komplikacemi stále vzrůstá a péče o ně se této tendenci příliš nepřizpůsobuje. Domníváme se, že změna psychiky u šestinedělky bude pouhou „špičkou ledovce“. Podívali jsme se na příčiny těchto změn z holistického pohledu: teoretickou část jsme věnovali popisu biologických - tedy fyzických - změn v šestinedělí, přerodu sociální oblasti a konečně změnám projevujícím se v oblasti psychické. Další část patří porodním asistentkám a jejich kompetencím a úlohám během tohoto období ženy, abychom připomněli, kde mohou být opěrným bodem – třeba právě v prevenci a léčbě psychických změn v šestinedělí. Pro praktickou část jsme se rozhodli pečlivě projít příběhy jednotlivých žen od začátku těhotenství do konce šestinedělí, abychom odhalili ty části našeho pomyslného „ledovce“, které nejsou vidět na první pohled: tedy jaké prožitky mohly psychický průběh šestinedělí ovlivnit a jakou roli má v této oblasti porodní asistentka. Pro zajímavější výsledky jsme se rozhodli porovnat případy matek českých a matek rakouských, kde se systém péče o ženu a dítě částečně liší. K výzkumu jsme zvolili metodu polostrukturovaných rozhovorů vlastní konstrukce, které jsme následně porovnali a analyzovali tak, abychom dosáhli odpovědí na naše otázky a upozornili nejen zdravotnickou veřejnost na hloubku problému.

1 Současný stav

Následující kapitoly jsou věnovány popisu změn, kterými prochází žena v šestinedělí. V první části bude popsáno, co vše se děje s jejím tělem, v další, jak se mění její sociální prostředí a v poslední část obsahuje informace o psychických změnách, které ženu v šestinedělí provází. Druhá podkapitola se zaměřuje na kompetence a úlohy porodní asistentky v přípravě ženy na mateřství a v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, zvláště v případech psychických změn matky.

1.1 Období šestinedělí

Šestinedělí neboli *puerperium* označuje období do 42. dne od ukončení těhotenství a porodu porozením placenty (Geist, 2013). V průběhu těchto 6 týdnů mizí anatomické fyziologické i některé patologické změny (např. gestační diabetes, preeklampsie, těhotenská hepatopatie) vzniklé v graviditě. Je nutné podotknout, že těhotenství a porod zanechávají v tělesné a psychické složce ženy dalekosáhlé změny a úplný návrat do původního stavu nenastane nikdy. Mnoho změn ale nastupuje až v šestinedělí: jedná se o změny tělesné, endokrinní, i sociální (Chromý, 2005). Organismus ženy je tedy stále ještě dost zranitelný a všechny probíhající změny činí toto období zároveň nesmírně psychicky náročným (Feit, 2006; Čech, 2007).

Obecně je možné stanovit 5 *procesů*, kterými se šestinedělí vyznačuje: budování pevného vztahu mezi matkou a dítětem, hojení porodních poranění, hormonální přestavba a opětovné zahájení činnosti ovarií, spuštění a zachování laktace, a přestavba anatomických změn vzniklých v těhotenství. Puerperium je dále rozdělováno na šestinedělí *časné (rané)*, zahrnující období do 7. dne po porodu a *pozdní*, končící 42. poporodním dnem (Mändle, 2003; Čech, 2007).

1.1.1 Fyzické změny v šestinedělí

Hormonální přestavba

Odloučením placenty je náhle přerušeno vylučování jejích hormonů - *estrogenů*, *progesteronu*, *placentárního laktogenu* a *lidského choriogonadotropinu*. Na tuto prudkou změnu rychle reagují všechny orgány, které jimi byly v těhotenství ovlivňovány a začnou se vracet do původního stavu (Mändle, 2003). Po poklesu hladiny progesteronu ustupuje hypotonie ureterů, ledvinných pánviček a střev (Tesař, 2006). Snížení hladiny estrogenů vede k vytváření a sekreci *prolaktinu* a spouští tak laktaci. U kojících žen je díky němu brzděna ovariální funkce a dochází k tzv. puerperální infertilitě. U žen, které nekojí, dochází k normalizaci ovariální funkce do 6 týdnů po porodu.

Zvláštní roli hraje také hormon *oxytocin*, způsobující kontrakce hladké svaloviny. Kromě významu při porodu působí také na svalovou tkáň prsu. Jeho vylučování je podněcováno každým přiložením novorozence a uvádí v pohyb ejekční reflex sloužící k vypuzení mléka z alveolů. Podobně působí na svalovinu děložní, k jejíž fyziologické involuci tak přispívá. Podněcuje také vznik příjemných pocitů a důvěry, a navozuje pečovatelské a ochranné chování žen, čímž přispívá k posilování vztahu mezi matkou a dítětem (Kittnar, 2011).

Involuce pohlavních orgánů

Po odloučení placenty se účinkem výše zmiňovaného hormonu oxytocinu srašťují svalová vlákna dělohy a stlačují stěny arterií, což vede k fyziologické anemizaci myometria a odbourávání tkáně. Díky zvýšenému myometrálnímu a intrauterinnímu tlaku následkem zmenšeného obsahu dutiny děložní se obnovuje děložní činnost. Intenzita kontrakcí je v prvních 24 hodinách značně vysoká, zvláště u vícerodiček, postupně však klesá jak intenzita, tak frekvence (Mändle, 2003; Čech, 2007).

Děloha váží bezprostředně po porodu cca 1000g. Je 15 - 17 cm dlouhá, 10 - 12 cm široká a předozadní průměr dosahuje hodnot 8 – 10 cm. Síla stěny děložního svalstva je 3 – 5 cm. Plocha rány po odloučené placentě je průměrně 12,5 cm široká. Fundus děložní hmatáme 1. den po porodu ve výšce 1 prstu pod pupkem.

Involuce děložní probíhá rychle: na konci prvního týdne šestinedělí váží děloha ještě 500 g, po šesti týdnech zhruba 80 g. Fundus děložní hmatáme 2. druhý den 2 prsty pod pupkem, 5. den ve výšce mezi pupkem a symfýzou, 8. den 2 prsty nad symfýzu, 10. den dosahuje fundus děložní k hraně symfýzy. Na konci 2. týdne fundus děložní nelze skrz stěnu břišní nahmatat. Po šesti týdnech je děloha jen o něco větší než před těhotenstvím. U vícečetných gravidit či multipar probíhá involuce pomaleji.

Díky retrakci dělohy se *místo inzerce placenty* ihned po porodu zmenší na polovinu a také dochází k odlučování spongiozní vrstvy decidui. Začnou působit regenerační procesy a ve sliznici se hromadí leukocyty. Regenerace endometria je skončena za 3 týdny, v místě inzerce placenty až na konci šestinedělí. Směs částí nekrotické decidui, krve, krevních sraženin, tkáňového moku, sekretů z děložního hrdla, pochvy i vulvy a také bakterií (streptokoků, E. coli aj.) odchází ven ve formě *očistků* (lat. *lochií*). Jejich složení, vzhled i množství se mění s postupným hojením dělohy. V prvních hodinách a dnech převládá složka krevní – očistky jsou tedy červené, hojné a jsou nazývány *lochia rubra*. Po 3 – 4 dnech krve ubývá, zároveň však přibývá tkáňový mok. Očistky získají zahnědlou, sangvinolentní barvu – proto *lochia fusca*. Cévy se postupně uzavírají a očistky cca 9. – 15. den po porodu dostávají díky obsahu bílých krvinek žlutavou barvu, jsou tedy nazývány *lochia flava*. Nakonec mizí i erytrocyty a leukocyty. Očistky s názvem *lochia alba* získají barvu bílou a odcházejí cca do konce 3. týdne šestinedělí. Posléze se mění v hlen a tyto *lochia mucosa* se odlučují do konce šestinedělí. Celkové množství lochií se pohybuje v rozmezí 400 – 1000 ml (Geist, 2013; Čech, 2007).

Hrdlo děložní je po porodu velmi tenkostěnné a ochablé. Je na okrajích lacerované a otevřené pro 2 prsty. Cervix se začíná formovat 24 hodin po porodu; hrdlo děložní se postupně zužuje, přičemž vnitřní branka se uzavírá rychleji, než branka zevní. Třetí den je čípek zformován, stále však zůstává prostupný pro 2 prsty. Po 8 – 10 dnech zůstává otevřen jen natolik, aby mohly odcházet očistky. Typicky cylindrický tvar cervix získává na konci šestinedělí. Zevní branka má tvar příčné štěrbiny (Geist, 2013; Čech, 2007).

Vazy děložní jsou po porodu uvolněné a ochablé, což má za následek nápadnou pohyblivost dělohy. Parametria získávají svůj původní tonus velmi pomalu. Stane se tak

až cca po šesti týdnech a děloha tak opět zaujme svou původní polohu - anteflexe (Mändle, 2003).

Vejcovody, které během těhotenství prosáklly na šířku prstu a byly vytaženy kolem dělohy, klesají v průběhu šestidenní opět do malé pánve. Zmenšují se svalové buňky a mizí prosáknutí. Podobně se zmenšují *vaječníky* a sledující fundus děložní navrací se také do malé pánve (Čech, 2007).

Pochva je po vaginálním porodu silně rozšířená, poševní sliznice bývá často edematózní a lacerovaná. Slizniční řasy jsou vyhlazeny a sníží se poševní stěny. Pochva se rychle opět zužuje, zůstane však navždy méně pružná a širší, než před porodem. Hymen je také porušen a mění se z *caruncuale hymenalis* na vroubkovité *caruncuale myrtyformes*. U kojících žen může být následkem relativně nízkého množství estrogenů pochva zpočátku vysušená. Zásadně se mění i složení *vaginální flóry*. Zvyšuje se podíl patogenních zárodků, zatímco Döderlein ubývá; pH je spíše zásaditým (Mändle, 2003).

V prvních týdnech mizí prosáknutí a pigmentace *zevních rodidel*, případné varixy se zmenší či zcela vymizí. Na malých *labích* a v *introitu* mohou být drobné trhlinky, které se při důsledné hygieně velice rychle zahojí. U větších trhlín pochvy, vulvy, hráze a po episiotomii dochází při správné péči k hojení do 6 týdnů (Geist, 2013; Čech, 2007).

Při porodu je *svalstvo pánevního dna* velkou silou natahováno a zůstává ochablé. Zároveň i zde často dochází k vzniku otoků a hematomů. Opětovná resorpce bývá velmi rychlá. Dostatečný svalový tonus se obnoví po 6 – 8 týdnech. Jako následek těhotenství a porodu často zůstává oslabena *diafragma urogenitale* a rozšířený *hiatus genitalis* (Geist, 2013; Čech, 2007).

Extragenitální involuce

Na svalstvo pánevního dna navazuje problematika *svalů břišní stěny*. Svalstvo, v těhotenství silně napínané kvůli velkému růstu dělohy, tonizuje v šestinedělí jen velmi pomalu a často nedokonale. V závislosti na paritě a konstituci rodičky někdy dochází k tzv. *poporodní diastázy*, tedy rozestoupení přímých břišních svalů. Napínání břišní stěny v graviditě také mnohdy způsobuje vznik drobných trhlinek ve škáře, zvaných *striae gravidarum*. Po porodu se hojí a mění jejich barva na stříbrně šedou. Vcelku

rychle mizí i zvýšená pigmentace v obličeji (*chloasma uterinum*) a na bradavkách, stejně tak *linea fusca* (Geist, 2013; Čech, 2007; Mändle, 2003).

Tělesná hmotnost se již během porodu sníží zhruba o 5 - 6 kg. Tento úbytek je způsoben porožením dítěte a placenty, ztrátou krve a odtokem plodové vody. V prvním týdnu po porodu ztrácí žena dalších 3 - 5 kg díky zvýšenému vylučování moči, transpirací, involuci děložní a odchodem očítků. Do 8 týdnů po porodu žena spolu s odbouráváním tuků pravděpodobně ztratí další 1 kg (Geist, 2013).

Sliznice *močového měchýře* je po porodu edematózní a překrvená, močový měchýř je rozepjatý a nedokonale se vyprazdňuje. To je podpořeno pohmožděním a otokem močové trubice, které znesnadňují mikci. V prvních dnech tak dochází k zadržování reziduální moči. Zároveň se v prvním týdnu po porodu výrazně zvýší diuréza díky vyplavování extracelulární a intravazální tekutiny, zadržované v těhotenství. Po zahojení porodních poranění se funkce močového měchýře normalizuje. Během šestinedělí se také k normálu vrací dilatace a hypotonie *ureterů* a *ledvinných pánviček*. O něco pomaleji involují zvětšené *ledviny*, jejichž průtok i glomerulární filtrace klesá. Glykosurie a kreatininová clearance se normalizuje do týdne (Geist, 2013; Čech, 2007; Mändle, 2003).

V prvních dnech je u mnoha rodiček možné pozorovat sníženou potřebu vyprazdňování. Tato lehká obstipace je způsobena několika faktory: klyzma nebo fyziologický průjem před porodem, snížený příjem potravin během porodu, ztráta tekutin, přetrvávající snížený tonus a peristaltika střev způsobený zvýšenou hladinou progesteronu, snížená mobilizace ženy po porodu, cizí prostředí a také strach z bolesti při poranění hráze, případném objevení hemoroidů. *Střevo* se do své původní polohy a funkce vrací zhruba ve 3 - 4 týdnech po porodu. Upravuje se také hyperacidita žaludku a ženě se vrací normální chuť k jídlu (Geist, 2013).

K normalizaci *krevního oběhu* dochází u zdravé šestinedělky do 2 - 3 týdnů po porodu. Náhlým poklesem množství placentárních hormonů, zejména estrogenů, se snižuje množství plazmy a kontinuálně klesá i těhotenská hypervolemie, tzn. z 5 - 6 l krve na 4 l. Hodnota erytrocytů i hemoglobinu jsou závislé na krevní ztrátě vzniklé při porodu, jsou však kompenzovány aktivací kostní dřeně a vyplavováním retikulocytů

stoupá. 3 – 5 dní po porodu odpovídá množství *hemoglobinu* 110 g/l a 6 týdnů po porodu se hladina vrací k hodnotám okolo 130 g/l. Do 2 týdnů se také vyrovnává zvýšená hladina *leukocytů*. Počet *trombocytů* krátce po porodu silně stoupá až na $500 \times 10^9/l$ a později opět normalizuje. V prvním týdnu po porodu zůstává ještě zvýšený *fibrinogen*. Spolu se zpomalenou cirkulací krve v nohách a pánvi tak pokračuje zvýšené riziko tromboembolické nemoci (Bezdičková, 2007; Čech 2007; Mändle, 2003).

Laktace

Kojení je už od pradávna nejúspěšnější prostředek k zajištění potřeb a přežití dítěte i matky. Je kombinací instinktů, reflexů a učení. Má několik aspektů: zdravotní, výživový, vývojový, imunologický, psychologický, antialergický, kontraseptivní, ekonomický a ekologický (Geist, 2013).

Ženské tělo se na kojení připravuje už od počátku těhotenství. Je závislé na změnách hladin jednotlivých hormonů. Působením progesteronu je stimulován epitel alveolů, estrogeny zase podporují růst mlékovodů. Jejich prudký pokles po porodu podněcuje začátek laktace, ačkoliv základním hormonem pro tvorbu mléka je hypofyzární prolaktin. Intenzita jeho tvorby je potom stimulována drážděním bradavek – tedy samotným aktem kojení, kdy je díky periferním nervovým dráhám přechodně zvyšován výdej prolaktinu a současně je pulsativně zvyšován výdej hormonu oxytocinu. Ten způsobuje kontrakce myoepiteliálních buněk, tzv. let-down proces, díky němuž je mléko vypuzováno z alveolů a mléčných vývodů (Gaskin, 2011; Geist, 2013). Největší množství prolaktinu je do krve matky vyloučeno v první půl hodině po porodu, pokud je dítě přiloženo. Zvýšená tvorba mléka potom nastává obvykle 2. - 3. den po porodu.

Kojení poskytuje dítěti nejen řádnou výživu a podporu imunitního systému, ale díky tělesnému kontaktu má také velký psychosociální vliv na vztah mezi ženou a novorozencem (Klímová, 1998).

1.1.2 Sociální změny v šestinedělí

Matka a společnost

Mateřství je odedávna považováno za jeden z nejdůležitějších momentů v životě ženy. Výrazně ovlivňuje její identitu, přináší pocit dospělosti a ujasnění vlastní role, naplňuje její ženskost. Mění vztah ženy k mužům i k ostatním ženám a přetváří systém navyklý v zaměstnání, doma, i v partnerském a intimním životě. Toto zásadní období provází tak množství pozitivních, ale i negativních prožitků (Bártlová, 2003). Dříve byla rodina považována jako určitý společenský mikrokosmos, kde ženy představují osoby závislé a pečovatelky o děti, muže a domácnost (Nicolson, 2001). Dnes se naše *společnost* vyznačuje tendencí k zrovnoprávnění žen a mužů. Díky tomuto posunu se zvýšila ženina rovnost ve vztazích, zlepšily se pracovní příležitosti. Vynález hormonální antikoncepce posunul ženu ke svobodnějšímu a emancipovanějšímu rozhodnutí o vlastním mateřství, a poskytl tak opět větší prostor pro vzdělání a zaměstnanost. Zároveň je však zásadně narušeno ocenění tradiční *ženské role*. Již není spojována jen s péčí o potomky a domácnost, dnes je vysoce hodnocen i úspěch ve veřejné sféře. To s sebou přináší potřebu seberealizace, uvědomění si sebe sama nezávisle na partnerovi a potomcích, zároveň však také náročné pokusy o sloučení role mateřské a profesní (Bartlová, 2003). Žena s nástupem mateřství ztrácí status ekonomické soběstačnosti, její profesionální růst je pozastaven a je tak mnohem více vystavena závislosti na partnerovi, příp. státu, rodině. Překvapivé tedy nejsou pocity nejistoty, nedobrovolného sebeobětování a přerušování své dosavadní realizace (Pečená, 1999).

Další změnu přineslo přeložení péče o těhotnou a rodící ženu z rukou porodních bab do kompetencí *lékaře* a tím i značná *technizace* této péče. Porodní asistentka měla (a má) za úkol především podpořit ženino zdraví a sebedůvěru, lékařská péče přináší spíše preventivní vyšetření ve smyslu hledání odchylek od fyziologie. Kromě nesporných výhod ale tato změna také znamená větší pocit nejistoty, které ženu tlačí k dalším prohlídkám a zásahům. Ty narušují její sebedůvěru. Po porodu je pak žena plna vděčnosti ke svému lékaři, málokdy však přičítá zásluhy také sobě (Geisel, 2004).

Role matky je ve společnosti i v ženách samých značně idealizovaná a je naplněna vírou ve všemocnou, neunavitelnou, flexibilní, obětavou, odpouštějící a bezpodmínečně milující matku, která nemá potřeby vlastní seberealizace mimo mateřství. Pokud ano, jsou stále brány jako „*nadrámec*“ povinností spojovaných s péčí o rodinu. Navzdory těmto nereálným a neexistujícím představám má mateřství stále velmi nízký *sociální status* (Nicolson, 2001).

Matka, rodina a přátelé

V souvislosti s šestinedělím není novým pojmem slovo *izolace*. V minulosti byla šestinedělka silně omezována především *teritoriálně*, časově a v mnoha různorodých činnostech kvůli představě, že je „*nečistá*“. To předpokládalo čtyřicetidenní pobyt v tzv. koutě, odkud směla vycházet pouze výjimečně. Jejím úkolem bylo starat se pouze o kojence a sebe, ale i s tím jí pomáhala denně docházející porodní babička a kmotry. Ostatní práce po dobu šestinedělí zastávali sousedky, kmotry a příbuzní, kteří také donášeli jídlo pro celou rodinu. (Navrátilová, 2004). Rodinné společenství mělo své nátlakové a kontrolní mechanismy, které jsou dnes odmítány. Zároveň však mělo pro ženu i nesporné výhody: byla ušetřena od domácích prací, byly zde další náruče, které dítě pochovaly, někdo, s kým bylo možno poradit se o kojení, určité stabilní modely chování, možnost regrese, soukromí a času si odpočinout. Žena byla v období porodu obklopena a podporována příbuznými, ale zároveň od přílišného ruchu ochráněna.

V kontrastu s tím je dnešní matka izolována především *sociálně*. Jedním z aspektů je odmítání kontaktu s vlastní matkou či tchýní, která by případnou podporu mohla poskytnout. Důvodem je nezvyk na vícegenerační soužití, kdy se dlouhodobý pobyt příbuzných v domově ženy stává spíše další zátěží. Dalším důvodem jsou potom často velmi odlišné názory na těhotenství, porod a kojení, které opět způsobily změny ve společenském a medicínském pohledu.

