



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Alžběta Šimečková

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci s názvem „*Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 7. 2018

.....

Bc. Alžběta Šimečková

Poděkování

Mé poděkování patří MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D. za cenné rady, připomínky a vedení při psaní diplomové práce. Děkuji prof. MUDr. Miloši Velemínskému CSc., dr. h. c. za pomoc s odbornou a praktickou stránkou práce. Děkuji také všem, kteří se podíleli na empirické části této práce. Zejména děkuji své rodině i partnerovi za morální a psychickou pomoc, které si nedocenitelně vážím.

Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte

Abstrakt

Současný stav:

Duševní pohoda prožívaná v těhotenství patří k nejkrásnějším obdobím v životě ženy. Je to jakýsi prožitek zázraku. S těhotenstvím přichází období plné změn. Ženě i partnerovi se mění životní hodnoty, dochází ke změně životního stylu a nastává také změna životních rolí. Gravidní žena má pocit, že nic nebude jako dříve. Těhotná žena je velmi citlivá a také i snadno zranitelná.

Cíl práce:

Cílem diplomové práce je zhodnotit psychosomatickou situaci těhotné ženy a její vliv na prenatální a postnatální vývoj dítěte. Dalším cílem je určit míru psychické (ne) pohody během těhotenství a po porodu.

Způsob dosažení cíle:

K dosažení stanovených cílů byla použita kvalitativní sekundární analýza dat a dokumentů a následná syntéza získaných informací. K získání dat jsem využila Národní lékařskou knihovnu v Praze, knihovnu 2. LF UK a FN Motol v Praze, knihovnu Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně a Akademickou knihovnu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prohledány byly i mezinárodní internetové databáze ScienceDirect, Ebscohost, PubMed. V databázi Scopus bylo hledání pomocí klíčových slov neúspěšné.

Vědecké přínosy práce:

Přínosem diplomové práce je zhodnocení vlivu míry psychické pohody těhotných žen pomocí Freyberghovy škály na základě získaných dat.

Výzkumná metoda a výzkumný soubor:

V diplomové práci je použito standardizované hodnocení pomocí Freyberghovy škály tvořené uzavřenými sedmdesáti otázkami. Byl získán souhlas respondentek a také pana profesora Freybergha s použitím standardizované škály. V příloze je souhlas pana profesora Freybergha s použitím hodnoticí škály v mé diplomové práci. Respondentky byly osloveny od února 2017 až do února 2018. Výzkumný soubor byl získán písemnou formou, osobním předáním nebo předáním přes sociální síť. Bylo osloveno celkem třicet gravidních žen, z toho patnáct bylo ochotných se zapojit do výzkumu. Každou respondentku jsem oslovila ve třetím, v šestém, v devátém měsíci těhotenství a dále po porodu. Respondentky vyplňovaly vždy stejnou hodnoticí škálu ze sedmdesáti otázek a jejich úkolem bylo vyjádřit frekvenci výskytu pocitů na čtyřbodové stupnici od „nikdy, vůbec“, „zřídka, výjimečně“, „někdy, příležitostně“, „často“, až po „vždy, stále, pořád“. Devět oslovených respondentek bylo poprvé těhotných a šest respondentek mělo alespoň jednu zkušenost s těhotenstvím. Vyhodnocení bylo provedeno pomocí kvalitativní metody formou axiálního a selektivního kódování zakotvených tvrzení pomocí počítačového programu Atlas.ti.

Získané poznatky, závěr:

Práce pojednává o míře významu psychosomatiky gravidních žen hodnocené použitím Freyberghovy sebehodnoticí škály. Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část práce se zaměřuje na vývoj plodu během celé gravidity, na prenatální psychologii, prenatální historii a také na nejdůležitější součást – prenatální komunikaci. V praktické části je zvolený kvalitativní výzkum zaměřen na psychickou pohodu těhotných žen, hodnocenou pomocí Freyberghovy škály ve vybraných měsících gravidity.

Klíčová slova:

Prenatální vývoj; prenatální péče; vývoj dítěte; psychosomatická situace matek v těhotenství; psychika; těhotenství; plod; ošetrovatelská péče v prenatálním období; deprivace; úzkost; role dětské sestry; psychologie těhotenství; prenatální komunikace.