Pro mladé lidi se otevřely hranice dosavadního světa. Není výjimečné, že se ženy právě v době těhotenství stěhují do nového města či bytu a noví sousedé i okolí je jim úplně cizí. Staří *přátelé* a *příbuzní* jsou daleko. Žena mnohdy trpí nedostatkem

sociálních kontaktů, jelikož většinu z nich udržovaly v rámci zaměstnání, které během těhotenství opouští. Ještě menší bývá okruh známých s malými dětmi nebo novorozenci. To klade nové nároky i na partnerský vztah (viz následující kapitolu).

Mnohdy jsou potřeby žen přesně opačné, než nabídka jejího okolí. Když potřebují poradit a podpořit se ve svých kompetencích, nemá na ně nikdo čas (včetně zdravotníků). Když si naopak přejí klid a soukromí, jsou často náhle obklopeni množstvím lidí, kteří svou přítomností nepřinášejí praktický užitek a pomoc.

Výrazné řešení nabízí *kurzy předporodní přípravy*, ve kterých mají ženy (či páry) dostatek prostoru pro diskuzi a výměnu názorů či rad s osobami v podobné životní situaci a nahrazují tak mezigenerační předávání zkušeností. V těchto skupinách vzniká také mnoho přátelství a ženy tak si mohou doplnit sociální kontakty, které mnohdy přetrvávají i v náročné době poporodní, kde jsou tolik potřebné (Geisel, 2004).

Matka a partner

Žena je, na rozdíl od muže, už od raného věku více závislá na vztazích (Bartlová, 2003). S počátkem těhotenství však přirozeně vyžaduje ještě více *pozornosti* ze strany partnera a blízkých a snadno nabývá pocitu poranění a strachu. Každá žena přirozeně a opodstatněně touží po uznání a partnerském ocenění, což je znásobeno nedostatečným ohodnocením společnosti (Pečená, 1999).

V poslední době jsou vůbec na vztah mezi mužem a ženou kladeny extrémně *vysoké nároky*. Každý z nich má být pro druhého nejlepším přítelem a zároveň i náhradním rodičem, sourozencem, sexuálním partnerem a důvěrníkem (Geisel, 2004).

Pokud muž očekává rodinu s radostí, lépe přijme i změny, které s sebou tento „jiný“ stav ženy přináší. Bude se snažit ženě poskytnout pocit bezpečí a ochrany, existenční jistotu a hlavně pomoc v péči o dítě. Jestliže partner není do dění okolo těhotenství, porodu a šestinedělí vtažen, může tyto změny vnímat naopak negativně (Pečená, 1999).

Častým zdrojem obtíží bývá malé, nebo žádné zapojení partnera do *péče o domácnost a dítě*. Od narození prvního potomka většinou dochází k výraznějšímu generovému rozdělení rolí mezi partnery, přičemž žena většinou nese mnohem více

zodpovědnosti za domácnost a dítě (Bartlová, 2003). Dalším výrazným problémem jsou *komunikační obtíže*: mnohé ženy své partnery do svých starostí a problémů nechtějí zasvěcovat, v jiných případech muž ženě aktivně nenaslouchá či se vyhýbá situacím vyžadujícím jeho pozornost. Vztah také bývá zatěžován nedostatkem času k tomu, aby si partneři sami nerušeně popovídali či podnikli něco jen spolu.

V neposlední řadě také může docházet k problémům v *sexuálním životě*. Nastává nebezpečí, že se muž a žena začnou vnímat pouze jako rodičovskou jednotku. Během těhotenství se mění tělesná schránka ženy. Vyvrcholením je potom porod, kdy často dochází k poranění hráze či pochvy. I pánevní dno a celý porodní kanál je velmi citlivý, stejně jako poranění po císařském řezu. Léčba nějakou dobu trvá, stejně tak vyrovnávání se s mnohdy traumatizujícími porodními zážitky. To může narušit ženin pohled na své tělo a *sebe přijetí*, ale také pohled muže na svou partnerku. Mnohdy má strach se jí dotknout, obzvláště, je-li přítomen u porodu. Tato přítomnost se stala běžnou záležitostí a někdy až normou – jednou ze známek moderně pojatého „dobrého“ otce. Další překážkou bývá velká *únava* partnerů při náhlé změně denních (i nočních) povinností. I vlivem kojení mívá žena snížené libido – ale mužova potřeba sexuality se oproti tomu téměř nemění (Geisel, 2004).

Matka a novorozenec

Porodem je nenávratně rozdělena doposud celistvá jednotka matka - dítě. Oba jedinci teď vstupují do nové fáze poznávání jeden druhého. V tomto bodě se některé matky stávají obětí mýtu o obrovské lásce k dítěti, která nastane automaticky a bezprostředně po jeho narození. Přitom je zcela přirozené, že si nejprve musí zvyknout na jeho samostatnou osobnost. Stejně tak lze očekávat doprovázení této poznávací fáze protichůdnými hodnoceními, které budou kolísat mezi nadšením a odmítáním, mezi něžností a bezmocným vztekem.

Dítě je na světě i se svými zcela reálnými potřebami, které je třeba uspokojit. Zvláště v prvních měsících může mít matka pocit, že stále pouze dává a nedostává nic nazpět. Dítě znamená náročnou práci, sníženou možnost kontaktů, ztrátu samostatnosti a opuštění mnoha příjemných aspektů života. Přidáme-li k tomu ještě tělesnou

a hormonální přestavbu, nedostatek spánku s pláčem a křikem dítěte, nejsme příliš daleko od situace, kdy se obecná péče obrátí ve vyčerpání, sklíčenost, rezignaci, hněv a agresi vůči dítěti. V porovnání s vnitřní představou ideální matky se samozřejmě ozve špatné svědomí a dítě se může ukázat jako projev vlastního *selhání*.

Čím více *obtíží* vyvstane v raném vztahu matky a dítěte, tím vyšší je riziko pro vznik postnatálních reakcí. Nejedná se pouze o zátěž, kterou ovlivní matka, ale i o jiné specifické situace: musíme např. rozlišit mezi „*hodným*“ a *klidným* dítětem, jež lze snadno zajistit a potomkem *náročným*, jehož péče vyžaduje mnoho energie. Jsou zkrátka jedinci, kteří dobře usínají, dlouho spí a jsou snadno utěšitelní – jiné děti naproti tomu reagují zklidněním teprve po dlouhých hodinách nošení, usínají dlouho a často se ze spánku brzy budí s pláčem a nařikáním. Obzvláště problematické jsou děti, které trpí novorozeneckou kolikou. Žena se cítí vyčerpaná, bezradná a také inkompetentní jako matka, protože nedokáže ztlumit utrpení svého dítěte. Pocity bezradnosti má také matka dítěte, které od porodu trpí vážnými zdravotními problémy. Extrémní strach může způsobit potřebu dítě opustit, svěřit dítě do opatrování nemocničního personálu a být s ním pouze v omezeném kontaktu. Na druhou stranu může mít silnou potřebu být s dítětem, ta je ale narušena právě nutností jeho pobytu na specializované jednotce. Pokud je nemocné dítě ošetřováno *doma*, je kontakt sice bližší, ale žena si vlivem přetížení mnohem rychleji sáhne na hranice svých psychických i fyzických možností (Nispel, 1996).

Symptomy matky a dítěte nelze považovat za izolované jednotky. Co se stane jednomu, stane se oběma. Je třeba, aby došlo co nejdříve k synchronizaci obou lidí. Dyskoordinace spočívá v tom, že matka i dítě jsou v pořádku, ale nedaří se jim sladit své potřeby. Když má dítě hlad, matka spí, a když chce matka krmit, spí zase dítě. Většinou se to srovná, ale pokud v důsledku dyskoordinace má matka prsy příliš nalité a dostane teploty, může zcela nevhodné rozhodnutí, které oddělí matku od dítěte, vést k prohloubení poruchy (Chvála, 2006).

Dle nejnovějších poznatků lze vzájemnou interakci mezi matkou a dítětem nejlépe podpořit metodou tzv. *bondingu*. Jedná se o způsob, jak matkám usnadnit vstup do mateřské role a dítěti pomoci při náročné adaptaci na prostředí mimo dělohu.

Prakticky to znamená, že by dítě mělo být ihned po porodu položeno na nahou hrud' matky (či otce, jiné blízké osoby, není-li matka k dispozici), ještě dříve, než dojde k prvnímu ošetření ze strany ošetrovatelského personálu – samozřejmě, pokud matka ani dítě není v bezprostředním ohrožení života. Mnoho intervencí lze provést i na břicho matky, přesto by však prvotní kontakt neměl být rušen. Kontakt kůže na kůži (tzv. *skin-to-skin*) přispívá k poporodní adaptaci dítěte a také mu zaručí potřebné teplo, stejně tak dostatek známých stimulů (hlas, vůně matky). Podpořit bonding lze i v případě operativního porodu, vyžaduje to však změnu zaběhnutých postupů, ke které nedochází tak snadno a lehce (Mrowetz, 2011).

Zbytečné oddělování matek od dětí by nemělo následovat ani později. To zase podporuje program *rooming-in*, který jim zajišťuje společný pobyt na oddělení šestinedělí. Tímto postupem se již dnes řídí naprostá většina porodnic. Matka se takto může rychleji naučit rozpoznávat potřeby svého dítěte, což jí dodá důvěru po příchodu domů. Podpořeno je i kojení dle potřeby, stejně tak ošetření dítěte v potřebném čase. Synchronizované chování matky vyvolává v novorozenci prvotní pocity bezpečí a důvěry. Na druhou stranu je tu možnost dítě na určitou dobu svěřit do péče ošetrovatelského personálu, což může přinést ženě značnou úlevu (Stiefel, 2013).

Posledním důležitým faktorem je akt kojení, jehož fyziologie je popsána v předchozí kapitole. Časný poporodní kontakt matky a dítěte a následné přiložení novorozence k prsu se dává do souvislosti nejen s podporou vazby matky a dítěte díky dotekům, ale i s menšími problémy při kojení. I tyto dva samotné faktory spolu souvisí: na laktaci má přímý vliv utváření vzájemného pouta mezi matkou a dítětem. Novorozenec je velmi citlivý na náladu své matky a je tedy důležité, aby ta byla uvolněná. A o tom rozhoduje neustále se opakující řetězec výše popsaných situací, podmínek a reakcí (Rastislavová, 2008).

1.1.3 Psychické změny v šestinedělí

Když si ženy představují, jaké bude jejich mateřství, všechny ví, že to nebude lehké. Je ovšem nepředstavitelné se pouze naladit na všechnu nadcházející zátěž a dopředu vědět, jak budou reagovat. I pokud věří, že jsou na mateřství dobře

připravené, mohou se jejich pocity po porodu tolik změnit, že jsou samy překvapené a znejistěné samy sebou. Tyto emoce vedou před lehký smutek až k těžkým depresím.

Hrubě je můžeme rozdělit do 3 kategorií: baby-blues, postnatální deprese a postnatální psychóza. Tyto skupiny od sebe nejsou izolované, ale tvoří široké spektrum různých reakcí, které mohou nepozorovaně přecházet jedna v druhou (Nispel, 1996).

Fyziologické změny psychiky

Mezi fyziologické změny obvykle řadíme tzv. **baby-blues** (*poporodní dysforie, poporodní blues*). Jedná se o pokles nálady v prvních deseti dnech po porodu, který potkává 50 – 80% všech matek, častěji prvorodičky než vícerodičky (Nispel, 1996; Geist, 2013).

Baby-blues se považuje za přirozenou adaptační reakci organismu ženy po slehnutí, která je známá ve všech kulturách (Rastislavová, 2008). V prvních dvou dnech ji často zaplavují vlny štěstí (vše dobře dopadlo, dítě je zdravé, porod proběhl dle jejích představ aj.). Poté, zhruba mezi 3 - 5 dnem, upadá nálada mnoha novopečených maminek. Tento čas také odpovídá tvorbě mléka a tzv. začátku laktace. Pro tyto dny je charakteristický pláč, smutek, zvláštní přecitlivělost a často prudké výkyvy nálady. Matky se často v jednu chvíli srdečně smějí, za pár minut jsou náhle velmi deprimované a neutěšitelně pláčou. Příčiny jsou často velmi malé: opožděný příchod manžela, nevhodná poznámka personálu, sousedka opouštějící místnost apod. V mnoha případech jsou rozpoznatelné i další symptomy: únava, vyčerpání, poruchy koncentrace, podrážděnost, vystrašenost (obzvláště ve vztahu k dítěti) a částečně také odmítavý postoj k partnerovi (Nispel, 1996).

Tyto poporodní změny nálad jsou v zásadě neškodné a spontánně odeznívají, nevyžadují terapii. Většinou postačí poučení porodní asistentkou a citlivé, empatické zacházení na oddělení šestinedělí, také podpora ženy od rodiny a při získávání zkušeností v péči o dítě. Ačkoliv je baby-blues považováno za normální stav, v žádném případě to neznamená, že se mu nemá věnovat pozornost. Většinou mizí do 10. dne po porodu. Pokud příznaky trvají déle než 14 dnů, mohou znamenat riziko rozvoje vážnější poporodní deprese. (Nispel, 1996; Rastislavová, 2008).

Patologické změny a poruchy psychiky

Poporodní deprese (*postpartální deprese, PPD*) se vyskytne přibližně u 10% žen (Pidrman, 2006). Jedná se ovšem pouze o ženy, které se nechají léčit, tudíž konečné číslo může být vyšší (Nispel, 1996). PDD může nastoupit kdykoliv během prvního roku po porodu, nejčastěji v prvních 2 – 3 měsících, a přetrvávat několik měsíců až let. PDD může mít pozvolný, plíživý počátek, rozvinout se z baby-blues, nebo může tuto fázi zcela přeskočit a uhodit náhle a bez varování ze dne na den. Zvláště zálučné jsou deprese, které se projeví po dlouhé době, například po ukončení kojení, protože mnohdy nejsou rozpoznány. PDD je velmi závažné onemocnění, které je léčitelné tím lépe, čím dříve je diagnostikováno. Základním pocitem ženy trpící depresí je negativní pohled na sebe samou, na svět a na budoucnost.

Symptomů PDD je více: stísněná nálada, smutek, ztráta radosti a zájmů, strach, přemítání, pocity méněcennosti, viny a prázdna, sociální odstup, neklid, podrážděnost, nechut' k životu až suicidní myšlenky (Stiefel, 2013). U velmi silných depresí mohou také nastoupit psychotické symptomy, většinou bludy. K tomu patří také somatické projevy, jako jsou bolesti hlavy, tlukot srdce, poruchy trávení, svalové napětí, problémy s koncentrací a spánkem, vyčerpání, výkyvy apetitu a motorické zpomalení (gestikulace, mimika). Podle toho, kolik symptomů žena vykazuje, dělíme PPD na *lehkou, střední a těžkou*. Předpokladem je přetrvávání symptomů po dobu minimálně dvou týdnů a více (Nispel, 1996).

Ženy trpící PDD většinou nemají potíže s péčí o dítě, kterou vykonávají korektně a s ohledem na věk dítěte, pouze s ním zacházejí jako s panenkou bez osobního vztahu. Zpravidla vnímají svůj vztah k dítěti negativně a své mateřské schopnosti a vazbu k dítěti hodnotí jako špatné. Pocity nedostatečnosti v roli matky vedou např. k přemýšlení o předání dítěte k adopci apod.

U 25% depresivních matek se objeví násilné myšlenky. Tím rozumíme nutkané, trýznivé myšlenky nebo představy, které jsou nesmyslně a přemrštěně prožívány, jsou to však nápady z vlastní hlavy (na rozdíl od psychózy, kdy jsou myšlenky pocitovány jako vložené zvenčí). Zpravidla jsou obrácené vůči dítěti. Vzápětí takovéto myšlenky

způsobují pocity viny a strachu před sebou samou. Pro dítě tím nebezpečí nevzniká, protože násilné myšlenky nejsou realizovány.

Následky neléčené PPD jsou mnohostranné: u matky zvyšují riziko recidivy (až 50% v dalším těhotenství), chronicity i suicida. Dochází také k narušené vazbě mezi matkou a dítětem. U kojence mohou být pozorovatelné emocionální i kognitivní poruchy vývoje, poruchy spánku (Stiefel, 2013).

PDD je možno odhalit z příznaků. Doporučuje se využívat screeningové instrumenty jako je Edinburghská škála postnatální deprese (Příloha č. 1) a v případě pozitivního výsledku zajistit další následnou diagnostiku. Základním kamenem léčby bude odlehčení ženě. Domácí práce a starosti s dítětem musí být rozděleny mezi ostatní rodinné příslušníky, ev. zařízena pomoc v domácnosti. O problémech je také třeba mluvit, brát ženu vážně. Dále by měl být o problematice nemoci důkladně informován partner depresivní ženy (Harder 2005). Mírnější až středně těžké formy deprese se léčí psychoterapeuticky. U závažnějších stavů je někdy potřeba i podávat antidepresiva (Rastislavová, 2008), v případě akutního ohrožení je někdy nutné ženu převzít do klinické péče (Harder 2005).

Další patologickou poruchou psychiky v šestinedělí je **postpartální psychóza** (PPP, *laktální psychóza*). Ta se vyskytuje u 0,1-0,2% žen, většinou v období 2. - 3. týdne po porodu. Jedná se o onemocnění, kdy postižená osoba nedokáže rozeznat mezi skutečností a realitou, ztratí s ní kontakt. Většinou vypukne velmi rychle, např. přes noc, kdy se osobnost ženy kompletně změní (Nispel, 1996). Dle Rohde (2007), jsou symptomy PPP: atypické projevy euforie, psychické nadnesenosti, touha rozdávat, snížená potřeba spánku, obecně podivné chování (žena chodí odhalená, dezorientovaná, agitovaná aj.), nebo se naopak cítí bezmocně, není schopna o dítě pečovat, je pláčtivá, opakovaně se dotazuje na drobné zdravotní problémy, je paranoidní. Obzvláště nebezpečné jsou sluchové halucinace (imperativní hlasy) a bludy, které se většinou vztahují k porodu a k dítěti. S tím jde ruku v ruce riziko sebepoškození (chce projít zdí, spáchat sebevraždu aj.) nebo ublížení dítěti (přesvědčení, že dítě je podstrčeno ďáblem a ona jej musí usmrtit, aby zachránila svět apod.).

Laktační psychóza má několik forem. První je forma *afektivní*, kde se rozlišuje mezi *depressivní* (příznaky obdobné jako u PPD) a *manickou* fází (příznaky je odložení zábran, velké myšlenky a idey, náhlý nárůst energie). V této fázi může šestinedělka např. navzdory císařskému řezu neklidně a rozčileně pobíhat po chodbě, volat na své dítě a při tom ze sebe strhávat šaty. Druhá forma, tzv. *schizoafektivní*, vykazuje kromě klasických afektivních také schizofrenní symptomy, jako jsou halucinace a vidiny, bludy. Obě situace jsou nebezpečné a život ohrožující jak pro matku, tak pro dítě. Psychotické matky nemají zdání o potřebách svého dítěte. Nedokáží se vcítit, jsou zaujaty samy sebou a mají o svých dětech zkreslené představy: např. je položí na okraj přebalovacího pultu, na šířku postýlky apod.

Neošetřené psychózy se mohou stát chronickými. Riziko opakování je s novým těhotenstvím vysoké, uvádí se 20 – 100%. Následky pro potomka i partnera jsou obdobné, jako u postpartální deprese. Terapie probíhá stejně jako u jiných psychotických onemocnění, žena je tedy předána do péče psychiatra a hospitalizována, je zvolena vhodná farmakoterapie. Zástava laktace je nutná jen v případě, že vybrané léky přestupují do mateřského mléka a hrozí tak intoxikace kojence psychofarmaky. Rozhodně je třeba psychosociální podpora celé rodiny, stejně jako v případě PPD (Stiefel, 2013).

Následuje pojem **posttraumatická stresová porucha (PTSD)**. Ta potká zhruba 1,7-5,6% šestinedělek a naneštěstí není příliš známá. Dochází k ní v případech, kdy byl porod nadměrně namáhavý, komplikovaný a bolestný, kdy došlo k poškození ženy nebo dítěte (případně smrti), k velkému zklamání z průběhu porodu, který se výrazně lišil od plánů a představ (např. místo přirozeného porodu bez zásahů došlo k císařskému řezu, porodnický tým se choval příliš suverénně a hrubě, kvůli hektice byly zanedbány potřeby ženy či na ně nebylo přihlíženo apod.). Postižené ženy vyjadřují pocity jako: „*cítila jsem se jen jako kus masa*“, cítily se poškozovány proti své vůli, „*jednoduše rozstříženy, rozřezány*“ či dokonce „*znásilněny*“. Po porodu vypovídají o pocitech chladu a emocionální lhostejnosti ke svému dítěti. To je posíleno pocity selhání při porodu, pocity viny. Často se ani necítí brány vážně od svého okolí: „*Máš přece zdravé dítě!*“ (Praško, 2002; Stiefel 2013).

Postižené ženy znovu a znovu v představách či ve snech prožívají svůj porod, nebo se naopak vyhýbají všemu, co by jim mohlo traumatický zážitek připomenout (fotografie, těhotenské skupinky, rozhovory o porodu či pocitech k dítěti aj.). PTSD má také tělesné projevy: poruchy spánku, obtížnou koncentraci, podrážděnost, strach, agresivitu či lekavost. Závažnost pomáhá určit dotazník založený na příznacích (Příloha č. 2). Úspěšnou léčbou je psychoterapie a následky jsou obdobné jako u pospartální deprese (Stiefel, 2013, Mrowetz, 2011).

Posledním defektem, který může vykrystalizovat v poporodním období, je **úzkostná porucha**. Trochu úzkostné jsou všechny nastávající a novopečené matky. Problémem se stává až tehdy, je-li úzkost hlavním příznakem chování. Rozlišujeme několik druhů: *generalizovanou úzkostnou poruchu* (projevuje se epizodami obav a starostí o novorozence, partnerský vztah, budoucnost, současné zaměstnání aj.), *obsedantně-kompulzivní poruchu* (agresivní, nutkavé myšlenky, obavy z nemocí, špíny, infekce, po porodu jsou zaměřeny proti novorozenci), *panickou poruchu* (záchvaty intenzivního strachu se silným vegetativním doprovodem, kdy se žena bojí zůstat s dítětem doma sama apod.) a *specifické či sociální fobie* (Praško, 2002).

Faktory vzniku a průběhu poporodních změn

Žena sama o sobě je obecně vystavena až 2 krát vyššímu riziku onemocnění depresí a než muž, což vyplývá jednak z jejího společenského postavení, jednak se uplatňují i pravidelné hormonální změny v průběhu života – menstruační cyklus, porod a menopauza (Pidrman, 2006). Co se týče šestinedělí, jsou to nejprve drastické *hormonální* změny, které nastanou v den porodu a dokážou velmi rychle pomíchat emoce ženy. Hormonální vliv na psychiku je považován za hlavního činitele tzv. baby-blues (Nispel, 1996).

Zvýšené riziko poporodních komplikací vyvstávající na základě *sociální* situace je zřetelné u prvorodiček, u žen vdaných a adolescentních. Jedná se také častěji o ženy psychosexuálně nevyzrálé, nebo které prožily v posledním roce významné životní události. Mnohdy jde o ženy, které necítí dostatečnou oporu od manžela či rodičů,

příbuzných. Partnerský vztah má obecně velký vliv na psychiku šestinedělky, obzvláště je-li konfliktní či dokonce chybějící (Pidrmann, 2006; Praško, 2002).

Dále se jedná o *průběh těhotenství a porodu*: opět zvýšené riziko pro ženy s náročným těhotenstvím (somatické symptomy), ale i potíže s jejím zpracováním (např. graviditou nevyžádanou, nepřijaté změny tělesného vzhledu, pocity nesvobody, otěhotnění v době sociální nouze, vytoužená gravidita aj.), pro matky, u kterých proběhl neplánovaný operační porod (Eretová, 1999), porod výrazně náročný, či probíhající zcela mimo jejich představy a přání, které mají v anamnéze potrat, porod mrtvého plodu či postiženého dítěte. Patří sem také ženy mající špatné zkušenosti s chováním personálu, které před těhotenstvím trpěly menstruační tenzí, depresemi či jiným psychickým zatížením, při výskytu psychických poruch u rodinných příslušníků. Dále jsou to ženy, které měly těžké vlastní dětství, nesou si sexuální zátěž či zkušenost se sexuálním násilím.

Dalším faktorem může být *vlastní dítě*: zklamání ženy (z pohlaví, vzhledu), zdravotní potíže potomka či obecně náročné dítě, úspěšné či neúspěšné kojení. S tím je spojena bolest, námaha, nedostatek spánku, neustálá pozornost, navýšení domácích povinností aj. Důležitým činitelem je samotná *osobnost ženy* (stabilní, zvýšeně citlivá, emočně labilní, perfekcionistická, vztahovačná aj.), její očekávání od sebe, partnera, rodiny, mateřství aj. Ta mohou být „zralá“, vyrovnaná, ale též naivní, nereálná či katastrofická, negativní (Nispel, 1996).

Poslední kategorií rizik bude nastavení *společnosti*. Ve většině původních kultur je ženě zajišťována velká sociální opora a mateřství má obrovskou společenskou prestiž. Incidence emočních komplikací poporodního období je v těchto tradičních kulturách minimální. Naproti tomu v moderní západní rodině, s uvolněním tradičních rodinných vazeb a důrazem na výkonnost a soběstačnost, je žena vržena do nejistoty, zda je důležitější pečování o děti, vlastní svoboda, nezávislost, nebo individuální pracovní kariéra. To doplňuje strach z bolesti, osamění, tělesných změn, ze ztráty zájmu partnera, z neschopnosti naplnění role matky, manželky a člena rodiny, vydělávajícího peníze. Nasnadě je výrazný nárůst incidence poporodních psychických komplikací (Praško, 2002).

1.2 Porodní asistentka a její úloha v péči o ženu jako prevence poporodních poruch psychiky

Úloha porodní asistentky v životě ženy, zvláště v období těhotenství, porodu a raného mateřství, je nezastupitelná. Co se týče tohoto období, v České Republice porodní asistentky najdeme spíše ve zdravotnických zařízeních, a to v ordinacích gynekologů, na oddělení rizikového těhotenství, na porodním sále a na oddělení šestinedělí či novorozencích, tedy na všech místech, která žena během příchodu dítěte na svět navštíví. Jsou ženám většinou blíže, než lékaři a kromě jiného fungují jako hlavní prostředník přibližující informace, poskytující cenné rady a jako psychická podpora pro nastávající rodiče. Mimo to pracují také v soukromém sektoru, v České Republice většinou jako lektorky přípravných kurzů či cvičení, v zahraničí (např. Rakousko, Německo, Velká Británie) je jejich běžnou praxí i péče komunitní, tj. zejména domácí poporodní péče či těhotenská, mateřská poradna (Stiefel, 2013). Role porodní asistentky (dříve „báby“) je jedna z nejstarších od počátku lidstva a je díky tomu společností i ženami respektována. Díky tomuto blízkému vztahu může mít porodní asistentka velký vliv na prevenci psychických změn a poruch v šestinedělí (Klier, 2001).

1.2.1 Porodní asistentka a její kompetence

Na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005 byla přijata tato mezinárodní **definice porodní asistentky**:

Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila vzdělávací program, uznávaný v dané zemi, vycházející z dokumentů „Nezbytné dovednosti (kompetence) pro základní praxi porodní asistentky“ a z rámce „Globálních požadavků na vzdělávání porodních asistentek“; která dosáhla nezbytné kvalifikace, aby byla registrovaná a/nebo aby mohla získat povolení k výkonu povolání porodní asistentky a používat označení porodní asistentka; a která vykazuje potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek (Štomerová, 2010).

U porodní asistentky jsou na rozdíl od všeobecné sestry jasně stanoveny hranice jejich kompetencí. Ty jsou určeny dle vyhlášky 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, dle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu, tj. dle § 5 pro porodní asistentky.

Přesahují-li znalosti nebo možnosti porodní asistentky, je povinna vyzvat ke spolupráci odborného lékaře (Vyhláška 55/2011 Sb.).

1.2.2 Úloha porodní asistentky v přípravě ženy na mateřství a v těhotenství

Porodní asistentka může poskytovat informace a poradenství o životosprávě před a během těhotenství i při kojení, připravovat ženu na mateřství, porod a péči o novorozence, o antikoncepci, sexualitě a plánovaném rodičovství; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat. Dále může provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, sledovat její zdravotní stav, diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná

ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře pak provádět neodkladná opatření. Jejím úkolem tedy bude podporovat ženu i v jejích vlastních kompetencích a sledovat biologickou, psychickou, sociální i duchovní stránku jejího zdraví, a tím zajistit prevenci patologií. Při případném zjištění nedostatků či potřeby podpory zdraví jedná dle svých kompetencí a možností, či předává ženu do rukou specialistů (Vyhláška 55/2011 Sb.; Stiefel, 2013).

1.2.3 Úloha porodní asistentky při porodu

Co se týče úlohy porodní asistentky při samotném rození dítěte, je schopna připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni a kontrolovat plod ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním (neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví). Porodní asistentka může také poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetřovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetřovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace. Pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může také asistovat při komplikovaném porodu a instrumentovat na operačním sále při porodu. Jejím zásadním úkolem bude pozorovat ženu (i novorozence) z holistického pohledu, naslouchat jí a podporovat její zdraví po všech bio-psycho-sociálních stránkách, stejně jako v jejích kompetencích přivést dítě na svět, čímž může předejít výskytu komplikací (Vyhláška 55/2011 Sb.; Stiefel, 2013).

1.2.4 Úloha porodní asistentky v šestinedělí

V poporodním období bude úlohou porodní asistentky ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu, příp. provádět návštěvy v rodině ženy, podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet tak komplikacím. Bude také poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, antikoncepce a emocionálně ji podporovat, stejně jako pečlivě sledovat celostní zdraví ženy i novorozence. V případě rizik či komplikací, jejichž řešení přesáhne rámec jejich kompetencí, doporučí ženě péči specialisty (Vyhláška 55/2011 Sb.; Stiefel, 2013).

Podrobněji se zaměříme na roli porodní asistentky v problematice *psychických změn* období puerperia. Její významnou úlohou bude jejich prevence: porodní asistentka je ženě po porodu jedním z nejbližších pracovníků ve zdravotnickém zařízení, o to více pak v komunitní péči. Poskytuje ženě výraznou emocionální i fyzickou podporu nejen během šestinedělí, což snižuje samotné riziko výskytu patologických poporodních změn. Toto riziko dále klesá při kontinuální péči jednou porodní asistentkou v průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí. Dále bude pravděpodobně jedním z hlavních poskytovatelů informací o psychických změnách v šestinedělí, především v rámci předporodních kurzů, ale i v poporodním období. V poslední řadě na ní leží významný podíl samotného rozpoznání příznaků psychických onemocnění, jakožto jejich první ošetření, včetně poradenství i pro ostatní členy rodiny, a odeslání ženy do péče specialisty, tj. psychologa či psychiatra (Klier, 2001).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1) Zjistit, zda na sobě ženy vnímají psychické změny v šestinedělí a zda jsou na tyto změny připraveny.

2) Zjistit, jak šestinedělka vnímá pomoc ze strany porodních asistentek a v jaké oblasti porodní asistentky tuto pomoc nejvíce poskytují.

3) Zjistit, jak. vliv na psychiku šestinedělky má místo porodu a způsob jeho vedení.

2.2 Výzkumné otázky

1) Jak na sobě šestinedělky vnímají psychické změny a jsou na tyto změny připraveny?

2) Jak šestinedělky vnímají pomoc ze strany porodních asistentek a v jaké oblasti porodní asistentky tuto pomoc nejvíce poskytují?

3) Jaký vliv má na psychiku šestinedělky místo porodu a způsob jeho vedení?

3 Metodika a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování výzkumného šetření byla v rámci kvalitativního výzkumu použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Ten obsahoval 8 tematických okruhů otázek vlastní konstrukce. Otázky se týkaly průběhu a prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí, dále byly zaměřeny na psychické změny v puerperiu (Příloha č. 3). Rozhovor probíhal s matkami po šestinedělí v České republice a v Rakousku. S poskytnutím rozhovoru podaly ženy ústní souhlas, stejně tak se zveřejněním vlastních odpovědí a některých osobních informací, jako je věk a parita. Rozhovory byly uskutečněny v domácím prostředí žen a byly nahrávány či zapisovány, později přepsány a analyzovány. Základem pro provádění výzkumného šetření bylo zhotovení teoretické části bakalářské práce a souhlas dotazovaných žen. Šetření proběhlo v měsících prosinec 2013 až březen 2014.

Pro lepší orientaci jsou respondentky pojmenovány fiktivními křestními jmény typickými pro jejich národnost: počáteční písmena A - E dostanou respondentky české, F - J respondentky rakouské.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro praktickou část byly použity dva výzkumné soubory. Prvním výzkumným vzorkem bylo 5 matek do tří měsíců po porodu, který probíhal v Rakousku. Druhým výzkumným vzorkem bylo taktéž 5 matek do tří měsíců po slehnutí, které porodily v České republice. Kritérii výběru k provedení rozhovoru byla ochota spolupracovat, dále byly vybrány tak, aby byla ve výzkumných souborech z České republiky i z Rakouska zastoupena alespoň jedna primipara, jedna multipara a jedna žena po císařském řezu. Schůzka byla uskutečněna po telefonické či e-mailové domluvě s konkrétní ženou.

4 Výsledky výzkumu

V této části bakalářské práce uvádíme rozhovory se šestinedělkami z České republiky a z Rakouska. Rozhovory jsou dále analyzovány a zpracovány pomocí kvalitativní metody v diskusní části práce.

4.1 Rozhovory s rakouskými respondentkami

Rozhovor č. 1

Paní Frída, druhorodička ve věku 33 let, spontánně porodila zralé a zdravé děvče Miu a byla po dvou dnech na vlastní žádost předčasně propuštěna domů, kde měla zajištěnou péči porodní asistentky hrazenou zdravotní pojišťovnou.

Těhotenství paní Frídy bylo plánované, bez komplikací, „*ačkoliv když jej srovnám s prvním, nebylo tak příjemné. Zpočátku jsem měla nevolnosti, ale nezvracela jsem, taky mě bolela záda v kříži. Ale chodila jsem na akupresurické masáže a na těhotenskou gymnastiku, tak se to zlepšilo*“. Během těhotenství o ni pečoval gynekolog, ale jednou se sešla i s porodní asistentkou, která o ni pečovala po porodu. Kurzy předporodní přípravy navštěvovala jen v prvním těhotenství (tříletý syn). Radila se také se svou matkou, která bydlí v blízkosti a také s přítelkyněmi, „*kteřé jsou ve stejné situaci, jako já – těhotné, nebo už mají děti ve stejném věku*“.

Porod začal předčasným odtokem vody plodové, po příjezdu do porodnice však kontrakce začaly. Trvaly 4 hodiny, první dobu porodní strávila ve vaně. Dceru porodila velmi rychle na matraci: „*Pak jsem 3 krát zatlačila a Mia byla venku. Byla jsem sama docela šokovaná! S Oliverem to trvalo 1,5 hodiny!*“. Rodila v poloze na boku s malým poraněním na stydkých pyscích a na hrázi. Pochvaluje si klid na oddělení v noci a také to, že o ni po celou dobu porodu pečovala pouze jedna porodní asistentka, která porod vedla. Přítomen byl také muž a lékař jen v poslední chvíli. Situaci trochu narušila starost o novorozence: „*Museli ji odsát a lékař jí chtěl bezpodmínečně dát trochu kyslíku. Mrzelo mě, že jsem jí nemohla mít hned u sebe*“. Vrátili ji cca za 10 minut, kdy

se dcera sama přisála, pak je oddělili až po hodině, kdy byla dcera pod dohledem otce ošetřena a oblečena. „*Můj porod byl zcela spontánní, nenápadný, bez komplikací. Vlastně jsem hrdá, že jsem to zvládla bez medikamentů, bez PDA a dalších zásahů*“.

Po ošetření poranění a dalších dvou hodinách byla převezena na oddělení šestinedělí, kde měla k dispozici jednolůžkový nadstandardní pokoj. Až na ranní vizity a úklid se cítila příjemně a nerušeně, také jí nevyhovovala nemocniční strava. S péčí personálu byla velmi spokojená. „*Novorozenecké sestry byly všechny tak ochotné, tolik nám pomohly s kojením i v noci. Vždycky, když jsem měla otázky, dostala jsem zcela kompetentní odpovědi*“.

Domů byla propuštěna po třech dnech a získala tak nárok na péči porodní asistentky: „*Takhle nás může navštívit až 8x. Doma se stejně cítím uvolněněji. A můžu se jí na všechno zeptat. Je to taková podpora!*“.

Dvě děti a domácí práce zvládá bez obtíží, protože Mia je dle jejích slov „*úžasně hodné dítě*“. Cítí také velkou podporu od manžela: „*Ted' má Olivera večer na starosti on, koupání a uspávání také, já zatím nakojím Miu a všechno to hezky funguje*“. Času mají však málo – manžel studuje doktorát a zároveň staví dům. Velkou pomocí jsou však i rodiče paní Frídy, kteří bydlí v domě naproti. Má zde také mnoho kamarádek.

Před těhotenstvím pracovala jako učitelka v mateřské školce: „*Je to moje vysněná práce, vždycky jsem to chtěla dělat a byla jsem tam fakt moc ráda, ale ted' jsme hrozně ráda na mateřské dovolené, že mám prostě pauzu a vůbec mi to nechybí*“.

Náročnost mateřství si nedokázala reálně představit, ač se cítila být ze svého zaměstnání dobře připravená: „*Před tím jste dva, každý žijete v podstatě pro sebe. A pak je tu najednou někdo, kdo vás prostě potřebuje pořád. Najednou musíte všechno lépe organizovat, naplánovat, předpokládat některé situace apod. Nikdy jsem si taky nedokázala představit, že budu tak málo spát, na to člověk nemyslí. Někdy je taky dítě nemocné, nebo ty jsi, celou noc nespíš, ale to není jako noční směna – druhý den musíš taky fungovat, to prostě jinak nejde*“.

S péčí o dvě děti už problém nemá.

Psychické změny na sobě vnímala hlavně s prvním dítětem: „*Baby-blues jsem měla kvůli problémům s kojením. Moje jediná starost byla, že musím za každou cenu kojit. Nechtěla jsem ani lahev, prostě - musím kojit, je to to nejlepší pro moje dítě. Dlouho jsem neměla mléko, Oliver pak hodně zhubnul, měla jsem starosti. A pak ty záněty!*“.

Baby-blues se projevilo druhý den po porodu zvýšenou plačtivostí. Doma již nepokračovalo a s druhým dítětem také žádné z těchto problémů neměla. O baby blues slyšela, ale že můžou nastat opravdové deprese, se dozvěděla až později, někde se to dočetla. Na kurzech předporodní přípravy se o této problematice vůbec nemluvalo. V případě psychických potíží by si nejprve promluvila se svým partnerem, pak by se obrátila na porodní asistentku. *„Ne, k lékaři nebo k psychologce bych s tím hned nešla. A informace bych si asi našla na internetu“.*

S porodními asistentkami se setkala na porodním sále, v mateřské poradně a také využila služeb péče porodní asistentky soukromé. Jejich podporu nejvíce vidí v sociální a psychické oblasti: *„Je to prostě žena jako ty, mluvíš s ní o intimních věcech, o svých problémech, rozumí ti, poslouchá tě a uklidní tě. No a pak ti nejvíc pomáhá s kojením, mně teď třeba při tom zánětu, kontroluje jizvy, zváží dítě, tak nemusím k lékaři“.*

Rozhovor č. 2

Paní Gertruda, 31letá druhorodička, spontánně porodila zralého a zdravého chlapce Alexe, po porodu však silně krvácela, což prodloužilo její hospitalizaci.

Její těhotenství bylo plánované, otěhotněla 2,5 roku po prvním dítěti. V 9. týdnu těhotenství byla hospitalizována pro mírné krvácení, také měla výrazné ranní nevolnosti. Na kurzy předporodní přípravy chodila pouze v prvním těhotenství. *„Mám ale kamarádku porodní asistentku, tak ta pro nás s manželem udělala takové poradenské odpoledne, kdy jsme se jí na něco vyptali, nějaké základy nám osvěžila“.* Konzultovala také s maminkou a kamarádkami, pročetla knihy.

Porod hodnotí jako moc hezký. Kontrakce začaly odpoledne, v osm večer odtekla plodová voda, odjela tedy do porodnice. Zde se krátce po půlnoci bez zásahů a poranění narodil syn Alex. Tu noc se v místní malé porodnici narodily 4 děti, což paní Gertrudě zajistilo dostatek soukromí: *„Ano, byl tam docela spěch, ale já jsem to moc nepociťovala. Měla jsem štěstí, při porodu byla velmi zkušená porodní asistentka, se kterou jsem rodila i poprvé. Alex hned křičel, dali mi jej hned na hrudník, muž přestříhl pupeční šňůru“.* U porodu byla pouze porodní asistentka, manžel a lékařka. I v tak náročné situaci byli všichni *„hrozně skvělí a milí, podporovali mě“.*

Po bezproblémovém porodu placenty přešla paní Gertruda do postele, kde začala mít velké bolesti a silně krvácet. Ztratila mnoho krve a dostala krevní transfúze.

Na porodním sále zůstala 14 hodin, lépe se jí udělalo až odpoledne následujícího dne, kdy byla převezena na nadstandardní jednolůžkový pokoj: *„To bylo skvělé. Můj muž tam s námi byl až do večera a pak vždycky chodil hned dopoledne i s Paulou“*. Program oddělení jí nerušil, klid jí zajistil jednolůžkový pokoj a také víkend. Domů se samozřejmě velmi těšila. Paní Gertruda cítila kvůli krvácení trochu narušený vztah s dítětem: *„Všechno si to ale vynahrazujeme teď. Alex je hrozně „chovací“ dítě“*. Chováním veškerého personálu byla nadšená.