Influence of the psychosomatic situation of mothers in pregnancy on the prenatal development of the child and condition of newborn after delivery

Abstract

Current status:

Mental well-being in pregnancy is one of the most beautiful moments in a woman's life. It's such a miracle experience. There is a period of complete change with pregnancy. Both women and their partners are changing their living standards, changing their lifestyle, and changing their life position. A pregnant woman feels that nothing will be like before. A pregnant woman is very sensitive and also vulnerable.

Purpose:

The aim of the diploma thesis is to evaluate the psychosomatic situation of the pregnant woman and her influence on the prenatal and postnatal development of the child. Another goal is to determine the degree of mental (non) well-being during pregnancy and after delivery.

Methods:

Qualitative secondary analysis of data and documents and subsequent synthesis of the information obtained was used to achieve the objectives set. I used the data from the National Medical Library in Prague, the library of 2. LF UK and FN Motol in Prague, the library of National center of nursing and non-medical health providers in Brno and the Academic Library of the University of South Bohemia in České Budějovice. Also searched were the international internet database ScienceDirect, Ebscohost, PubMed. In the Scopus database, keyword search was unsuccessful.

Results:

The benefit of the diploma thesis is the degree of psychological well-being of pregnant women using the Freybergh scale on the basis of acquired data.

Research method and research file:

The diploma thesis uses a standardized evaluation method, using the Freybergh scale consisting of seventy closed questions. I will get the approval of the respondents and also Mr Freyberg, using a standardized scale. The annex is the approval of Professor Freyberghov, using the assessment scale in my diploma thesis. Respondents were addressed from February 2017 until February 2018. A total of 30 pregnant women were approached by a written form, personal handover or social networking, of which fifteen were willing to engage in research. The research group was to consist of fifteen pregnant women, which is fulfilled. I responded to each respondent in third, sixth, ninth month pregnancies, and postpartum. When the respondents filled the same rating ranges from seventy questions both in the given months of pregnancy and postpartum, the respondents' task was to express the frequency of occurrence of feelings on a four-point scale from “never, at all”, “rarely, exceptionally”, “occasionally”, “often” to “always, always, always”. The nine respondents were first pregnant and six respondents had at least one pregnancy experience. The evaluation was performed using a qualitative method in the form of axial and selective coding of anchored claims using the Atlas.ti computer program.

Conclusion:

The paper deals with the degree extent of pregnancy psychosomatics of pregnant women using the Freybergh self-rating scale. The thesis is divided into two parts, namely the theoretical part and the practical part. The theoretical work focuses on the development of the fetus throughout pregnancy. It also focuses on prenatal psychology, prenatal history, and the most important part is prenatal communication. In the practical part is selected quantitative research focused on the psychological well-being of pregnant women using the Freybergh scale in selected months of pregnancy.

Keywords:

Prenatal development; prenatal care; child evolution; psychosomatic situation of mothers during pregnancy; psyche; pregnancy; fetus; nursing care in the prenatal period; deprivation; anxiety; work position of child nurse; pregnancy psychology; prenatal communication

Obsah

Úvod	15
1. Současný stav	18
<i>1.1 Prenatální vývoj plodu během těhotenství</i>	18
<i>1.2 Čas změn v těhotenství</i>	19
<i>1.2.1 Somatické změny v těhotenství</i>	20
<i>1.2.2 Fyziologické změny v těhotenství</i>	20
<i>1.2.3 Emocionální změny v těhotenství</i>	20
<i>1.2.4 Změny v hormonálním systému</i>	21
<i>1.3 Prenatální období</i>	21
<i>1.3.1 Charakteristika a dělení prenatálního období</i>	21
<i>1.3.2 Prenatální vývoj</i>	22
<i>1.3.3 Smysly plodu</i>	25
<i>1.4 Životaspráva těhotné</i>	26
<i>1.4.1 Spánek</i>	27
<i>1.4.2 Pohyb</i>	27
<i>1.4.3 Hudba</i>	27

<i>1.5 Role otce</i>	28
<i>1.6 Vzpomínky z matčina lůna a porodu</i>	29
<i>1.7 Faktory působící na vývoj plodu</i>	30
<i>1.7.1 Sociální, ekonomická situace</i>	30
<i>1.7.2 Drogy, alkohol, kouření</i>	30
<i>1.8 Prenatální psychologie</i>	32
<i>1.8.1 Psychologie v těhotenství</i>	32
<i>1.8.2 Historie a úkol prenatální psychologie</i>	33
<i>1.8.3 Osobnosti v prenatální psychologii</i>	34
<i>1.9 Prenatální péče</i>	38
<i>1.9.1 Historie prenatální péče u nás</i>	39
<i>1.10 Úzkost</i>	40
<i>1.10.1 Těhotenství a úzkost</i>	41
<i>1.10.2 Vliv úzkosti v těhotenství na matku a dítě</i>	42
<i>1.10.3 Vliv úzkosti na somatický vývoj dítěte</i>	42
<i>1.11 Stres</i>	42
<i>1.12 Deprivace</i>	43
<i>1.12.1 Psychická deprivace</i>	43