Po sedmi dnech byla propuštěna domů, do zrekonstruovaného bytu v centru menšího města F., kde žije se svým mužem a oběma dětmi. O 5 dní později byla kvůli přetrvávajícím bolestem v podbřišku opět přijata k revizi dutiny děložní, po jejímž provedení obtíže zcela ustaly. Měla trochu obavy ze zvládnání povinností, ale *„zatím to jde dobře“*. První 2 týdny s ní byl doma manžel, nyní zůstala sama, ale nestěžuje si: *„S druhým dítětem už víte, co očekávat, ale zase to musíte zkombinovat s potřebami toho prvního. Co se týče domácích prací, tak si zatím dokážu všechno docela pěkně rozložit, nebo mi někdo pomůže“*. Pomáhá jí hlavně babička, bratr či kamarádky, ale i rodiče s novými rodinami. Velkou podporu cítí od svého manžela: *„Ano, je úplně zlatý. Když přijde z práce, tak si hned vezme Paulu, nebo o víkendu se stará alespoň chvíli o oba, abych se mohla vyspat... Opravdu mi pomáhá, kde může“*. Na péči porodní asistentky neměla kvůli opožděnému propuštění nárok, ale několikrát jí navštívila přítelkyně porodní asistentka.

S příchodem dalšího potomka na sobě pozoruje více obav: *„S Paulou to všechno tak nějak běželo, ale teď jsem mnohem víc přemýšlela už v těhotenství, jestli je všechno v pořádku, jestli všechno dobře proběhne, jestli se Paule s nic nestane, když s ní nejsem aj.“*. Dříve pracovala jako sekretářka v místní nemocnici. Odchod z práce snáší dobře: *„Já jsem nikdy nechtěla budovat kariéru nebo tak něco. Jsem prostě rodinný typ, vždycky jsem chtěla mít děti, rodinu. Byla jsem v práci spokojená, to ano, ale když jsem otěhotněla, tak jsem se fakt těšila, že budu s děťátkem doma“*. S prvním dítětem se na dva měsíce do práce vrátila na poloviční úvazek - její muž si chtěl vyzkoušet, jaké to je

být celý den s dítětem sám. A jak přijala mateřskou roli? „*Jsem prostě maminka na 100%*“. Z reálného mateřství byla trochu překvapená: „*Neuměla jsem si představit, jak náročné to vlastně je: víc, než jsem si představovala, ale pak jsme se szili a teď už mi to nevádí, ani s druhým dítětem*“.

Co se týče změny psychiky, „*mám víc strach*“. Hodnotí se jako člověka, který se snadno rozbřečí, k čemuž také někdy dojde, když je unavená po celém dni. Také přiznává, že potřebuje mít všechno dokonale, „*což samozřejmě není v domácnosti s dětmi možné*“. Nejlépe ji dokáže uklidnit manžel: „*Připomene mi, že se máme opravdu dobře, že jsme zdraví, máme kde bydlet, máme milující rodinu... Je hrozně trpělivý*“. Pomáhá také rozhovor s maminkou. Je si jistá, že tyto nálady jsou úplně normální, „*že to není žádná deprese nebo tak něco*“. Pokud by se zhoršily, obrátila by se na specialistu. Změny očekávala, protože ví o své citlivosti. Věděla o nich také z kurzů předporodní přípravy, z knih a internetu.

S porodními asistentkami se setkává nejčastěji na porodním sále a v soukromém sektoru: „*Jeich hlavní funkci vidím právě v tom, že mi pomůžou s miminkem, zkontrolují jej, i mě, hlavně tedy tělesně, poradí s kojením a tak. Také jako psychickou podporu nebo spíš poradenství*“. V poslední řadě je vidá v mateřských poradnách, které vedou: „*Prostě si dáte kafe s porodní asistentkou a při tom se jí na cokoliv vyptáte*“.

Rozhovor č. 3

Paní Hildegarda, prvorodička ve věku 22 let, podstoupila pro nepostupující porod po předčasném odtoku vody plodové císařský řez v epidurální anestezii. Tak porodila zralého a zdravého chlapce Alberta.

Na otázku, jak probíhalo těhotenství, odpověděla, že „*zpočátku mi bylo fakt špatně, 3x denně jsem zvracela a v prvním trimestru jsem také slabě krvácela. To jsem byla krátce v nemocnici, ale pak už bylo všechno v pořádku*“. Těhotenství bylo plánované, na prenatální kurzy nechodila. Četla různé knihy a hledala na internetu, ale jinak se nesnažila „*toho tolik dozvědět*“. Radila se s kamarádkami, s maminkou či s tchýní. Když měla nějaké otázky, zeptala se svého gynekologa.

Co se týče porodu, počal předčasným odtokem vody, takže přijela do porodnice bez kontrakcí. „*Nic se nedělo a tak mi začali porod vyvolávat. Měla jsem bolesti, ale otvírala jsem se hrozně pomalu a pak už vůbec, takže mi nakonec, po 35 hodinách bolesti, udělali akutní císařský řez*“. Během samotného porodu, tedy ve chvíli, kdy byla s kontrakcemi na porodním sále, byl přítomen její partner, dále její gynekolog, jež zároveň pracuje v nemocnici: „*Bylo dobré, že tam byl někdo známý. Vystřídalo se u mě několik porodních asistentek, poslední byla Bertha, ta byla výborná. A v jednu chvíli u mě na porodním sále u mě bylo 8 lidí!*“. S přístupem personálu byla velmi spokojená. Svého syna poprvé viděla už na operačním sále, pak jej u sebe měl její partner a po dvou hodinách byli všichni spolu. Průběhem porodu byla překvapená: „*Měla jsem v plánu porod do vody*“. Vyjadřuje zklamání, ale zároveň „*je skvělé, že tu máme možnost císařského řezu, když se něco pokazí*“.

Na téma šestinedělí reaguje ihned: „*Deprese v šestinedělí! Tu jsem měla. V neděli jsem porodila, v pondělí to bylo v pořádku a v úterý to začalo. A přešlo asi po týdnu a trvalo ještě pár dní po návratu domů*. Popisuje častý pláč z různých důvodů: „*protože jsem měla císařský řez, protože jsem nemohla kojit, že jsem to vzdala tak brzy*. Už v porodnici ji navštívila psychologka, potom ještě byla 3x na kraniosakrální terapii u porodní asistentky Berthy, která byla i u porodu, později k ní vzala i svého syna: „*Co mi také hodně pomohlo, byla rada asistentky Berthy, že máme Alberta vykoupat v teplé vodě, pak ho vyndat a položit si ho nahého na nahý hrudník a být tak spolu i s manželem. Prostě takový „jako“ porod. To jsme několikrát vyzkoušeli*“. O svých pocitech řekla své matce a příteli. Zpočátku jí nebrali vážně, pak už ano. Návaly smutku se ještě občas na den dva vracely, ale teď už je v pořádku, stabilní. A zda tušila, že takové změny psychiky mohou nastat? „*Ano, tak tušila jsem... Četla jsem to v nějaké knížce a je to tak obecně známé. Ale vůbec jsem si nemyslela, že mě to potká, nepředstavila jsem si to. Kdyby to bylo ještě horší, asi bych navštívila nějakého lékaře*“.

V porodnici měla první dny bolesti, dostávala infuze, později tablety. Rána se později zanítla a bolela, což vyřešila se svým gynekologem. Nyní je bez bolesti a „*jizva ani není vidět. Je 14 cm dlouhá, ale je schovaná pod kalhotkami, nepůjde vidět ani v plavkách*“. Pobyt na oddělení šestinedělí považuje za náročný: „*Byla jsem*

na pokoji s dalšími třemi ženami a člověk si nikdy nemohl odpočinout. Pořád tam někdo chodit, vizita, sestra, uklízečky, návštěvy, některé dítě plakalo... I když jsme mohli miminka dát pohlídat novorozenecké sestře, stejně jsem si tam vůbec neodpočinula. A když za mnou návštěva nepřijde, tak je to zase nudné“. Domů se velmi těšila a po dalším porodu, pokud možno přirozeném, by ráda odešla z porodnice co nejdříve. Spokojena byla i s přístupem personálu: „Všichni byli moc milí, včetně uklízeček, vizit, studentek“.

Problematické bylo kojení, které bylo nemožné kvůli bolestem jizvě po pearcingu v bradavce. Paní Hildegarda se s velkou podporou personálu pokoušela kojit 3 dny, ale nepodařilo se. Nyní krmí syna z lahvičky. „A vlastně je to velmi pohodlné a může ho tak nakrmit i někdo jiný, třeba manžel a já můžu spát“ (směje se).

Paní Hildegarda bydlí na statku v menším městečku. Když potřebuje s něčím pomoci, je nablízku její tchýně, maminka, plno kamarádek, samozřejmě i partner: „Pracuje poblíž a chodí domů na oběd, vrací se poměrně brzy“. Domácí práce zvládá sama, ale pomůže jí, když potřebuje. „O víkendu vaří. Postará se třeba o Alberta. O víkendu se střídáme, kdo bude spát déle a kdo se postará o syna. Ráno nakrmí zvířata on – chováme totiž krávy, večer já. Jsem ráda, že si taky odpočinu a dělám chvíli něco jiného, než poskakování okolo dítěte“. Pokud nepočítáme návštěvu u Berthy kvůli kraniosakrální terapii, soukromou péče porodní asistentky neměla.

Před těhotenstvím pracovala jako prodavačka a práce jí nechybí. „Já jsem se moc těšila na to, až budu maminka“ – nová role jí vyhovuje. Na otázku, zda si mateřství nepředstavovala lehčí, odpověděla: „Ne, naopak. Zatím jde všechno jako na drátkách“.

Porodní asistentky podle paní Hildegardy pracují buď na volné noze, např. v těhotenské poradně či v poradně pro matky, pak hlavně v nemocnici, kde se s nimi setkala ona. A v jaké oblasti vidí jejich hlavní roli? „Rozhodně ve všech. Dají Vám dobrou radu k čemukoliv. Je moc dobře, že jsou“.

Rozhovor č. 4

Paní Ingeborg, 27letá prvorodička, s kontinuální péčí porodní asistentky spontánně porodila doma zralého a zdravého chlapce Sebastiáná.

Těhotenství paní Ingeborg bylo plánované, otěhotněla téměř okamžitě po rozhodnutí mít dítě. Bylo zcela bezproblémové. Kromě povinných návštěv ženského lékaře si také zajistila péči soukromé porodní asistentky: *„To znamená, že máte nárok na 2 návštěvy porodní asistentky u vás doma, 2x jdete za ní, jednou vás doprovodí při porodu (bez ohledu na to, kde bude) a pak vás až 8x přijde zkontrolovat v šestinedělí“*. Tuto péči si velice pochvaluje: *„Lékař provedl nezbytná vyšetření, ale v podstatě mi je vysvětlila porodní asistentka. Taky jsem se jí mohla na cokoli zeptat, takže jsem ani nebyla na kurzu předporodní přípravy. Nejlepší mi připadalo že jsem u porodu neměla nikoho cizího“*. Další informace získávala z knih, internetu a také se radila s přáteli, sestrou i maminkou.

Na porod ráda vzpomíná. Rozhodla se pro porod doma s porodní asistentkou: *„Porod je pro mě něco intimního a vzácného. Doma se cítím bezpečněji a nevidím důvod, proč bych měla chodit to nemocnice. Ta je pro nemocné a my jsme zdravá žena a dítě“* (směje se). Nad ránem pocítila kontrakce, když se po třech hodinách zpravidelnily, přijela porodní asistentka. Pociťovala obrovskou podporu od ní i svého manžela, přes to však měla dostatek klidu jen pro sebe. Bolesti popisuje jako velmi silné. Zhruba v poledne porodila v koupelně vkleče opřená o svého muže téměř ihned po spontánním odtoku plodové vody: *„Asistentka mi ho podala mezi nohama a já poprvé uviděla našeho synáčka“*. Děťátko dostala hned na svou hrud', později jí porodní asistentka ošetřila drobné porodní poranění, pomohla s hygienou a prvním kojením, a před odchodem večer ještě vše, včetně novorozence, překontrolovala: *„Bylo to nádherné: bez umělého oxytocinu, nástřihů, vyhrožování, papírování a stresu“*.

Na oddělení šestinedělí přirozeně nebyla, tudíž přejdeme rovnou k šestinedělí doma: Paní Ingeborg žije v podkrovním bytě ve vnitřní části hlavního města se svým manželem a nyní i synem. Oba manželé se do města přestěhovali, ale žijí zde již 7 let a vytvořili si dobré sociální zázemí. Rodiče paní Ingeborg bydlí nedaleko, ve městě žije i její sestra: *„Kdykoliv potřebuji s něčím pomoci, poradit, vím, že tu někdo bude: ségra, kamarádky... Ale zatím jsem příliš pomoci nepotřebovala, manžel má skvělé organizační schopnosti, on mě dokáže skvěle podepřít jak psychicky, tak, řekněme, pracovní a zatím všechno zvládáme v poklidu“*. O paní Ingeborg také dále pečuje

porodní asistentka. První 3 dny chodila denně, později jednou za dva dny, ještě je čeká poslední schůzka. Ta jim pomáhala především s kojením, které teď plně funguje. Také jim dala mnoho rad o péči o novorozence a paní Ingeborg velmi podpořila v jejích kompetencích: „*Hrozně mi pomohla, když jsme začala být nejistá a podpořila mě v tom, že když se řídím intuicí, dělám věci správně*“.

Přiznává, že příchod prvního potomka významně změnil její život. „*Dítě jsem si vždycky přála, to ano. Ale už je to prostě jiné a vždycky bude: třeba to, že příštích asi 7 let prostě nebudu spát, dokdy chci*“ (směje se). Paní Ingeborg se živí hraním na příčnou flétnu, hudebníkem je i její manžel. Po šestinedělí se hodlá alespoň někdy vracet do souboru a některé večery vystupovat. V tom se budou s manželem střídát, na mateřské dovolené však bude ona: „*Tak trénovat doma budu muset stejně, pokud budu mít sílu: uvidíme prostě, jak to budeme dál zvládat*“. Přiznává, že se její představy o mateřství změnily: „*Myslím si, že se na to nedá úplně připravit. Třeba ten přerušovaný spánek je náročný, ale na druhou stranu ten přliv lásky a hrdosti na sebe samu, to si taky neumíte dřív představit*“. S rolí maminky je teď naprosto spokojená.

Zásadní psychické změny na sobě příliš nepocítovala. Popisuje spíš radost a vděčnost, než smutek: „*Po tom porodu... To jsem cítila jen klid a vděk za krásné a zdravé dítě*“. Pouze při nástupu laktace, začala být trochu nejistá, protože kojení jí zpočátku bolelo, ale v této fázi jí rychle pomohla porodní asistentka i manžel velkou slovní a psychickou podporou. O psychických poruchách ví, četla o nich během těhotenství v různých knihách, ale nevěnovala jim zvláštní pozornost. Také ji upozornila porodní asistentka právě při potížích s laktací: „*Řekla mi: tečou slzy, teče mléko*“. Pokud by se s ní děly výraznější změny, či se necítila dobře, určitě by se s tím svěřila svému muži a také porodní asistentce, která by ji nejspíš dokázala poradit, či by ji poslala ke specialistovi.

S porodní asistentkou má tedy dobrou zkušenost ze soukromého sektoru právě díky kontinuální péči během těhotenství, porodu i šestinedělí. Další podle ní vedou kurzy předporodní přípravy či pracují v centrech a poradnách. Dále by je našla v porodnicích. Jejich největší roli vidí v psychické podpoře: „*Celou dobu mě ujišťovala o tom, že je*

všechno v pořádku a že to zvládneme. A já jsem jí věřila, vždyť je zkušená a tak důvěryhodná. To mi dodávalo velkou sílu v jakékoliv fázi příchodu Sebastiana na svět“.

Rozhovor č. 5

Paní Judith, 31letá prvorodička, po nepodařeném vyvolání porodu porodila zralého a zdravého syna Safeta akutním císařským řezem.

Její těhotenství probíhalo bez problémů *„a tak jsem si rostoucí břicho mohla radostně vychutnávat“*. Informace získávala především z internetu, ale také od kamarádek, kolegů z práce a také od své maminky. Paní Judith, Češka, se během těhotenství se svým manželem Makedoncem přestěhovala do Rakouska. *„Na předporodní kurz jsem se chystala, ale díky odjezdu do zahraničí jsem nakonec na žádný nechodila“*.

Porod paní Judith byl kvůli přenášení vyvolávaný. Brzy po zavedení prostinové tablety dostala *„příšerné bolesti“*. Díky tomu, že vůbec neuměla německy, byla v tu chvíli odkázaná jen na překlad manžela nebo porodní asistentky, která shodou okolností pocházela z Čech, takže vlastně nevěděla, co se s ní děje: *„Sice jsem měla šestí, a v den, kdy přišel malý na svět, jsem měla kolem i český personál, ale zbytek doktorů byl německy mluvících“*. Plod byl velmi brzy silně tachykardický, a jeho špatný stav potvrdila i výrazně zkalená plodová voda. Paní Judith byla urychleně převezena na operační sál, kde se narodil zdravý syn Safeta. Ihned po porodu jej mohla vidět, pak jej dostal do péče manžel, který byl přítomen během celého porodu. Spolu pak čekali na paní Cecílii, která byla po dvou hodinách převezena zpět na porodní sál. Během porodu byla přítomna česká porodní asistentka a lékař, později na operačním sále anesteziologický tým, dva lékaři a porodní asistentka. *„Výtku nemam vůbec žádnou, vše bylo na jedničku: jak celý porod, tak i zbytek dnů, než nás propustili s miminečkem domů. Líbila se mi jejich ochota a rychlost, aby vše proběhlo v pořádku“*.

Pobyt na oddělení šestinedělí proběh celkem dobře. První dny trpěla bolestmi a bylo pro ni obtížné se zmobilizovat. Problémem byl jazyk ve chvílích, kdy na oddělení nebyl přítomen nikdo z českého personálu – nakonec se však vždy nějak domluvili. *„Co se týče personálu, tak si nemůžu vůbec stěžovat. Skvělé byly také*

novorozenecké sestřičky, jež nám pomohly s kojením. Také díky milé studentce z Čech jsem si nepřišla tak sama a pobyt zvládla s její pomocí velmi dobře“. S denním programem neměla problémy.

Velmi náročný je však pobyt doma. Paní Judith bydlí se svým manželem a synem v bytě v malém městečku, kde ani jeden z nich nemá žádné známé či příbuzné: *„Ale jak to jen časově jde, tak jezdíme za rodinou do Prahy nebo oni za námi“.* Ti jí velmi pomáhali hlavně na začátku šestinedělí *„protože se člověk po té operaci nemohl pohybovat tak, jak by si představoval“.* Manžel se jí snaží s péčí o potomka pomáhat, rozdělili si práce okolo bytu, aby se mohli plně věnovat miminku. Domácí péči porodní asistentky neměli. V prvním měsíci také jejich syn špatně reagoval na stravu, takže museli být týden hospitalizováni v nemocnici, kde přešli na výživu umělou, a paní Judith přestala kojit. To pro ni bylo velmi náročné, opět z jazykových důvodů, ale také měla o svého potomka strach.

Příchod dítěte její život výrazně ovlivnil. *„Člověk je omezen hlavně ve své volnosti, nemá na sebe tolik času. Ale ničeho nelituji a jsem za toto období ráda“.* Odchod z práce snáší dobře, jediné, co jí chybí, jsou kolegové. *„S novou rolí jsem se sžila celkem rychle a funguji plně jako maminka“.* I psychické změny na sobě pozorovala: *„Šestinedělí uteklo velice rychle. Jediné, co jsem pociťovala, byla plačtivost. Člověk je najednou křehký a má pocit, že ho vše zlomí“.* Podržela ji její rodina, zvláště maminka. *„O psychických problémech, které mohou přijít během šestinedělí, jsem věděla, a kdyby se něco takového objevilo, určitě bych se obrátila o pomoc na psychologa“.*

Porodní asistentku si představuje hlavně v nemocnici, neví o tom, kde jinde by na ni mohla narazit. A její hlavní role? *„Mít ji po ruce, určitě bych se ji ptala na vše, co se týká miminka“.*

4.2 Rozhovory s českými respondentkami

Rozhovor č. 6

Paní Anděla, třetírodička ve věku 33 let, byla po indukovaném vaginálním porodu zralého a zdravého chlapce Jana na vlastní žádost předčasně propuštěna po 24 hodinách hospitalizace.