1.12.1.1 <i>Nedostatek mateřské lásky</i>	44
1.12.2 <i>Deprivace v rodině</i>	44
1.13 <i>Deprese</i>	44
1.14 <i>Agresivita</i>	45
1.15 <i>Strach</i>	45
1.16 <i>Regrese</i>	46
1.17 <i>Pocit viny</i>	46
1.18 <i>Frustrace</i>	46
1.19 <i>Prenatální komunikace</i>	47
1.19.1 <i>Význam prenatální komunikace</i>	47
1.19.2 <i>Impulz k prenatální komunikaci</i>	48
1.19.3 <i>Způsoby prenatální komunikace</i>	49
1.19.3.1 <i>Komunikace dotekem</i>	50
1.19.3.2 <i>Komunikace zpěvem</i>	50
1.20. <i>Bonding</i>	50
1.21 <i>Role sestry v prenatální komunikaci</i>	53
1.21.1 <i>Prenatální poradna</i>	54
1.21.2 <i>Sestra a prenatální komunikace</i>	55

1.21.2.1 Mluvení k dítěti	55
1.21.2.2 Poslech hudby.....	56
1.21.2.3 Vizualizace.....	56
1.21.2.4 Hlazení břicha.....	56
1.22 Edukace sestry v prenatální psychologii	56
1.23 Porod	57
1.23.1 První doba porodní	57
1.23.2 Druhá doba porodní	58
1.23.3 Třetí doba porodní	58
1.24 Duše plodu v zrcadle psychoanalýzy	58
1.24.1 Vazba matka - dítě.....	59
1.25 Novorozenecké období	60
2. Empirická část	61
2.1 Cíle a výzkumné otázky	61
2.2 Výzkumné otázky	61
3. Metodologie výzkumu.....	63
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	65
3.2 Operacionalizace pojmů	65
4. Zpracování empirické části a výsledky výzkumu.....	68

4.1 Respondentka č. 1	68
4.2 Souhrny respondentek	85
4.3 Míra deprivace u rodiček	93
4.4 Přenos informací mezi matkou a dítětem	95
4.5 Kódování	96
4.5.1 Popis kódování	99
4.6 Analýza dat	100
4.6.1 Otevřené kódování	100
4.6.2 Axiální kódování	103
4.6.3 Selektivní kódování	106
5. Diskuse.....	107
6. Závěr.....	114
7. Seznam použité literatury	119
8. Seznam příloh	131

Úvod

„Pokud bychom dokázali zajistit, aby každé dítě bylo milováno a chtěno od samého začátku, aby bylo ctěno a aby úcta k životu byla jednou z nejvyšších lidských hodnot, a pokud bychom dokázali optimalizovat prenatální a perinatální stadia života bez narušení základních potřeb, bez agrese a psychotoxických vlivů, výsledkem bude společnost bez násilí. Tak, jak jednáme se svými dětmi, budou naše děti jednat se světem. A to zahrnuje i dítě ještě nenarozené“ (Marek, 2002, s. 197).

Rozmnožování patří k základním projevům života. Těhotenstvím a porodem nastává zlom v životě jak obou rodičů, tak i plodu. Gravidita a porod jsou jevy přirozené, ale i přesto ohrožující zdraví i život matky a dítěte (Pařízek, 2008). Těhotenství, porod a s ním spojená péče o novorozence a následná výchova dítěte patří mezi zvláštní, ale i zároveň nádherné období v životě ženy, muže a celé rodiny (Gregora a Velemínský, 2011).

Prostředí dítěte před narozením tvoří uterus, což je část ženského těla. Žena jakožto matka je člověk s anamnézou, rodinným domem, prožitým dětstvím, sny, ale také prožitými zklamáními, úspěchy či neúspěchy, bolestí, láskou. Žije v určitém světě. Žena má své zaměstnání, studuje nebo pracuje třeba v továrně, může pracovat na směny, možná je dělnice, nebo je nezaměstnaná. Možná má peníze a možná také ne. Třeba pije hodně alkoholu, nebo málo, může být silná kuřačka, nebo ne. Možná tráví noci sama v posteli, prožívá noční můry plné strachu a hrůzy s hlasitými výkřiky. Možná prožívá období zamilovanosti, lásky, štěstí se svým partnerem. V děloze leží dítě a žije společně s matkou, díky společné symbióze. Krev dítěte je i krví matky. Hormony matky jsou i hormony dítěte. Plod pije společně s matkou, společně s ní jí, miluje či nenávidí, baví se, trpí, lekne se společně s ní, cítí její srdeční ozvy, vše sdílí spolu s ní. Dítě nedokáže bez matky žít a je na ní zcela závislé. Důležitou roli hraje také otec dítěte. I on je člověk s anamnézou, žije si vlastním životem v jeho světě, a hlavně hrál velkou úlohu při jeho početí. Otec je nejbližším prostředím matky.

Od dítěte se vyžaduje mnoho. Většinu času z devíti měsíců, které dítě žije v děloze, roste a učí se, aby se připravilo pro život. Proto je důležité osvojení adaptačních mechanismů, které mu budou pomáhat přežít. Je důležité, abychom si položili pár otázek. Kolik z nás myslí na prostředí dítěte před narozením? Kolik psychologů se zabývá touto otázkou? Kolik gynekologů myslí na dělohu jako na prostředí „plodu“ při vyšetřování těhotných žen? Profesor Fedor-Freybergh záměrně použil u slova plod uvozovky, protože se ještě nikdy nestřetil s těhotnou matkou, která by hovořila o svém „embryu“ anebo „fetu“, ale vždy jen o svém dítěti. Profesor se domnívá, že kdyby se svět tímto zabýval, byli bychom dnes dále na cestě za pochopením lidského vývoje (Fedor-Freybergh, 2013).

Kdysi si lidé mysleli, že plod žije v děloze a tam je uzavřen, že je oddělen od okolního světa, kam se dostává až porodem. Postupem času se přicházelo na to, že prenatální dítě reaguje na vnější prostředí, má vyvinuté všechny smysly, a dokonce si už i pamatuje. Tato fakta vedla ke vzniku prenatální psychologie, která se zabývá vývojem, vlivem emocí, chováním a prožitky člověka před narozením. Tento obor je velmi mladý. To, co se dělo uvnitř dělohy, zůstávalo dlouho skryto a vše bylo jen věcí dohadů a spekulací. Díky moderní technologii máme možnost sledovat nitroděložní život dítěte, díky sonografickému zobrazení pozorujeme růst dítěte, pohyby a reakce, aniž bychom plod nějak ovlivňovali. V dnešní době jsou oba partneři zapojováni do děje těhotenství více než dříve. Muži by měli doprovázet těhotnou do poraden, být přítomni u sonografických vyšetření plodu, zapojit se do výběru porodnice, jména a v neposlední řadě účastnit se porodu. Období, které je bezprostředně před porodem, nebo v průběhu porodního děje a také v časném šestinedělí, je charakterizováno závislostí těhotné a nedělký na blízkých osobách. A to právě a zejména na otci očekávaného dítěte. Jedná se zvláště o podporu ve sféře psychické, kde se vytváří pocit bezpečí, který těhotná potřebuje (Slezáková, 2011). Pokud chceme, aby přístup otce byl aktivní v období těhotenství, porodu i po něm, je důležité mluvit o těhotných rodičích, nejen o těhotné ženě.

Jedná se o teoretické seznámení se s průběhem těhotenství, vedoucí k lepšímu pochopení problémů ženy, dále sledování růstu budoucího člena rodiny, zdravotního stavu ženy,

účastnění se tzv. her s plodem. Proto je v dnešní době samozřejmostí, že se otec účastní porodu. S muži se dnes už i počítá v předporodních kurzech, u masáží, učí se poznávat příznaky a nástup porodu. Po celou dobu trvání těhotenství by muži měli být svým partnerkám fyzickou a psychickou oporou. Muži by měli pomáhat s chodem domácnosti, s přípravami na příchod nového přírůstku do rodiny, ale také pomáhat ženě s dodržováním správné životosprávy v těhotenství (Gregor a Velemínský ml., 2007).