Těhotenství paní Anděly bylo plánované a bezproblémové, jen na konci trpěla na vaginální mykózy. Jelikož se jednalo o třetí těhotenství (první syn 5 let, druhý 2,5 roku), na kurzy předporodní přípravy už nechodila. *„Vlastně jediné, co jsem teď řešila, byl porod, kde proběhne, jak, kdo tam bude a tak. Taky jsem přemýšlela o porodu doma, ale nakonec to vyhrála porodnice v N., kde jsem rodila první dvě děti, a byla jsem spokojená“*. Informace hledala především na internetu a v knihách. Konzultovala je především s manželem, dle vlastních slov *„rodiče ani většina lidí v okolí nesdílí můj názor na přirozenost porodu a výchovy. Po zkušenostech s prvními dětmi už to raději moc neříkám“*.

Porod byl náročný hlavně psychicky. Paní Anděla se nakonec znovu rozhodla родit ve vzdálené porodnici v N. Porod byl opět vyvolávaný. *„Tentokrát jsem schválně trochu posunula termín porodu, resp. poslední menstruace, abychom se vyvolávání vyhnuli, ale stejně se mu ven nechtělo“*. Zpočátku vypadal traumaticky: dlouhá čekání při příjmu, výčitky paní primářky: *„Rozcupovala mě už svým příjmem – vykýblovala mého manžela s tím, že mě potřebuje vyšetřit a tam pro něj není místo. Pak mě ale ještě více než hodinu strašila s císařským řezem proto, že dítě je moc velké (J. byl stejný, jako předchozí děti), nebo aspoň nutnou episiotomií (ač u předchozích dětí nebyla třeba, rodila jsem bez poranění) a posměchem, když jsme probíraly můj porodní plán. Byla jsem tam úplně odzbrojená, cítila jsem se strašně“*. Místo atmosféry porodu cítila bojovnou náladu. Večer přijela k příjmu, v noci jí bylo každé 3 hodiny natáčeno CTG, před porodem se tedy vůbec nevyspala. Ráno se začal porod vyvolávat, ale prostinové tablety příliš neúčinkovaly: *„Byla jsem tak špatně naladěná, že jsem si myslela, že takhle prostě neporodím“*. Pomohl teplý klystýr a dobrá spolupráce s porodní asistentkou, která paní Andělu velmi podporovala a snažila se snížit její strach: *„Nebojte*

se, nic závatného se neděje: kdyby Vám hrozil nějaký opravdový problém, běhalo by se tu okolo Vás jinak“. Paní Anděla nakonec odpoledne porodila bez poranění na všech čtyřech. U porodu byl její manžel, dvě porodní asistentky a lékař „někde v koutku, do porodu nezasahoval“. Syna Jana měla hned u sebe, v porovnání s předchozími porody s tím nebyl problém.

N. je malá porodnice, kde mají všechna oddělení na starosti porodní asistentky ze sálu, proto o ni po přechodu na šestinedělí stále pečovala tatáž porodní asistentka. Tady se už cítila docela příjemně, až na neustálé rozmlouvání předčasného propuštění někoho z personálu. „Nepříjemné bylo vyřizování toho propuštění. Lékař byl arogantní a nepříjemný. Neustále na nás vytahoval nějaké argumenty, ačkoliv nemají právo nás tam držet. Je šílené, jak je to složité. Proč? Já vůbec nejsem konfrontační typ, tohle mě hrozně vysilovalo“. Většinu věcí musela vyřizovat sama, protože manžel nemohl být přítomen po celou dobu jejich pobytu: „Za prvé pořád pendloval mezi mnou a dětmi, které byly tou dobou v Praze u rodičů. Za druhé to nešlo kvůli organizaci oddělení“. Paní Anděla byla na třílůžkovém pokoji a byla nespokojená s nedostatkem soukromí a pocitu klidu: „Nebyla hodina, aby se neotevřely dveře kvůli personálu, návštěvě některé z nás, uklízečkám, vizitám“.

Po propuštění z porodnice nejprve jeli k rodičům, kde byly i první dvě děti. To pro ni bylo také vysilující a proto hned další den odjeli domů, tj. na polosamotu do západních Čech. „Jediný nedostatek je, že tu nemáme dostatek přátel, nebo vlastně moc nikoho, kdo by nám pomohl. Ale zrovna to vyšlo tak, že muž byl se mnou doma, a z práce se vrací okolo druhé, takže mi je velkou oporou a pomocí“. Péči o domácnost a tři děti zvládá, ač přiznává náročnost: „Z legrace říkám, že se dvěma to byla nuda. Když dvě spí, tak třetí určitě ne (směje se)“. Před dětmi prý žádné konkrétní představy o mateřství neměla, nejspíš očekávala, že to bude náročné, ale dnes už to nedokáže popsat. Se svou mateřskou rolí je sžitá: „Nesplnil se mi tím nějak sen, nežiji jen tím, potřebuji i jinou realizaci, ale nevrátila bych to. Je to tak, jak to má být“.

Psychické změny v šestinedělí pociťovala hlavně s prvním dítětem: „Měla jsem po dobu 4 týdnů takové vlny pláče“. Bylo to způsobeno také tím, že se měsíc po porodu stěhovali z hlavního města na polosamotu, kde nikoho neznali. „Po dalších porodech už

to nebylo. Zpětně mám radost ze všech tří porodů“. O psychických změnách věděla z předporodních kurzů, přesto ji však náhlý výkyv nálady překvapil. Problémy řešila s manželem a s porodní asistentkou, v případě větších obtíží by se obrátila na psychologa.

Porodní asistentku vnímá hlavně jako velkou psychickou podporu: *„Hrozně mi pomohly. Tam vidím určitě jejich největší pomoc“*. V prvním těhotenství měla zaplacenou péči soukromé porodní asistentky jak před porodem, během něj, tak i po porodu. Stejná byla přítomná i u porodu druhého. Porodní asistentky jinak vídá hlavně na porodním sále, na oddělení šestinedělí a na předporodních kurzech.

Rozhovor č. 7

Paní Broňa, 33letá druhorodička, spontánně porodila zralého a prospívajícího chlapec Teodora s vrozenou hemofilií typu A.

Paní Broňa popisuje své těhotenství jako bezproblémové a plánované: *„Prostě jsem se cítila dobře, což ovšem v dnešním světě není ukazatelem zdraví. Takže jediným problémem byla lékařská péče. Papírově jsem byla kvůli Teodorovi potenciální hemofilii vedena jako rizikové těhotenství, ale mně nic nebylo“*. Ve srovnání s prvním těhotenstvím uvádí, že na „bříško“ neměla tolik času. V 11. týdnu těhotenství podstoupila choriocentézu, po které zjistila, že čeká chlapce s hemofilií neurčeného stupně. Poté následovala bolest dělohy a rozhodování o osudu plodu: *„Šla jsem se projít sama s Janem (první syn, 2 roky), přivázala jsem si ho na záda. A pak jsem najednou věděla, že něco tak krásného, jako je Jan - jako jsou děti, bych přece nemohla zabít. A jsem si jistá, že Teodor si nás vybral, protože u jiných rodičů by se nemohl narodit“*. Na příchod potomka se raději příliš nepřipravovala: *„Nechtěla jsem se nechat znervóznit, to k ničemu nevede a hlavně na tom dost pracovalo i tak okolí a lékaři“*. Velký tlak popisuje při návštěvách rizikové poradny: *„Tlačili nás do císařského řezu kvůli konci pánevnímu už ve 31. týdnu, což je ještě zbytečně brzy! Lékař v té poradně nás zesměšňoval, nutil, zastráňoval větami typu: „Budete si to vyčítat!“ apod. Nedokázal pochopit, že si budu vyčítat stejně případný s.c. jako případné krvácení Teodora kvůli vaginálnímu porodu“*. Několikrát navštívila také hematologickou

poradnu a sešla se s rodinou jiného hemofilického chlapce. Kurzy předporodní přípravy v tomto těhotenství nenavštěvovala, s maminkou o těchto věcech nemluví. Radila se především se dvěma kamarádkami – porodními asistentkami, pak v jedné uzavřené internetové skupině „*Biomatek*“. „*A skvělou, největší podporu, mám od svého muže*“.

Naproti tomu porod proběhl hladce. Od rána věděla, že ten den porodí. Večer odjela s manželem do porodnice. Kontrakce stejně jako u prvního porodu nevnímala bolestivě. Jedinou nepříjemností pro ni byla poloha vleže u vstupního CTG. Klyzma nestihla a porodila téměř hned po odtoku vody plodové ve sprše. „*Přiběhla porodní asistentka, ještě křičela, ať netlačím, ale já už cítila, jak se mi zavlnilo břicho a že hlavička je tady, nedalo se to nijak zabrzdit. Asistentka jen doběhla a zachytila Teodorovo tělíčko, hned začal křičet*“. Následoval rychlý sled událostí, kdy jí byl syn odebrán a do místnosti „*vstoupilo hrozně moc lidí, dvě porodní asistentky, lékař, novorozenecká sestra a lékař a nevím, kdo ještě*“. Paní Broňa neměla žádné poranění ani komplikace a po podepsání reversu jí, na výslovné přání, ponechali syna nahého na hrudi, později alespoň oblečeného v místnosti (není standardním postupem v této porodnici). „*Každou chvíli chodil neonatolog a vykládal nám věci o závažnosti nemoci našeho syna atd., což my všechno samozřejmě věděli. Nakonec jsme jim T. uvolnili, že počkáme na výsledky z krve a pak mi ho přivezou.*“ To se ale nestalo.

Paní Broňa byla hned čilá, odešla po svých na šestinedělí, kde bohužel nebyl volný nadstandardní pokoj a tak její muž musel jet domů. Po několika hodinách zjistila, že hladina srážlivostního faktoru jejího dítěte je velmi nízká a že tedy musí zůstat na JIP, kde jsou návštěvní hodiny značně omezené. To ji velmi stresovalo, toužila po kontaktu se svým dítětem. „*Hrůza. Nemohla jsem vůbec spát, brečela jsem jak želva, spala jsem za celou noc asi 15 minut. Když jsem za ním konečně mohla, řekli mi, že už ho nakrmili. Sakra, to nemohl někdo dát vědět? Já jsem přeci jeho máma a potřebujeme se, potřebuju si ho přikládat, aby se mi udělalo mlíčko*“. Popisuje to jako velmi traumatizující zážitek. Takhle navštěvovala Teodora každé tři hodiny (kromě noci) po následující dva dny, než se konečně uvolnilo místo na JIP i pro ni. Také dorazila primářka hematologie a vysvětlila situaci jak rodičům, tak personálu, který s ní neměl zkušenosti, což vedlo k všeobecnému uvolnění. Další den byli propuštěni domů.

Na šestinedělí pro ni byl nepříjemný nedostatek soukromí. „Až jednou jsem se bavila asi čtvrt hodiny s porodní asistentkou v koupelně, to bylo jediné místo, kde byl klid. To jsem se vybrečela a radila se s ní ohledně kojení“. Na tento čas paní Broňa nerada vzpomíná, ale nezapomene dodat, že „ke mně byly ty porodní asistentky i sestry na sále i na šestinedělí hrozně milé“.

Doma se cítila nabitá energií. Na konci šestinedělí se za pomoci rodičů a přátel stěhovali do bytu v centru velkého města, kde má blíže přátele, lékaře aj. Její muž se musel brzy vrátit do práce a tak zůstala doma sama. Je ráda, že když ji někdo navštíví a může „mluvit s dospělým člověkem“. Cítí od něj velkou psychickou podporu, s pomocí v domácnosti a s dětmi je to ale kvůli náročnému zaměstnání jejího muže těžší. „Mám pocit, že si neumí představit tu moji roli tady, tu práci. Ale já možná zase nechápu tu jeho. Jsme oba unavení. Chce to hodně pochopení, ale umím si představit, proč se lidé s malými dětmi rozvádějí“. V šestinedělí pocítovala velkou potřebu fyzického kontaktu a tak měli s mužem pohlaví styk. „Navrátilo mi to sebevědomí, že je všechno v pořádku, mé tělo stále funguje“. Problematické začalo být až období po šestinedělí, kdy se všechno stává náročnější, je těžké zkoordinovat vzájemný volný čas. Paní Broňa má pocit, že nestíhá.

A jak mateřství ovlivnilo její dosavadní život? „Uvědomila jsem si ale, kolik jsem pro sebe měla dříve času, ale nevážila jsem si toho“. Přiznává, že mateřství asi viděla příliš růžově. Ač jsou obě děti plánované a se svou mateřskou rolí je dobře smířená, odchod z práce jí mrzí. „My jsme tam byli takoví nestandardní úředníci, bavilo nás pomáhat lidem. Ted' mě spíš mrzí, že nemůžu pomáhat vůbec nikomu, ani když jedu na faru. To hodně působí na psychiku“.

Tak se dostáváme i k psychickým změnám: „Cítila jsem jakousi nespravedlnost, uzavření, pocit, jako bych něco nezvládla, neudělala, nestihla. Napsala jsem si potom takový dopis, kde jsem si celý ten porod a čas potom zaznamenala. Hrozně mi to pomohlo, ty myšlenky jsem srovnala. Tak jsem plakala, hlavně v porodnici, byla jsem na dně. Jinak ted' jsem ty výkyvy nálad měla mnohem méně, než s Janem. Všechno fungovalo, tělo bylo v pořádku, vše bylo, jak má být. Spíš to bylo z únavy“. Tyto změny

pro ni nebyly překvapením, protože zažila laktační depresi u své sestry. O výkyvech nálad mluvila s porodními asistentkami a partnerem.

S porodními asistentkami se setkala hlavně na porodním sále a na šestinedělí, jinak nemá potřebu je vyhledávat, protože jimi jsou dvě její přítelkyně. Jejich hlavní roli vidí hlavně v psychické podpoře a v pomoci s kojením.

Rozhovor č. 8

Paní Cecílie, 26letá prvoroďička, která porodila zdravou a zralou dceru Veroniku po neúspěšném vyvolání porodu komplikovaným sekundárním císařským řezem.

Těhotenství paní Cecílie bylo plánované a bez komplikací: *„Jen mě provázely silné nevolnosti v prvních třech měsících a následně každodenní ranní zvracení až do porodu“*. Informace hledala převážně na internetu, protože kurzy předporodní přípravy nenavštěvovala. *„Zkušenosti s mateřstvím mi sdělovaly kamarádky s dětmi a to mi stačilo“*.

Porod nebyl jednoduchý. *„Kvůli předpokládané vysoké porodní váze miminka mi po sedmi dnech přenášení začali vyvolávat porod“*. Po dvou dnech nepovedených indukcí a následujících křížových bolestí a jednom *„dni odpočinku“*, dostala paní Cecílie na výběr mezi císařským řezem a ještě jedním pokusem o indukci. *„Řekla jsem, že to chci ještě zkusit“*. Nastala další série křížových bolestí, následovala dirupce vaku blan a klyzma, po kterém se *„rozejely silné kontrakce“*. Paní Cecílie, podpořená manželem a různými porodními polohami a sprchou, velmi trpěla pouze vleže při natáčení monitoru. Odpoledne však kontrakce začaly slábnout, dostala tedy infuzi s oxytocinem, po které opět ihned nastoupily silné bolesti. *„Po několika hodinách, kdy už jsem byla otevřená na 8, mi ale kontrakce zase ustupovaly, dali mi další kapačku oxytocinu, ale ta už mi nezabrala a kontrakce mi pak přestaly úplně“*. Následoval porod císařským řezem, který se také neobešel bez komplikací: *„Epidurál mi napíchnávali dlouho, nedařilo se jim to. Asi to napíchnuli špatně, nebo nevím, ale když mě začali doktoři otvírat, tak jsem všechno cítila. Křičela jsem bolestí, a když jsem začala kopat nohama do vzduchu tak mě rychle uspali úplně“*. Po porodu dcery nastala atonie děložní a paní Cecílie ztratila mnoho krve, protože její vyčerpaná děloha nereagovala na léky.

Málem došlo k jejímu odstranění, nakonec se však přeci jen stáhla: „*Jsem opravdu moc vděčná, že to tak dopadlo a my můžeme mít ještě další děti*“. Dceru Veroniku viděla po dvou hodinách po operaci a první setkání komentuje slovy: „*Nepřisála se*“.

Celý den paní Cecílii podporoval její manžel, na starosti ji měl lékař, který ji chodil jednou za čas zkontrolovat a vyšetřit, a porodní asistentka: „*Ta mě podporovala, chválila mě, jak dobře dýchám, ale zároveň se několikrát zmiňovala, že už jsem dávno měla jít na císaře*“. Na operačním sále pak bylo „*hodně lidí: několik sester, anesteziolog a dva doktoři. Většina personálu byla příjemná*“.

Pobyt na oddělení šestinedělí byl pro paní Cecílii utrpením. Chod oddělení ji nerušil, ale měla velké bolesti v jizvě a při stahování dělohy a cítila se slabá, proto první den jen ležela, druhý den se pokusila vstávat a až třetí den se mohla starat o svou dceru: „*Předtím mi ji nosily sestry na kojení, ale nechtěla se vůbec přisát a já to nechápala. Často jsem brečela*“. Sestry se v přístupu velmi lišily: „*Jedna za námi chodila jen, když šla změřit teplotu nebo zapsat váhu – a to jsme byly na celém oddělení jen 2 rodičky! Další dvě sestry byly milé, radily mi a pomáhaly mi s přisátím Veroniky*“. Díky jedné z nich začala paní Cecílie šestý den konečně kojit, sedmý den byla propuštěna domů.

Paní Cecílie bydlí s manželem v rodinném domě na vesnici, její rodiče v sousedství, tedy velmi pomáhají například s hlídáním. „*Manžel je pro mě obrovskou oporou, nejen že pomáhá s dcerou, přebaluje, uspává atd., ale sdílí vše se mnou a je tu pro nás. Bez něj si to vůbec nedokážu představit*“. Jinak šestinedělí i doma hodnotí jako hodně náročné, měla problémy s jizvou a stále velké bolesti břicha, musela chodit na převazy, takže starání o dceru pro ni bylo vyčerpávající. Dobře se jí nedařilo ani psychicky: „*Těžko jsem se vyrovnávala s tím, že jsem rodila sekci. Měla jsem z toho psychické problémy, často jsem brečela. Dá se říct, že doteď s tím nejsem úplně smířená, ale hodně mi pomohly diskuze žen na internetu, které musely také akutně na sekci. V těhotenství jsem si porod představovala jinak – bude to dlouhé, bude to strašně bolet, ale musí se to zvládnout, odměnou mi pak bude miminko. Moje máma mi vždycky říkala, že je to hrozné, ale jakmile uvidíš miminko, tak se hned na všechno zapomene. Na tu chvíli jsem se těšila a těžko se vyrovnávala s tím, že jsem o ni přišla*“. Paní Cecílie má pocit, že jí miminko přidělili, že jej neporodila: „*Neporodila jsem,*

vyndali ji ze mě“. Snaží se si své pocity racionálně odůvodnit, ale těchto pocitů se nedokáže zbavit: „*Jsem samozřejmě šťastná ze své dcery a vděčná, že to takhle dobře nakonec dopadlo, ale jen tak na porod nezapomenu, bohužel*“. Jak již bylo řečeno, obrátila jsem především na internetové diskuze a „*kdyby to bylo vážnější, tak bych se asi obrátila na psychologa*“.

Mateřství podle ní člověka hodně změní, ovlivňuje ho každý den. „*Už nemyslíme tolik na sebe, ale na své dítě. Jsme rodiče, máme velkou zodpovědnost, naše dítě je odkázáno pouze na nás, takže tu musíme být pro něj*“. Odchod z práce jí nevadil, pracovala ve školce. „*Představy jsou úplně něco jiného než realita, člověk si myslí, že něco nějak bude, plánuje, ale pak je to všechno stejně jinak. Myslím, že se na to nemůže nějak připravit, musí prostě jen nasednout do rozjetého vlaku*“. Cítí se být maminkou, ale „*popravdě mi to trvalo hodně dlouho. Souvisí to s tím, že jsem rodila císařem*“.

Porodní asistentky jsou dle paní Cecílie „*u porodu v porodnicích, někde asi i vedou celý porod až do konce*“. Myslí si, že jejím úkolem je podpora ženy při rození a zajištění hladkého průběhu porodu, pokud to jde, v tomto směru se na ně také obracela.

Rozhovor č. 9

Paní Dáša, 35letá druhorodička, která spontánně porodila zralého a zdravého chlapce Romana, byla na vlastní žádost po třech hodinách předčasně propuštěna z porodnice.

Těhotenství paní Dáši bylo plánované a „*pohodové*“, jen na začátku jí bylo někdy špatně. První dítě, tříletou holčičku Kateřinu přestala kojit až během těhotenství. „*První polovinu jsem nechodila na gynekologii, protože jsem se chtěla vyhnout všem vyšetřením, protože bych je stejně odmítla. Paní doktorka byla skvělá, řekla, že to chápe, ale že jsem jí teď tím zkomplikovala život*“. U své kamarádky se připravovala na „*bezbolestný porod*“ a také četla několik knih, převážně o porodu, jinak moc informací nehledala. Kdykoliv potřebovala, diskutovala se svou kamarádkou.