Gravidita a prenatální psychologie jsou úzce spjaty s prenatální komunikací. Důležitý je i rozhovor mezi matkou a dítětem, který těhotná žena zahajuje co nejdříve s nenarozeným děťátkem. Tato komunikace je velice důležitá, protože ovlivňuje vytváření osobnosti dítěte. Dialog je základem „já – ty“ vztahu v lidském životě a výrazně ovlivňuje další střetnutí a vztahy v postnatálním životě člověka. Embryo není jen žijící, biologické a psychologické individuum, ale i sociální. Je to první kontakt mezi nastávající matkou a jejím dítětem. Proběhla už řada výzkumů, úvahy, které se vztahují k prenatálnímu období. Je to dítě, které často dává lidskému životu směr, ale také cíl, smysl. Plod, dítě, je někdo, komu můžeme věnovat svou lásku, své schopnosti, svou péči, ale také svůj čas (Konečná, 2003).

1 Současný stav

1.1 Prenatální vývoj plodu během těhotenství

Vývoj plodu se dá rozdělit do deseti lunárních měsíců, což je devět kalendářních měsíců. Jeden lunární měsíc trvá dvacet osm dní. Období prenatální začíná oplodněním vajíčka spermií a končí narozením dítěte. Vývoj plodu se dělí na tři části. První část je nazývána obdobím blastogeneze. V tomto období dochází k oplodnění vajíčka, které se pomocí složitých procesů mění na blastocystu. Ta se během tří dnů dostává do dutiny děložní a ve stěně se uhnízdí. Na konci třetího týdne po oplodnění vzniká základ nervového systému, který tvoří nervová trubice. Po více jak dvaceti dnech začíná druhé období zvané embryonální. Začínají se vytvářet základy pro hlavní orgány organismu. Z blastocysty, která je uhnížděná ve stěně děložní, tím vzniká embryo. O embryu hovoříme od třetího týdne po oplození až do konce osmého týdne. Na začátku devátého týdne po oplození se embryo stává plodem. Dochází k rychlému růstu a k orgánovým změnám, embryo je citlivé na negativní vlivy, které vedou k vývojovým vadám plodu. V tomto období se tvoří i placenta, která je důležitá pro výživu plodu, chrání plod před škodlivými látkami, slouží dočasně jako imunitní systém po celé těhotenství. Třetí období je posledním obdobím vývoje plodu a trvá až do narození Vágnerová, (2012); Allen a Marotz, (2008); Čech a kol., (2006), (Obrázek č. 1). Plod roste až do třicátého osmého týdne gravidity. Je dokončen vývoj všech orgánových systémů, jednotlivé orgánové systémy plní svou funkci.

Těhotenství z hlediska porodnického se dělí na tři trimestry. Jeden trimestr trvá tři kalendářní měsíce. První trimestr začíná početím, oplodněním vajíčka spermií. V tomto období si žena zvyká na to, že je těhotná. V tomto období přichází i tělesné změny. Váhový přírůstek není zatím znát. Druhý trimestr je pro ženu spíše úlevový, kdy odezní všechny potíže. Váhový přírůstek je v tomto období nejvyšší. Ženě roste břicho a nabývá těhotenského vzhledu.

Třetí trimestr patří k zátěžovému období. Všechno je pro ženu fyzicky náročné. Žena je často unavená. Období končí devátým či desátým měsícem a pak následným porodem (Allen, Marotz, 2008).

Vágnerová (2012) uvádí, že spojení mateřského organismu s nenarozeným plodem patří po celou dobu života děloze matky. Hlavní spojení mezi matkou a plodem plní placenta. Změny ve vnitřním prostředí matky se projevují i v organismu plodu.

Vágnerová dále uvádí, že: „... lidský plod se v průběhu svého vývoje projevuje typickým způsobem, v závislosti na dozrávání jednotlivých funkcí, ale i v důsledku bazální zkušenosti. Chování plodu je již v tomto období individuálně typické. Jeho charakteristické znaky přetrvávají i po narození. Zpravidla jde o nějaký projev temperamentu. Plod má vrozenou schopnost reagovat na různé podněty, které na něj mohou v nitroděložním prostředí působit, a navíc se chová selektivním způsobem, aby na něj mohly působit především ty, které jsou pro něj z nějakého důvodu žádoucí. Lze předpokládat, že i plod je, přinejmenším v posledním trimestru, vybaven vrozenou schopností reagovat specifickým způsobem na nové a neznámé podněty. Jeho schopnost přijímat informace se postupně rozvíjí a stejně tak se diferencují jeho reakce na podněty různé kvality. Plod je schopen nejjednodušších forem učení. V průběhu fetální fáze si vytváří určitou zkušenost, rozlišuje známé a neznámé podněty a začíná diferencovat mezi několika nejběžnějšími podněty. Naučí se na ně reagovat různým způsobem. Odlišnou aktivitu vyvolávají zcela nové nebo vzhledem k běžnému standardu příliš intenzivní podněty. Významným výsledkem komplexní prenatalní zkušenosti je bazální pocit bezpečí, který se však nemusí vždycky vytvořit. Jeho rozvoj pokračuje postnatálně, především ve vazbě na matku“ (Vágnerová, 2012, s. 62–63).