Kvůli špatně určitelnému termínu porodu paní Dáša přenášela. Podepsala tedy negativní revers a čekala na spontánní začátek porodu, který zanedlouho přišel a proběhl zcela bez zásahů. Do porodnice přijela v noci, kde ovšem kontrakce ustaly

a tak se vrátila domů. Znovu přijela ráno, kontrakce se opět zpomalily, ale v porodnici již zůstala, aby stále nejezdila tam a zpátky. Porod se záhy rozběhl a „*vůbec nebyl bezbolestný, bolelo to hrozně. V první chvíli jsem se cítila hrozně zklamaná, byla jsem upnutá k jiné představě. Teď z toho mám dobrý pocit, byl to můj přirozený porod, který jsem zvládla. Cítím hrdost a při porodu jsem se cítila silně a autenticky*“. Chvíli před polednem, zcela bez poranění, porodila chlapce Romana. Toho dostala hned na hrudník a odmítla první ošetření. „*Měla jsem trauma z prvního porodu. Jde opravdu o ty první dvě hodiny, pak jsme ho nechali zvážít i obléci*“. Po bezproblémovém porodu placenty dorazil i partner se starší dcerou a rodina byla pohromadě až do doby, kdy odjeli z porodního sálu přímo domů. Mezitím se paní Dáša v klidu osprchovala a cítila se plná energie. U porodu byla pouze porodní asistentka, lékařka a studentka. Chování personálu si paní Dáša velmi pochvalovala: „*Bylo to špičkové. Celé se to nedá s prvním porodem v jiné porodnici srovnat*“. Jediné, co jí vadilo, bylo prudké osvětlení a poloha vleže po porodu: „*Když ležím, cítím se taková nekompetentní, jako pacient*“.

Paní Dáša bydlí se svou rodinou v domku na maloměstě. Rodiče a bratra má bohužel daleko a v okolí nemá žádné opravdu blízké přátele. Hned druhý den po porodu ji čekala návštěvna dětské lékařky a odpolední příjezd tchána, jehož návštěvu necitlivě naplánoval její partner. Místo odpočinku tak vše připravovala a uklízela, což jí ubralo mnoho sil. Šestinedělí pozorovala na všech členech rodiny: „*Zdá se mi, že manžel se uzavřel, asi cítí málo pozornosti, možná také žárlí, že nemá ta prsa, která dokážou Romana utěšit. Kateřina se zase náhle trhla, najednou nechce spát s námi, je o tolik samostatnější. A mě porod ozdravil, cítím zlepšení kůže, sílu a zdraví*“. Podporu partnera cítí hlavně v zázemí, ale jako malou vnímá podporu v domácnosti: „*On je velmi citlivý. Vidí, že jsem unavená, řekne mi, abych si odpočinula, lehla si: ale já nemůžu, když vím, že je dole hromada nádobí, ale to on nevidí. Já to všechno zvládám, ale tolik by mě potěšilo, kdyby si vzpomněl! Když tu není, často odjíždí na služební cestu třeba na tři dny, tak mi to nevadí. Štve mě ale, když je tady a nevšimne si, že dělám všechno*“.

Před prvním těhotenstvím představy o mateřství vůbec neměla. Dlouho děti vůbec nechtěla: „*Podvědomě jsem se bála, že to nezvládnou. Rodina pro mě nezaváněla ničím*“.

dobrým. Měla jsem velmi špatný vzor z vlastní rodiny. No, čekala jsme vlastně něco hrozného, ale jsem překvapená, jak je to v pohodě a klidně bych měla ještě třetí dítě“. V roli maminky se necítí vždy: *„Někdy jsem prostě ženská, jindy máma. Až poslední dobou to nějak splynulo“.* Jelikož pracuje v keramické dílně v domě, neustále pozoruje, kolik práce ji čeká: *„Mám pocit, že bych měla přinášet peníze do domácnosti, že nestíhám, že bych měla ještě pracovat“.* Příchod dětí ovlivnil její život pozitivně. Hlavní změnu vidí v zodpovědnosti za jiné lidi, děti.

Psychické změny na sobě také pociťovala, ačkoliv mnohem méně, než s prvním dítětem. První týden ji zaplavovala euforie. Dále se však objevily pocity vlastní nedokonalosti a plačtivost: *„Další 3 týdny jsem byla taková labilní, říkala jsem si: Já jsem nemožná, ty děti jsou tak dokonalé, božské. A já je nedokážu ubránit před tímhle světem, který je tak hrozný“.* Bála se, aby své děti nějak nedeformovala, špatně neovlivnila. Nespokojenost se světem ji často přivádí do „deprese“, ale nyní, po šestinedělí, už je to zase lepší. Kde se o psychických změnách dozvěděla, neví, nezajímala se o to: *„Myslím, že to je všeobecně známé. Ale když ten pláč přišel, hned jsem věděla, že je to normální“.* S těmito obtížemi se vždy obrací na svého kamaráda Martina, případně na partnera a matku.

Na porodní asistentky narazila na porodním sále, zná ale také jednu soukromou. Ocenila by hlavně její informativní pomoc: *„Moc by mi pomohlo nějaké jednoduché obeznámení s fakty, velmi by to podpořilo moji psychiku. A poprvé by to mělo být už v těhotenství, pak při porodu, v šestinedělí...“.* Výraznou pomoc si také vybavuje při hledání úlevových poloh a podpory při porodu.

Rozhovor č. 10

Paní Eliška, 28letá prvorodička, která spontánně porodila syna Dana.

První potomek paní Elišky bylo vytoužené dítě. Jeho matka před tím 2x potratila na začátku těhotenství. Když se to podařilo potřetí, bylo těhotenství vedeno jako rizikové, protože paní Eliška první 2 měsíce krvácela. Do toho si musela v prvním trimestru píchat antitrombotika kvůli Leidenské mutaci. *„Bála jsem se, že to nedopadne dobře, proto jsme to vlastně v prvním trimestru nikomu neřekli. Ale poměrně brzy to*

na mě bylo vidět, takže jsme museli chtít nechtě přijímat gratulace“. Ve 28. týdnu těhotenství byla na jeden den hospitalizována kvůli předčasné děložní činnosti, ve 34. týdnu, chvíli před Vánoci, se situace opakovala; těhotenství tedy rozhodně nebylo bez komplikací a obav. Paní Eliška navštěvovala kurz předporodní přípravy a cvičení na míčích. Další informace získávala z knih, internetu a také od maminky, švagrové a kamarádek. *„Přečetla jsem několik knih, hlavně o kojení, ale později jsem vlastně litovala, protože ty rady tě spíš vystresují“.*

S průběhem porodu byla spokojená. Během dne pociťovala kontrakce, odpoledne tedy vyrazili do porodnice, kam přijela otevřená na 6 cm. *„Měla jsme skvělou porodní asistentku i lékaře, fakt mi sedli. Prostě mi říkali, co mám dělat, ne žádný tuťu ňuňu. Třeba se mi to nelíbilo, ale pomohlo mi to a já k nim měla zcela důvěru. Oni vědí, co dělají, tak jsem to z nich cítila a to mě uklidňovalo“.* V porodnici kontrakce začaly slábnout, takže paní Eliška dostala infúzi s oxytocinem. Plod byl v poloze šikmé a tak musela zaujmout nepříjemnou polohu, která ovšem zajistila fyziologický další průběh porodu. Po osmi hodinách kontrakcí porodila s drobným poraněním syna Dana. V té době byli v místnosti kromě jejího manžela dvě porodní asistentky, lékař, neonatolog, dětská sestra a také 4 zahraniční medicí: *„Vlastně už na začátku se mě zeptali, jestli mi nebude vadit jejich přítomnost. No, jako lidí tam bylo fakt dost, ale mně to bylo v tu chvíli jedno“.* Syna jí po porodu ihned krátce přiložili na hrudník, později osušili a provedli první ošetření a pokusili se jej přiložit k prsu. To se nepovedlo a tak jej odvezli na další dvě hodiny na novorozenecké oddělení. Problematické bylo odloučení placenty, které se podařilo až po hodině a po aplikaci léků. K revizi dutiny děložní nedošlo. Jiný mladý lékař potom ošetřil Eliščinu poranění: *„Ten se to na mě vyloženě učil, lékař, který vedl můj porod, mu říkal, co má dělat, kam má píchnout“.*

Po dvou hodinách, strávených na porodním sále, byla převezena na oddělení šestinedělí. Tady, kvůli velké ztrátě krve, zkolabovala ve sprše, proto jí byl Dan v prvním dni vozen pouze na kojení a v noci se mohla vyspat: *„Byla jsem hrozně ráda, že se o něj postarají sestřičky, byla jsem opravdu hrozně vyčerpaná“.* První den také měla potíže s kojením a necítila žádnou podporu ze strany personálu: *„Byla tam jedna sestra, první den, to bylo hrozné, prostě ho přivezla, nepomohla, pak odvezla. Cítila*

jsem se hrozně, neschopně.“ Další den se zlepšil její stav a s další směnou přišla také pomoc ohledně kojení: *„Pak přišla sestřička, takový anděl a viděla, že nám to nejde. Řekla, ať chvílku počkáme, že si něco dodělá a přijde se nám věnovat. To také udělala, přišla několikrát, a do večera jsme to uměli oba“*. V porodnici také brečela – štěstím. Denní program na dvoulůžkovém pokoji ji trochu rušil, na druhou stranu oceňuje to, že si měla s kým povídat a nebyla sama.

Po třech dnech byli propuštěni domů, ovšem před screeningem kyčlí novorozence, takže hned další den museli jít za ortopedem do města: *„Kdybych tušila, co s tím bude starostí, to raději zůstanu o nějaký ten den déle v porodnici“*. Paní Eliška bydlí se svým mužem v bytě ve velkém městě. V okolí má kamarádky, rodina bydlí také nedaleko a vždy za ní může někdo přijet. Hned v prvních dnech jí pomáhala tchýně, později maminka. Její šestinedělí bylo provázeno zvýšeným krvácením, kvůli kterému musela ve 3 týdnech po porodu podstoupit kyretáž s jednodenní hospitalizací. V té době se o syna staral její manžel, což nyní oceňuje: *„Nosil mi Dana na kojení, v noci krmil odstříkaným mlékem... A pak byl úplně mrtvý a za celý den nestihl ani nic jiného. Jsem ráda, že si to vyzkoušel a ví, proč nic moc jiného nestihnu“*. Snaží se jí pomoci a cítí od něj velkou podporu. Během šestinedělí také měla náběh na mastitidu a zavolala o pomoc laktační poradkyni: *„Ta mi ale neřekla nic nového, jenom mě znejistěla a vystrašila, to už bych víckrát neudělala“*.

A jak příchod dítěte ovlivnit její život? *„Úplně, totálně! Chodila jsem spát pozdě v noci, teď padnu v 9. Mateřství tě činí nesobeckým. Taky jsem měla spoustu času jen pro sebe: teď jdu třeba na dvě hodiny s kamarádkou na kafe... A je to úžasný, být sama! Ale pak se zase těším zpátky a celou dobu stejně na Dana myslím“*. Také má mnohem méně času na svého partnera. Jsou oba unavení a ve volných chvílích spí. Pozornost jeden druhého ale vnímá skrze dítě. Paní Eliška se také mateřstvím cítí silnější – došlo u ní k přeskládání hodnot. To souvisí i s prací teoložky a pedagožky: *„Ambice jsem prostě odložila a práce mi zatím vůbec nechybí“*. Náročnost mateřství ji překvapila, ale zároveň je spokojená *„že o nás lidi mají zájem. Je krásné zjistit, že se vždycky můžu na někoho spolehnout“*. S mateřskou rolí je zcela spokojena.

Psychické změny ji překvapily, krizi měla hlavně první dny doma: „*V porodnici jsem brečela štěstím, pak jsem přišla domů a napadlo mě: všechny oblečky jsou mi malé, nezvládnou to, co mám s dítětem vlastně dělat, co mám říct manželovi? Měla jsme strašnou radost a přitom jsem byla úplně vyčerpaná, všem jsem pořád volala*“. Zlomovým bodem byl telefonát s maminkou. Cítí se také více úzkostná, hlavně večer, když je hodně unavená. O psychických nemocech ví z knih a také od blízkých lidí. V případě „*krize*“ by se jistě obrátila na manžela, maminku a také na švagrovou, která má prý velmi „*uklidňující vliv*“. Zjistila, že ji velmi stresuje odborná literatura a přístup, mnohem víc ocení vyzkoušené rady maminky či kamarádky dětské lékařky, což ji vždy velmi uklidní. S porodními asistentkami nemá mnoho zkušeností, pouze z porodního sálu a oddělení šestinedělí, kde jí pomáhaly především s fyzickými potížemi.

5 Diskuse

Porozením dítěte se z ženy stane matka: to, že se v jejím životě, v jejím těle i myslí, odehrají nenávratné změny, cítíme i ve změně slov žena – matka. V naší práci jsme se zaměřili na změny psychické, ačkoliv není možné od sebe jednotlivé složky bio-psycho-sociálního pojetí člověka zcela oddělit. Zajímá nás, co všechno má na tyto změny vliv, především jak je ovlivňuje místo porodu a způsob jeho vedení, a také jak ženy takovéto změny vnímají a zda jsou na ně připraveny. Poslední cílem pro nás budou informace o tom, jak vnímají šestinedělky pomoc od porodních asistentek a v jaké míře a oblasti ji dostávají.

Rozhovory se šestinedělkami probíhaly vždy mimo zdravotnické zařízení, převážně v jejich domácím prostředí, případně na jiných místech, kde bylo možné zachovat soukromí pro rozhovor. Důležité bylo, aby byli již nějakou dobu po porodu ve svém domácím prostředí a vyzkoušely si život s novorozenejším dítětem. Teprve pod tíhou každodenních starostí se totiž mnohdy projeví opravdové změny – jak pozitivní, tak negativní. Na začátku každého setkání byl ženám vysvětlen důvod prováděného rozhovoru. Od žen byl pak získán souhlas se zveřejněním jejich výpovědí a některých osobních údajů pod pseudonymem. Mezi českými ženami jsme vybrali dvě prvorodičky, z nichž jedna rodila akutním císařským řezem, dvě druhorodičky a jednu třetirodičku. V Rakousku jsme oslovili tři prvorodičky, přičemž jen jedna z nich porodila spontánně, a dvě druhorodičky. Věk šestinedělek se pohyboval v rozmezí 22 – 35 let. Pět žen dosáhlo vysokoškolského vzdělání, tři středoškolského ukončeného maturitou a dvě zakončily své vzdělávání s výučním listem. Až na jednu ženu žijí všechny šestinedělky v manželství.

Profesor Fedor-Freyborg (2008) popisuje těhotenství jako krizi, během které žena překonává tři důležité změny v životě: nový vztah k dítěti jako individuální osobnosti, změna role vůči partnerovi, který je otcem jejího dítěte a nakonec i změna role vůči vlastní matce. V prvním okruhu otázek jsme se tedy zajímali o graviditu a její průběh. U všech žen se jednalo o těhotenství plánované a chtěné. Polovina žen trpěla na začátku těhotenství nevolnostmi a zvracením, dvě z nich velmi silným, jedna dokonce musela

být kvůli nepřestávajícím nevolnostem krátce hospitalizována. Jinou ženu obtěžovaly bolesti v kříži. Dvě těhotenství byla vedena jako riziková: u jedné ženy kvůli předchozím potratům, krvácení a předčasné děložní činnosti, kvůli nimž musela být 2x hospitalizována, u druhé kvůli vrozené hemofilii potomka, kdy podstoupila choriocentézu pro včasné zjištění pohlaví a onemocnění dítěte. Obě tyto ženy popisují své těhotenství jako plné obav, úzkosti a rozhodování, druhá také pociťovala velký nátlak ze strany zdravotnického personálu: „*Lékař v té poradně nás zesměšňoval, nutil, zastrašoval větami typu: Budete si to vyčítat!*“. Stejně jako další česká rodička, i ona se rozhodla pro jiný postup péče o své těhotenství a porod, než je obvyklé a obě popisují pocity boje a zastrašování ze strany zdravotníků, ale i nepochopení od příbuzných a známých. Zde se silně odráží nastavení žen: např. i paní Eliška měla své těhotenství komplikované, ale jelikož naprosto důvěřovala zdravotnickému personálu, nepopisuje tyto prožitky jako traumatické. Dále nemůžeme nepřipomenout paní Dášu, která svou gynekoložku vědomě nenavštěvovala do první poloviny těhotenství, ale setkala se s pochopením. V porovnání s nimi žádná respondentka z Rakouska tento problém neudává, ačkoliv jedna plánovala porod doma. Dle našich vlastních zkušeností je to způsobeno větší otevřeností místní společnosti k možným alternativám běžného postupu. Na druhé straně však žádná z rakouských žen neměla v těhotenství větší problémy a nemůžeme tedy toto chování porovnat.

Na příchod potomka se většina nastávajících matek prvorodiček připravovala spíše sama, to znamená pročitáním knih a hledáním informací na internetu. K našemu překvapení kurz předporodní přípravy navštěvovala pouze jedna prvorodička, jedna jej nestihla, protože se v průběhu těhotenství přestěhovala do Rakouska. Všechny vícerodičky měly kurz předporodní přípravy za sebou již z prvního těhotenství a informace si snažili pouze oživit. Zde je opět výrazný rozdíl mezi českou a rakouskou stranou: rakouské matky využily služeb porodní asistentky, jedna žena dokonce kontinuální péče. Pouze 2 české ženy se setkaly s porodní asistentkou v průběhu těhotenství: jedna v prvním těhotenství, u druhé se nejednalo o soukromou péči v pravém slova smyslu: porodní asistentky jsou její kamarádky. Až na jednu ženu se všechny radily se svými kamarádkami a matkami: v tomto jediném případě bylo

důvodem právě nepochopení ze strany okolí. Tato žena konzultovala především se svým manželem.

Velmi rozdílné jsou prožitky z porodu. Téměř všechny vícerodičky porodily spontánně, u jedné matky byl porod vyvoláván, stejně jako všechny její předchozí porody. Samotný porod, tedy to, co se dělo s jejich fyzickým tělem, považují všechny za dobrý a zvládnutelný, jsou na sebe hrdé. *„Mám z toho dobrý pocit, byl to můj přirozený porod, který jsem zvládla. Cítím hrdost a při porodu jsem se cítila silně a autenticky“*. Klidné pokračování jejich zážitku narušily až komplikace po porodu: jedna rakouská druhorodička zažila silné postpartální krvácení a následně velké vyčerpání a krevní transfúze. Jiná se zase strachovala o svou dcerku, která musela být po porodu déle stimulována, ale velmi brzy k ní byla opět vrácena. Velký boj musela také svádět paní Broňa, která sice porodila *„krásně“*, ale novorozený syn jí byl ponechán pouze krátkou chvíli, aby jí byl následně, kvůli strachu personálu a nezkušenosti s výjimečným onemocněním hemofilii, odebrán. Boj o dítě a jejich oddělení, stejně jako nejistota pro ni byly tak traumatické, že na ně dodnes nechce vzpomínat.

Porody prvorodiček tak lehké nebyly. Klidný a spontánní porod popisuje paní Ingeborg, která porodila zcela přirozeně doma za podpory své porodní asistentky. Spontánně porodila také paní Eliška, ačkoliv porod hodnotí jako dlouhý a musel být podpořen oxytocinem a nepříjemným polohováním. Díky tomu se však vyhnula císařskému řezu, kterým skončil porod ostatních prvorodiček. Žádný z nich nebyl plánovaný - všem ženám byl porod vyvoláván a zakusily si velké bolesti. Utrpení jedné z nich skončilo poměrně brzy, protože se špatně dařilo i jejímu dítěti: byla tak brzy odeslána na operační sál, kde jí byl pod epidurální anestézií proveden císařský řez. Její porod měl však jiné těžkosti: kvůli jazykové bariéře v podstatě nevěděla, co se s jejím tělem děje, což ji velmi děsilo: *„Sice jsem měla štěstí, a v den, kdy přišel malý na svět, jsem měla kolem i český personál, ale zbytek doktoru byl německy mluvících“*. Další dvě prvorodičky si prožily opravdu dlouhý porod. Ten byl u jedné zakončen císařským řezem v epidurální anestezii po 35ti hodinách, druhé po několika neúspěšných pokusech vyvolávání teprve po třech dnech. Pro ni však trápení neustalo, jelikož po nepovedeném zavedení epidurální anestezie cítila operační pole, na což se přišlo až v průběhu operace.

Teprve potom byla uspána celkovou anestezií. Jako by nepříjemností nebylo málo, následovala atonie děložní a velké krevní ztráty a paní Cecílie málem přišla o dělohu.

Kontakt s novorozencem se pro ženy odlišoval především podle toho, v jaké zemi porodily. Rakouské matky dostaly své děti „do rukou“, resp. na nahý hrudník ihned po porodu, kde byly poměrně dlouhou dobu ponechány, později byly ošetřeny za asistence otců. Podobné to bylo i při císařském řezu: podpora bondingu a běžné užívání epidurální anestezie umožnila rakouským matkám být se svým dítětem v kontaktu ihned po jejich narození, následně až za dvě hodiny, po opětovném převezení na porodní sál. Mezitím o ně opět pečovali jejich otcové. České matky sice své potomky také dostaly na hrudník ihned po porodu, paní Eliška však jen velmi krátce a později jí byl po marném krátkém pokusu o přiložení odebrán. Ostatní si jejich přítomnost musely zajistit podepsáním negativního reversu. Paní Broně byl syn přesto brzy odebrán, což považuje za velmi zraňující událost. Po císařském řezu v celkové anestezii samozřejmě nebylo možné bonding na operačním sále podpořit. Paní Cecílie tak svou dcerku poprvé viděla po dvou hodinách. Z konce svého porodu je velmi smutná: „*Neporodila jsem, vyndali ji ze mě*“.

Nepříjemné jim všem byly především silné kontrakce, které ale považovaly za přirozenou součást porodu, proto se s nimi vyrovnaly. Obzvlášť nepřírozené bolesti ale zakoušely po podání oxytocinu či po zavedení prostinových tablet k vyvolání porodu, případně pokud trpěly bolestmi křížovými. Rušivé také byly vynucené porodní polohy, ve kterých rodičky musely přetrvávat při natáčení CTG monitorů či jiných vyšetřeních. Příjemné všem bylo především využití teplé vody v první době porodní, svobodná změna poloh a podpora personálu i přítomnost partnera. Jedna rakouská žena porodila v poloze na boku, jiná v kleče opřená o svého muže, jedna česká na všech čtyřech a další stojící ve sprše. Všechny ostatní, vaginálně rodící ženy, přivedly své potomky na svět v klasické poloze na porodním lůžku. Co se týče porodních poranění, nedošlo k žádné episiotomii, u dvou rodiček k ruptuře prvního stupně, ostatní porodily bez poranění.

U porodů (či v zápětí po nich) v České republice byl nejvíce času většinou přítomen manžel rodičky a porodní asistentka. Při druhé a třetí době porodní pak opět partner,

jedna či dvě porodní asistentky, lékař a novorozenecká sestra. V jednom případě byli u porodu přítomni také 4 studenti lékařské fakulty, jindy studentka porodní asistence, neonatolog či více lékařů. Porody byly vedeny lékaři, kteří také ošetřovali porodní poranění. Ostatní péči zajišťovaly porodní asistentky, ale nerozhodovaly o ní. Novorozence ošetřovala novorozenecká sestra. V Rakousku průběh porodu konzultovala porodní asistentka s jedním či několika lékaři, kteří rozhodovali o postupu v případě komplikací. V první době porodní byl nejčastěji opět přítomen partner a porodní asistentka. Samotný porod vedla porodní asistentka, která také ošetřovala novorozence, lékař byl pouze přítomen a ošetřoval porodní poranění, na porodním sále byl dále už jen partner rodičky, případně studentka porodní asistence. Výjimkou byl porod doma, kdy byl přítomen pouze partner a porodní asistentka. Pokud došlo ke komplikacím, počet personálu na porodním sále se zvýšil: paní Judith udává, že v jednu chvíli bylo na porodním sále až 8 lidí. S menším soukromím se také samozřejmě setkaly ženy, které musely podstoupit císařský řez.

Aktivní přístup personálu někomu vyhovoval, někomu vyloženě vadil: „*Měla jsme skvělou porodní asistentku i lékaře, fakt mi sedli. Prostě mi říkali, co mám dělat, ne žádný ťuťu ňuňu. Třeba se mi to nelíbilo, ale pomohlo mi to a já k nim měla zcela důvěru. Oni ví, co dělají, tak jsem to z nich cítila a to mě uklidňovalo*”. Dle našeho názoru bude důvodem především osobní nastavení žen: těm s velkou důvěrou ve zdravotnický personál přinášel direktivní způsob vedení porodu pocit bezpečí, těm s větší důvěrou v sebe samu mohl tento přístup velmi omezovat. Dvě české rodičky však byly vystaveny nepříjemné konfliktní situaci především s lékaři, když zdravotnický personál nepostupoval podle jejich přání buď před, nebo po porodu. Znovu popisují nátlak a nutnost neustálé argumentace, případně podepisování negativních reversů v případě, kdy chtěly dosáhnout pro ně přirozených postupů. Dlouhodobé průzkumy v Británii a USA odhalili, že si ženy i o mnoho let později velmi přesně pamatují, co jim porodní asistentky a lékaři říkali (Mrowetz, 2011). V Rakousku byl podle všeho brán na osobní názor žen větší ohled. Všechny ženy byly také naprosto spokojeny s přístupem a ochotou personálu. Zdá se tedy, že nejhorší zážitky mají hlavně ženy, které se upnuly na určitou představu svého porodu, či porodní péče a jejichž

realita se lišila buď proto, že byl porod velmi komplikovaný, nebo proto, že na jejich názor zkrátka nebyl brán ohled.

Ne všechny „*novopečené maminky*“ si k našemu překvapení vyzkoušely pobyt na oddělení šestinedělí, případně byly na vlastní žádost z nemocnice předčasně propuštěny. Tento postup jsme očekávali u rakouských respondentek, kde opravdu jedna po porodu doma tamtéž prožila celé šestinedělí, jedna byla po třech dnech předčasně propuštěna do péče soukromé porodní asistentky, a jedna toto propuštění plánovala. V České Republice byla jedna z respondentek propuštěna při podepsání negativního reversu po třech hodinách přímo z porodního sálu, jedna po 24 hodinách, opět na revers. V naprosté většině případů se jednalo o vícerodičky a žádná z nich netrpěla puerperální změnou psychiky. Denní program oddělení, spojený v obou zemích s programem rooming-in, se dle našich zkušeností v zásadě nelišil. Vůbec nevadil ženám, které byly na nadstandardním pokoji samy. Pochvalovaly si klid a možnost dlouhodobého pobytu návštěv. Ženy na standardních pokojích udávají deficit soukromí. To velmi výstižně popisuje paní Broňa: „*Konečně jsem se bavila asi čtvrt hodiny s porodní asistentkou v koupelně, to bylo jediné místo, kde byl klid. Vybrečela jsem se*“. Popisují také neustálé rušení např. od spánku, jelikož na pokoj chodily vizity ženského i novorozeneckého oddělení, návštěvy, úklidový personál apod. či bylo téměř vždy jedno z dětí vzhůru. To samo o sobě nepovažují za nepříjemné, ale udávají, že ve výsledku měly málo klidu. Na druhou stranu byly rády, že si mají s kým promluvit a že nejsou ve své situaci samy. Na oddělení šestinedělí bylo hlavní starostí kojení a u žen po císařském řezu sžití s operační ránou a tedy bolestí, která jim znemožňovala pohyb tak spontánní, jako dřív. Zde opět velmi záleželo na přístupu personálu: všechny matky hluboce ocenily jakoukoliv pomoc, naopak byly raněny, pokud se jim pomoci nedostalo a cítily se „*hrozně a neschopně*“. Co se týče pooperační péče, nevyjadřují nespokojenost. Alarmující však je, že v podstatě všechny české ženy se zpočátku necítily podpořeny v kojení a v kontaktu s dítětem. Paní Broňa nebyla pouštěna za svým potomkem na oddělení neonatologické jednotky intenzivní péče v noci, nebyla ani volána ke kojení či krmení, což ji velmi mrzelo a snižovalo její mateřské kompetence. Zbylým českým prvorodičkám se zase v prvních dnech vůbec

nedostalo podpory kojení. K tomu došlo až se změnou personálu. Obě dvě plakaly už v porodnici - nakonec ale všechny odcházely domů plně kojící. V rakouské porodnici byly s přístupem a podporou personálu všechny ženy naprosto spokojeny. Jedna šestinedělka však ani přes velkou podporu nemohla kvůli zdravotním komplikacím kojít. Jediný problém zde měla pouze paní Judith, která však i přes jazykovou bariéru oceňuje ochotu zdravotnického personálu.

Tři respondentky žijí se svými partnery, příp. potomky na vsi, dvě v malém městečku a pět ve městě. Tři z nich nemají v okolí žádné příbuzné či přátele, kteří by jim pomohli s péčí o potomky. Tento fakt popisují jako jedinou nevýhodu svého bydliště. Na začátku šestinedělí však všechny navštívili příbuzní, aby jim pomohli s adaptací. Po porodu se navíc potřeba sociálních kontaktů a výměny zkušeností ještě zvyšuje (Giesel, 2004). Zbylé ženy cítí velkou podporu, vždy mají nablízku někoho, kdo jim pomůže. Zajímalo nás také, jakou podporu cítí novopečené maminky od svého partnera a jak se změnilo jejich soužití. Zaujala nás skutečnost, že velkou podporu – a to jak v domácích pracích, tak psychickou, cítí většina rakouských maminek. Neměly to tak všechny české ženy: jak paní Broňa, tak paní Dáša, mimochodem obě druhorodičky, vyjadřují nedůvěru v dostatečnou empatii svých mužů. *„On je velmi citlivý. Vidí, že jsem unavená, řekne mi, abych si odpočinula, lehla si: ale já nemůžu, když vím, že je dole hromada nádobí, ale to on nevidí. Já to všechno zvládám, ale tolik by mě potěšilo, kdyby si vzpomněl!“*. Ani paní Eliška to neměla lehké do doby, než si její muž musel vyzkoušet celodenní péči o dítě v době, kdy musela opět do nemocnice kvůli revizi dutiny děložní. Do nemocnice se musela vrátit i paní Gertruda, která se ovšem na svého muže již mohla spolehnout. S prvním dítětem dobrovolně na dva měsíce nastoupil na mateřskou dovolenou: chtěl si vyzkoušet, co všechno musí jeho žena zvládnout. Pokud byly ženy podpořeny od svých manželů a okolí, brzy jim přestalo dělat potíže zvládnout domácnost i potomky. Zdá se také, že mnohem méně potíží v partnerství popisují ženy, jejichž manželé či partneři se vracejí z práce poměrně brzy a mají na ně a domácnost více času.

Pro partnerský vztah je šestinedělí obecně zátěžovou zkouškou, což poznamenalo mnoho maminek. Líbil se nám poznatek paní Elišky: *„Času je málo a jsme oba hrozně*

unavení. Pozornost jeden druhého ale vnímáme skrze dítě“. Paní Broňa si zase nyní umí představit, proč se lidé s malými dětmi rozvádějí: partnerství podle ní v tomto období potřebuje nesmírné množství pochopení pro roli toho druhého, na což mnohdy není síla. Sama však v šestinedělí velmi toužila po blízkosti svého muže, dokonce mezi nimi došlo i k pohlavnímu styku, díky kterému se jí navrátilo sebevědomí. Velmi zajímavý poznatek udělala i paní Dáša: zdá se jí, že pomyslným šestinedělím prochází celá rodina. Její starší dcera se náhle prudce osamostatnila, na svém manželovi zase pozoruje větší odstup. „*Možná také žárlí, že nemá ta prsa, která dokážou syna utěšit*“. Velmi podobné prožitky udává i Elisabeth Giesel ve své knize *Slzy po porodu* (2004).

Prvorodičky popisují zpočátku velkou únavu, bolest a vůbec náročnost nové situace, zvláště ty, které se domů vrátily po císařském řezu. Vícenásobné matky však, zdá se, byly na svou roli více připravené, a také verbalizují, že už věděli, co mají čekat, proto je náročnost mateřství tolik nepřekvapila. Ne všechna šestinedělí žen proběhla bez komplikací. Vždy se jednalo o případy, kdy porod neproběhl zcela bez komplikací a vidíme tedy, že jeho průběh výrazně zasahuje i do šestinedělí. Všem se, naštěstí, dostalo dostatečné podpory od rodiny či okolí. Poporodní péči soukromé porodní asistentky měly pouze dvě rakouské šestinedělky. Další dvě ženy byly navštíveny jejich kamarádkami, porodními asistentkami. Jedna česká žena využila služby laktační poradkyně, se kterou ale nebyla vůbec spokojená – návštěva kvůli hrozící mastitidě ji naopak znejistěla.

A jak příchod dětí ovlivnil dosavadní život našich žen? Jak uvádí Fedor-Freybergh, 2008, porod je vstupem do nového světa pro dítě, matku i otce. Novopečené matky si uvědomily, kolik času dříve měly na sebe a své partnery, koníčky, ale i na předchozí děti. Udávají však také velký nárůst pocitu zodpovědnosti: „*Naše dítě je odkázáno pouze na nás, takže tu musíme být pro něj*“. Jiná maminka to vyjádřila slovy: „*Mateřství tě činí nesobeckým*“. I když potom získají chvíle „volna“ pro sebe, nikdy úplně nepřestanou myslet na své děti a na to, co se s nimi děje – s tím souvisí mnohem větší množství obav. Většinou se také změnil – či přizpůsobil – jejich denní rytmus. Unavené matky často chodí spát mnohem dříve, než byly zvyklé, dříve také vstávají. Zvýšila se také jejich zátěž, což je znatelné i u vícerodiček: „*Z legrace říkám, že se dvěma to byla*

nuda. Když dvě spí, tak třetí určitě ne“. Žádná z maminek ovšem tohoto období a změn nelituje. I představy o mateřství samotném se změnily. Některé ženy byly pozitivně překvapeny, protože dle svých vlastních slov očekávaly mateřství mnohem náročnější. Některé ženy naopak žádné výrazné představy o mateřství neměly. Poslední část žen, a to ta největší, přiznává, že mateřství asi viděla „*příliš růžově*“ a neuměla si představit, jak náročné to vlastně bude. Shodují se také na tom, že na mateřství se nedá zcela připravit, protože plány se často velmi odlišují od reality. Téměř všechny se rychle sžily se svou rolí „*maminky*“, pouze jedna žena cítila rozpor mezi rolí matky a ženy. Po druhém dítěti si uvědomila, že se tyto role vlastně mohou překrývat a že se nevylučují.

Odchod z práce snášejí všechny ženy relativně dobře. Většině z nich se po ní nestýská. Výjimkou je paní Broňa, které práce chybí – ráda by pomáhala i jiným lidem, což bylo úkolem jejího zaměstnání. Bohužel na to teď nemá dostatek síly, ani energie – navíc jí nebyla prodloužena smlouva, což ji velmi mrzí. Ani paní Anděla nevidí v mateřství svůj jediný zdroj seberealizace. Paní Dáša má zase pocit, že by měla do domácnosti, i přes stoprocentní péči o její chod a děti, ještě přinášet peníze. Podobné plány do budoucnosti má i paní Ingeborg, která by se ráda alespoň příležitostně věnovala své profesi hraní na příčnou flétnu a také tak přispívala do rodinného rozpočtu.

Konečně se dostáváme k části o psychických změnách. Naším **prvním cílem** bylo zjistit, zda na sobě ženy vnímají psychické změny v šestinedělí a zda jsou na tyto změny připraveny. Zde můžeme jednoznačně odpovědět, že šestinedělky na sobě psychické změny ve všech případech pozorují. Kdybychom se zaměřili na všechny ženy a jejich první šestinedělí (tj. i první šestinedělí u vícerodiček), viděli bychom, že každá žena trpěla alespoň lehkým výkyvem nálady, všechny popisovaly plačtivost. V kontextu s osobním příběhem každé ženy nyní zřetelně vidíme, že ač lehké výkyvy nálady kolísající od euforie k pláči měla každá žena, velký vliv na její psychickou pohodu měl výskyt komplikací, či spíše **strach** v období okolo porodu. Podívejme se nyní na rozdílné reakce prvorodiček a vícerodiček z pohledu nynějšího šestinedělí. Poporodní blues s nynějším dítětem nezažila pouze jedna česká a jedna rakouská

vícerodička. Zajímavostí je, že obě byly předčasně propuštěny domů a jedna měla zajištěnou péči porodní asistentky. Obě si však s předchozími dětmi baby-blues prožily. Jiná česká a rakouská druhorodička zase popisuje zvýšení úzkostnosti: paní Dáše se prohloubil pocit vlastní nedokonalosti, lability a strachu ze špatné výchovy, z toho, že nedokáže svého potomka ochránit před „špatným světem“. Střídá je však pocit euforie. Podobně paní Gertruda popisuje větší strach o to, zda všechno dobře proběhne, zda jsou její děti v pořádku a i po šestinedělí někdy večer pláče: důvodem je prý velká únava a potřeba mít vše dokonalé. Poslední vícenásobnou maminkou je paní Broňa, která popisuje pláč, neschopnost spánku, vztek, zoufalství, nespravedlnost, ublížení a pocit, jako by něco nestihla, neudělala. Tyto pocity prožívala hlavně na oddělení šestinedělí a byly zcela jistě spojené s nenaplněnou touhou po stálém kontaktu s dítětem a také nejistotou o jeho zdraví. Tyto zážitky nemohla delší dobu zpracovat. Zaujalo nás, jak se s touto zkušeností pokusila vyrovnat: „*Napsala jsem si potom takový dopis, kde jsem si celý ten porod a čas potom zaznamenala. Hrozně mi to pomohlo, ty myšlenky jsem srovnala*“. Po návratu domů ji zalila vlna nadšení a euforie a také touha po kontaktu s partnerem.

Prvorodičky se s postpartální výkyvem nálady setkaly poprvé. Nejméně negativně dopadl na paní Ingeborg, která se svou porodní asistentkou porodila spontánně doma. Popisuje euforii, radost, vděčnost a jedinou nejistotou pro ni v prvním týdnu bylo kojení, kdy i plakala. Jiná česká prvorodička po poměrně komplikovaném porodu taktéž popisuje náhlý výkyv nálady, pláč a úzkosti, které ji provázeli hlavně večer ruku v ruce s únavou, a také silnou potřebu sdílet své pocity. Krizi prý měla hlavně první dny po příchodu domů: „*Napadlo mě: všechny oblečky jsou mu malé, nezvládnou to, co mám s dítětem vlastně dělat, co mám říct manželovi? Měla jsme strašnou radost a přitom jsem byla úplně vyčerpaná*“. Velmi ji znervózňovala také odborná literatura a přístup, mnohem víc ocení vyzkoušené rady. Posledním případem jsou prvorodičky po náročném, vyvolávaném porodu ukončeném císařským řezem. Jedna popisuje pouze plačtivost a křehkost, dvě vyjadřují pocity jako je pláč, hlavně v průběhu prvního týdne, vracející se ale ještě minimálně po celé šestinedělí, návaly smutku, pocity jako nezvládnutí situace, zoufalství a snížení sebevědomí. Důvody jsou obdobné: „*Protože*

jsem měla císařský řez, neprodila jsem, vyndali ji ze mě, protože jsem nemohla kojít, že jsem to vzdala tak brzy...“. Rakouské respondentce se dostalo péče psychologa a následně ošetření pomocí kraniosakrální terapie u porodní asistentky, která vedla její porod. Během šestinedělí se tak obtíže srovnaly. U paní Cecílie k žádnému zásahu nedošlo a tak ještě i nyní popisuje nevyrovnání s traumatickými zážitky a smutek. Žádná další matka nepožádala o odbornou pomoc, co se týče vlastního psychického stavu. To nás překvapilo a tak jsme se dále ptali, zdali o psychických změnách v šestinedělí věděli předem, zda na ně byly připravené. Zdá se, že baby-blues je pro ženy obecně známé. Přes to však některé maminky náhlý výkyv nálady překvapil. Horší je informovanost o patologických změnách psychiky. Ta je mnohem menší a z našeho výzkumu se nám zdá, že některé z respondentek těmito změnami dokonce procházejí, přesto však o nich neví, či je neberou vážně. To je podpořeno také tím, že nejsou brány vážně od svého okolí. Stále se odvolávají na „*kdyby to bylo horší*“. V tom případě by se obrátily na odbornou pomoc psychologa, prozatím jim stačí promluvit si o tom se svými blízkými, tj. partnerem, vlastní matkou apod., příp. hledají informace a psychickou podporu na internetových diskuzích – zjišťují tak, že nejsou ve své situaci samy. Několik rakouských žen by se také obrátilo o pomoc na svou soukromou porodní asistentku. Obecně mají ženy informace z knih, internetu, případně z kurzů předporodní přípravy. Není však, bohužel, pravidlem, aby se na těchto kurzech o změnách psychiky mluvilo, jak potvrzuje několik respondentek a také výzkum Stanislavy Jeníkové, 2009, vedený na podobné téma. Posledním zdrojem je také vlastní zkušenost, pokud někdo v okolí ženy výraznou psychickou změnou v šestinedělí prošel. Hodnotíme tedy připravenost žen na poporodní změny psychiky jako nedostatečnou. Ženy sice tuší, na koho se v případě obtíží obrátit, nejsou si však jisté, v jaké chvíli by se k tomuto kroku měly rozhodnout, tudíž o pomoc nepožádají. Otvírají se nám tím další otázky, např. je-li vůbec možné se na psychické změny dostatečně připravit. Že to není tak jednoduché, potvrzují odpovědi našich respondentek, které zpětně zjišťují, že si zátěž, stejně jako obrovský příliv lásky a pocitů zodpovědnosti neuměly v těhotenství reálně představit. Cíle tedy bylo dosaženo, podařilo se nám zmapovat vnímání psychických změn šestinedělkami i zjistit, že na ně zcela dobře připraveny nejsou.

Druhým cílem bylo zjistit, jak šestinedělka vnímá pomoc ze strany porodních asistentek a v jaké oblasti porodní asistentky tuto pomoc nejvíce poskytují. České ženy vidí místo porodní asistentky jednoznačně na porodním sále, případně na oddělení šestinedělí. Tři respondentky mají povědomí o soukromých porodních asistentkách, jen jedna však využila jejich služeb v prvním těhotenství. Velmi odlišnou zkušenost prožívají ženy rakouské, kde soukromá péče porodní asistentky není ničím výjimečným: setkávají se s nimi v těhotenské poradně či v poradně pro matky s dětmi, na kurzech předporodní přípravy, v soukromí, hlavně v šestinedělí, kdy chodí za ženami domů, ale poskytují i kontinuální péči během těhotenství, porodu a šestinedělí, a samozřejmě také v porodnici na porodním sále. Téměř všechny se také s porodní asistentkou setkaly i v soukromém sektoru, především tedy v šestinedělí a v mateřské poradně. Shodují se také na tom, že největším přínosem porodní asistentky je psychická podpora, dále pak pomoc s péčí o novorozence a s kojením. Dvě české ženy vidí její hlavní roli jako poskytovatelky péče na porodním sále, mají tedy především zajišťovat hladký průběh porodu a pomáhají jim s hledáním úlevových poloh – jinou zkušenost s nimi totiž nemají. I druhý cíl byl tedy splněn: zdá se, že ženy vnímají pomoc porodních asistentek pozitivně. Líbil se nám popis jedné rakouské šestinedělky: *„Je to prostě žena jako ty, mluvíš s ní o intimních věcech, o svých problémech, rozumí ti, poslouchá tě a uklidní tě“*. To platí, zdá se, mezinárodně. Jak jsme viděli, oblast pomoci se výrazně liší podle země, ze které respondentky pocházejí. Na konec však zmíníme, že ani porodní asistentka není všemocná: v prevenci psychických změn však může výrazně pomoci, stejně jako v jejich léčbě, protože je ženě ze zdravotnického personálu úplně nejbliže.

Po prostudování odpovědí našich respondentek se můžeme vrátit i k odpovědi na **třetí výzkumnou otázku**, tedy jaký vliv má na psychiku šestinedělky místo porodu a způsob jeho vedení. Zjistili jsme, že co se týče místa porodu, záleží především na přístupu personálu a místních zvyklostech v poskytování ošetrovatelské i lékařské péče, ne na lokalitě samotné. Ačkoliv naprostá většina porodů proběhla v porodnici a v domácím prostředí pouze jeden, přesto došlo právě mezi ženami rodícími na porodním sále k obrovským rozdílům v reakcích. Matky, které v šestinedělí trpěly výraznějšími změnami psychiky, vždy v období okolo porodu prožívaly větší strach a

pocity méněcennosti. Zde záleželo na několika faktorech: tyto pocity vyvolávalo například nevhodné chování personálu. I zde budeme citovat profesora Fedora-Freybergha (2008), který označil příčiny nešetrného porodu za nedostatek kultury a etiky v porodnictví. Zdá se, že tyto potíže neměly rakouské respondentky. Velmi záleží také na přístupu samotné ženy. Pokud zcela důvěřovala zdravotnickému personálu, dodávalo jí aktivní vedení porodu personálem pocit bezpečí a také u nich nedošlo k větší psychické zátěži, než k baby-blues. Jiným matkám však tento přístup velmi důrazně snižoval pocit vlastního sebevědomí, což vedlo k traumatizaci a následným výrazným psychickým změnám, kdy museli věnovat mnoho energie na vyrovnání se s porodním prožitkem. Jen dokonalým respektováním individua posilíme jednotu mezi matkou, otcem a dítětem (nejen zdravotníky, ale i společností) a zabráníme tak pocitům viny u rodičů, říká Fedor-Freybergh (2008). A funkční rodina, stmelená a plná důvěry, zase poskytne bezpečné prostředí pro adaptaci dítěte i matky. Posledním faktorem, kterého jsme si všimli, je komplikovaný porod sám o sobě. Například matky po náročném porodu, který byl ukončen císařským řezem, se cítily méněcenné a pozbyly pocitu, že by dítě přivedly na svět ony, což vedlo psychickým potížím. Podobně reagovaly matky, u kterých selhávalo kojení, tedy symbol dobré matky. I tato výzkumná otázka byla tedy zodpovězena a i poslední cíl výzkumu byl splněn.

Z prováděného výzkumu jsme mimo jiné zjistili, že psychické potíže silně souvisí s pocitem strachu a méněcennosti v jakékoliv fázi těhotenství, porodu i šestinedělí. Naším doporučením pro zdravotnický personál bude, aby opravdu individuálně vnímal potřeby žen a naslouchal jim, projevoval vstřícnost a hlavně ji podpořil v jejích kompetencích: a těmi je přeci přivést dítě na svět a postarat se o něj. Zdravotník potřebuje být důvěryhodný, není však vhodné toho dosahovat tlakem a autoritativními postoji. Tím už zasahuje do sebevědomí matky a nahrává tak negativním psychickým změnám. Pro praxi bychom také doporučili podporu péče soukromých porodních asistentek: z výzkumu vidíme, že právě ony mohou nejlépe přesáhnout hranice zdravotnických zařízení a podporovat ženy v péči o dítě a v adaptaci na novou roli, která odchodem z oddělení šestinedělí nekončí. Porovnáním se zkušenostmi rakouských matek můžeme s potěšením konstatovat, že je tento systém funkční a přínosný.

6 Závěr

Není tajemstvím, že důsledky poporodních změn psychiky závažným způsobem narušují vztah k dítěti, ale i k partnerovi a dalším osobám. Problémy matek by měly být varovným signálem pro celou naši společnost a nesmí být brány na lehkou váhu: vždyť už dávno víme, že matka a její prožitky v perinatálním období je to, co nejvíce ovlivní budoucí život novorozeného člověka – a tedy nové generace, a naši budoucnost.

Bakalářská práce měla stanoveny tři cíle. Prvním z nich bylo zjistit, zda na sobě ženy vnímají psychické změny v šestinedělí a zda jsou na tyto změny připraveny. Zde můžeme jednoznačně odpovědět, že šestinedělky na sobě psychické změny ve všech případech pozorují, výrazněji však prvorodičky než vícerodičky. Popsali jsme také projevy těchto změn, a to především lehké kolísání nálad od euforie k pláči, v těžších případech pocity smutku, sebeobviňování a úzkost. Z výzkumu také vyplynulo, že ženy psychické změny očekávají, ale přesto jsou jimi překvapené a nebyly na ně tedy připraveny dostatečně.

Druhým cílem bylo zjistit, jak šestinedělka vnímá pomoc ze strany porodních asistentek a v jaké oblasti porodní asistentky tuto pomoc nejvíce poskytují. Zde jsme našli rozdíly mezi zkušenostmi Rakušank a Češek. České ženy vidí místo porodní asistentky jednoznačně na porodním sále, případně na oddělení šestinedělí: zde se jim od nich také dostalo největší podpory a to především ve vyhledávání úlevových poloh, oceňují ale i jejich psychickou podporu, dále pak pomoc s péčí o novorozence a s kojením. Rakouské šestinedělky se pak kromě porodního sálu velmi často setkávaly se soukromými porodními asistentkami v těhotenské či mateřské poradně, na kurzech předporodní přípravy, v soukromí, a hlavně v šestinedělí, kdy chodí za ženami domů. Jejich hlavní pomocí je opět psychická podpora a péče o předávání zkušeností v péči o dítě a kojení. Zjišťujeme, že by se na ně obrátily jako na jednu z prvních osob při psychických potížích a s potěšením tedy potvrzujeme, že porodní asistentka může významně ovlivnit psychickou pohodu šestinedělky, když svým přístupem posílí sebevědomí ženy, se kterou pracuje.

Naší snahou bylo zjistit, jaký vliv na psychiku šestinedělky má místo porodu a způsob jeho vedení. Výsledkem je zjištění, že větším vliv, než je samotná lokalita, má výskyt komplikací, či spíše silný strach ženy v období okolo porodu. Způsob vedení porodu se v obou zemích odlišoval: v České republice bylo vedení porodu lékařem spíše aktivní. Odhalujeme časté použití slov boj a negativní revers v souvislosti s perinatálními prožitky, když ženy nemohly dosáhnout svých přání jinou cestou. Projevem je také více závažných psychických změn v šestinedělí, především známek posttraumatické stresové poruchy. Na druhé straně některým rodičkám přímé vedení personálem velmi vyhovovalo. Při porodech v Rakousku, vedených porodní asistentkou, byl brán větší ohled na přání a pocity rodičky, což vedlo k větší důvěře ve zdravotnický personál i v sebe samu a následně k menšímu výskytu nepříznivých změn psychiky v šestinedělí.

K výzkumu byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, pro který byla připravena osnova otevřených otázek (Příloha č. 3). Šetření se zúčastnilo deset šestinedělek, pět na české, pět na rakouské straně hranice, a proběhlo v měsících prosinec 2013 až březen 2014.

Bakalářská práce může být využita při seminářích či přednáškách pro odbornou veřejnost. Měla by připomenout, co může být příčinami psychických změn, jak tyto změny odhalit a jak jim můžeme my, jakožto zdravotníci, předcházet. Další možností je publikace v odborném časopise. Práce může sloužit především porodním asistentkám či studentkám porodní asistence, které chtějí zodpovědně vykonávat svou roli průvodkyně ženy jakožto bio-psycho-sociálního jedince, a získat tak nové vědomosti o tomto tématu. Domníváme se, že informace by bylo vhodné poskytnout i laické veřejnosti, vzhledem k tomu, že významnou příčinou jsou právě problémy v sociální oblasti: a je nasnadě, že postoj rodiny je zrcadlem celé společnosti.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BARTLOVÁ, Petra. Některé aspekty identity matky. *Československá psychologie*, 2007, roč. 51, č. 3, ISSN 0009-062X.
2. BEZDÍČKOVÁ, Ludmila. Fyziologické změny krevního obrazu a hemokoagulace během těhotenství: Hematologické vyšetření v těhotenství. *Moderní babičtví* [online]. 2007, roč. 14, č. 4 [cit. 2014-02-19]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=23>.
3. BOLEDOVIČOVÁ, Mária a Stanislav MATULAY. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Nitra: UKF, 2007. ISBN 978-80-89245-03-1.
4. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1303-8.
5. ERETOVÁ, V., T. FEIT et al. Psychologické problémy v šestinedělí u žen po operačních porodech. In: ČEPICKÝ, Pavel. *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Editor Pavel Čepický. Praha: Levret, 1999. ISBN 80-238-4740-6.
6. FAIT, T. Šestinedělí. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2006, č. 9. ISSN 1214-5272.
7. FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, 2006. ISBN 978-80-8063-229-4.
8. FEDOR-FREYBERGH, Peter. *Psychosomatické charakteristiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. ISBN 978-80-89271-32-0.
9. GASKINOVÁ, Ina May. *Průvodce kojením*. Praha: Argo, 2011. ISBN 80-257-0483-1.
10. GEIST, Christine, Ulrike HARDER a Andrea STIEFEL. *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. Stuttgart: Hippokrates-Verl, 2013. ISBN 38-304-5311-6.

11. GEISEL, Elisabeth et al. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-863-5632-9.
12. HARDER, Ulrike. *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause*. Stuttgart: Hippokrates-Verl, 2005. ISBN 978-383-0453-307.
13. HEIL, Ulrike, Elisabeth HERZ, Renate MITTERHUBER. *Psychische und soziale Belastungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt: Ein Ratgeber für Mütter, Partner und Angehörige*. Wien: AV-Astoria, 2009, [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.frauengesundheit-wien.at/downloads/broschueren/PPD-Broschuere-Web2012.pdf>.
14. CHROMÝ, Karel et al. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1473-6.
15. CHVÁLA, Vladislav. Psychosomatická gynekologie a sexuologie: Část II. *Psych@som: Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu* [online]. 2006, roč. 4, č. 2 [cit. 2013-02-19]. ISSN 1214-6102. Dostupné z: http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_2/praxe_206.htm.
16. JENÍKOVÁ, Stanislava. *Příčiny a projevy změny psychiky u žen v šestinedělí*. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5. 2009. Vedoucí práce doc. PhDr. Boledovičová Mária, Ph.D.
17. KITTNAR, Otomar et al. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-3068-5.
18. KLIMOVÁ, Anna, Zuzana BRÁZDOVÁ, Anna MYDLILOVÁ, Magdalena PAULOVÁ, Dagmar SCHNEIDROVÁ a Eva ŠULCOVÁ. *Kojení: dar pro život*. Praha: Grada, 1998, ISBN 80-716-9490-8.
19. KLIER, Claudia M., U. DEMAL a H. KATSCHING. *Mutterglück und Mutterleid: Diagnose und Therapie der postpartalen Depression*. Wien: Facultas, 2001. ISBN 38-507-6553-9.

20. MÄNDLE, Christine, Sonja OPITZ-KREUTER a Andrea WEHLING. *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe*. Schattauer, 2003. ISBN 37-945-2216-8.
21. MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 978-807-4360-145.
22. NAVRÁTILOVÁ, Alexandra. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad, 2004. ISBN 80-702-1397-3.
23. NICOLSON, Paula. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-716-9938-1.
24. NISPEL, Petra. *Mutterglück und Tränen: Depressionen nach der Geburt verstehen und überwinden*. Freiburg i. Br: Herder, 1996. ISBN 34-512-6150-2.
25. PEČENÁ, Marie. Psychologie těhotenství. In: *Celostátní kongres České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999. ISBN 80-238-4740-6.
26. PIDRMAN, Vladimír. *Žena a poruchy nálady*. Praha, 2006, ISBN 80-726-2462-8.
27. PRÁŠKO, Ján. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002, roč. 6, Supplementum 2. ISSN 1211-7579.
28. PRÁŠKO, Ján, Jiřina KOSOVÁ a Erik HERMAN. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002, roč. 6, Supplementum 2. ISSN 1211-7579.
29. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babictví*. Praha: Levret, 2008, č. 15, [cit. 2014-01-29]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15>.
30. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babictví*. Praha: Levret, 2008, č. 16, [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>.

31. ROHDE, Anke, Almut DORN. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer, 2007. ISBN 978-379-4524-600.
32. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Možnost volby: kde mohu přivést své dítě na svět?*. Praha: Argo, 2005. ISBN 80-720-3653-X.
33. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
34. TESAŘ, Vladimír a Otto SCHÜCK. *Klinická nefrologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0503-6.
35. *Vyhláška 55/2011 Sb.: o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: 96/2004. 2011, roč. 2011, 20/2011 Sb. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf.

8 Přílohy

Příloha č. 1: Edinburská škála postnatální deprese

Příloha č. 2: Dotazník k určení závažnosti posttraumatické stresové poruchy

Příloha č. 3: Seznam okruhů otázek pro rozhovory se šestinedělkami

Příloha č. 1: Edinburská škála postnatální deprese

Před krátkou dobou jste přivedla na svět děťátko. Rádi bychom věděli, jak se cítíte. Zaškrtněte, prosím, odpověď, která co nejlépe popisuje, jak jste se cítila v posledních sedmi dnech, a nejen, jak se cítíte dnes.

Při celkovém součtu 12 a více bodů je důvod se domnívat, že trpíte depresí.

V posledních sedmi dnech:

1. Dokázala jsem se smát a dívat se na věci z veselejší stránky:
 - a) Tak, jako doposud (0)
 - b) Ne tak úplně, jako dříve (1)
 - c) Rozhodně ne tolik, jako dříve (2)
 - d) Vůbec ne (3)
2. Těšila jsem se na budoucnost:
 - a) Tak, jako obvykle (0)
 - b) Asi míň, než obvykle (1)
 - c) Rozhodně ne tolik, jako dříve (2)
 - d) Vůbec ne (3)
3. Když se mi něco nedařilo, cítila jsem neopodstatněný pocit viny:
 - a) Ano, většinou (3)
 - b) Ano, občas (2)
 - c) Ne příliš často (1)
 - d) Ne, nikdy (0)
4. Byla jsem bezdůvodně úzkostlivá a ustaraná:
 - a) ano, velmi často (3)
 - b) ano, příležitostně (2)
 - c) skoro ne (1)
 - d) ne, vůbec ne (0)
5. Jsem bezdůvodně vyděšená a mám strach:
 - a) Ano, docela často (3)
 - b) Ano, někdy (2)
 - c) Ne, málokdy (1)
 - d) Ne, vůbec (0)
6. Všechno se na mě sype:
 - a) Ano, většinou jsem situaci neuměla zvládnout (3)
 - b) Ano, někdy jsem situaci neuměla zvládnout tak, jako jindy (2)
 - c) Ne, většinu situací zvládám docela dobře (1)
 - d) Ne, zvládám vše stejně dobře jako vždy (0)

7. Jsem tak nešťastná, že jsem nemohla ani spát:
- a) Ano, docela často (3)
 - b) Ano, někdy (2)
 - c) Ne, málokdy (1)
 - d) Ne, vůbec (0)
8. Cítím se nešťastně a sklíčeně:
- a) Ano, většinou (3)
 - b) Ano, docela často (2)
 - c) Jenom občas (1)
 - d) Ne, nikdy (0)
9. Cítila jsem se tak nešťastná, až jsem plakala:
- a) Ano, většinu času v tomto období (3)
 - b) Ano, velmi často (2)
 - c) Velmi zřídka (1)
 - d) Ne, nikdy (0)
10. Myšlenka, že si něco udělám, mě napadla:
- a) Ano, často (3)
 - b) Někdy (2)
 - c) Velmi zřídka (1)
 - d) Nikdy (0)

Zdroj: GEISEL, Elisabeth et al. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*.
Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-863-5632-9.

Příloha č. 2: Dotazník k určení závažnosti posttraumatické stresové poruchy

Trpíte posttraumatickou stresovou poruchou? Kolik z těchto příznaků se Vás týká?

Pokud jste u sebe napočítala sedm až devět příznaků, je možné, že trpíte lehkou formou posttraumatické stresové poruchy. Skóre deset až dvanáct signalizuje střední formu, více než dvanáct je projevem závažné formy posttraumatické stresové poruchy.

1. Událost, kterou jste zažili, je označována jako extrémní stresor.
2. Kdykoli na ni pomyslíte, cítíte zděšení.
3. Bojíte se, že se může opakovat.
4. Cítíte strach, když o ní přemýšlíte.
5. Nechcete si událost připomínat.
6. Rychle a prudce se lekáte.
7. Snažíte se vyhnout pocitům, které se vztahují k události.
8. Vnucují se vám nežádoucí myšlenky.
9. Zdají se vám špatné sny.
10. Máte narušený spánek.
11. Vnucují se vám některé představy a zvuky.
12. Ztrácíte zájem o důležité aktivity.
13. Těžko se soustředíte.
14. Myšlenky na událost vám narušují učení.
15. Straníte se lidí.
16. Trpíte pocity viny.

Zdroj: MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ.
Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 978-807-4360-145.

Příloha č. 3: Seznam okruhů otázek pro rozhovory se šestinedělkami

1. Jak probíhalo Vaše těhotenství, bylo plánované? Jak jste se připravovala na příchod potomka? Získávala jste zkušenosti i od matky, přítelkyň, od porodní asistentky?
2. Jaký byl Váš porod? Kde probíhal? Jak probíhal? Kdo jej vedl (lékař, porodní asistentka)? Vyskytly se při porodu nějaké komplikace? Co se Vám líbilo/nelíbilo?
3. Kdo všechno byl během porodu přítomen? Jaký byl přístup personálu? Jaká byla role porodní asistentky? Co se Vám líbilo/nelíbilo?
4. Jaký byl Váš pobyt na oddělení šestinedělí? Jak Vám vyhovoval denní program oddělení? Jaký byl přístup personálu?
5. Jaký je teď pobyt doma? Kde bydlíte, s kým? Máte v okolí přátele či rodinu, kteří Vás navštěvují a pomáhají Vám? Jak Vás podporuje partner? Převzala domácí péči porodní asistentka?
6. Jak příchod dítěte ovlivnil Vás dosavadní život? Jak snášíte odchod z práce? Jak se změnila Vaše představa o mateřství? Cítíte se jako maminka, jste sžítá se svou rolí?
7. Cítíte na sobě nějaké psychické změny, případně cítila jste je v šestinedělí? Víte o různých psychických nemocech, jež nastupují v šestinedělí? Na koho byste se v případě psychických potíží obrátila?
8. Kde všude narazíte na porodní asistentku? Pečuje spíše o Vaší fyzickou, sociální či psychickou stránku, nebo o děťátko a kojení? S jakými obtížemi byste se na ní obrátila?

Zdroj: vlastní návrh.