1.2 Čas změn v těhotenství

Autor Leifer (2004) ve své knize tvrdí, že fyziologické těhotenství je časově omezeno a jedná se o normální proces. Tento proces začíná oplozením vajíčka a končí porodem plodu. Z psychologického pohledu se těhotenství vnímá jako období psychofyziologické krize a nestability.

Těhotenské změny se týkají hlavně somatické, fyziologické, endokrinní, sociální a psychické oblasti (Heretik, 2007). Velmi podobně popisuje těhotenství také autor Caron, který uvádí, že těhotenství i porod a také následná doba po porodu představují v životě ženy senzitivní období, které zahrnuje velké přeměny, a to jak z psychologické perspektivy, tak z pohledu sociální role ženy a také z fyziologického hlediska (Caron, citováno podle Correia, 2007).

1.2.1 Somatické změny v těhotenství

Heretik (2007) uvádí, že ženy přijímají negativně somatické změny. Tělo se během těhotenství mění, zvyšuje se tělesná hmotnost, zvýrazňuje se pigmentace, mohou se vytvářet strie, mění se celkový tvar těla, prsy jsou napjaté. Ženy, které mají před těhotenstvím nižší sebevědomí, jsou zranitelnější. Ženy ve vyšších stádiích těhotenství se pak obávají ztráty atraktivity, váhového přírůstku, trvalého poškození svého těla a také ztráty kontroly nad svým tělem. Endokrinní změny v těhotenství jsou výrazné a vlivem ženských hormonů velmi ovlivňují psychiku.

1.2.2 Fyziologické změny v těhotenství

Fyziologické změny v těhotenství ženy vnímají jako obtíže. Patří sem nevolnost, bolesti zad, otoky, varixy dolních končetin, zvracení, pálení žáhy, obstipace, dušnost, zvýšené pocení, únava, omezená pohyblivost a potíže s močovými cestami. Toto se odráží v psychických reakcích, prožívání a chování ženy (Čech, Hájek, Maršál a kol., 2006).

1.2.3 Emocionální změny v těhotenství

Emoce patří v těhotenství mezi jeho intenzivní známky. Během těhotenství se objevují stavy, které v běžné populaci lze označit jako patologické. Patří sem deprese, náladovost, vysoká hladina úzkosti (Heretik, 2007). Autorka Ratislavová (2008) tvrdí, že psychické změny v těhotenství a po porodu jsou z velké části podmíněny osobností těhotné, dále věkem, postojem k těhotenství, zralostí, momentálním životním prostředím, ekonomickým a sociálním zázemím.

První trimestr znamená pro ženu zátěžové období. Dostaví se první psychické i fyziologické změny. Žena se postupně smiřuje s tím, že v sobě nosí živý plod, který nemusí cítit. Je to období nejistoty, strachu a pochybností, ale také štěstí a radosti.

V druhém trimestru se objevují pozitivní pocity a také spokojenost. Žena vnímá pohyby plodu, na ultrazvukovém vyšetření nabývá plod lidského vzhledu a ženě roste břicho. Mluví se o plodu, jak asi vypadá a jakého je pohlaví.

Ve třetím trimestru se jedná o období příprav pro nový přírůstek do rodiny. Pro ženy je toto období velmi fyzicky náročné a nekonečné. Větší břicho často překáží, špatně spí. U některých matek se ke konci těhotenství objevuje strach z porodu, ale střídá ho radost z příchodu miminka (Ratislavová, 2008).

1.2.4 Změny v hormonálním systému

Roztočil (2008) tvrdí, že v období gravidity dochází k mnohočetným změnám v činnosti endokrinních žláz, které ovlivňují organismus. Autorka Vágnerová (2005) uvádí, že organismus gravidní ženy reaguje intenzivněji na hormonální změny i na běžnou zátěž.

1.3 Prenatální období

Jedná se o označení období od oplození vajíčka spermií až do narození dítěte. Prenatální období trvá čtyřicet týdnů, deset lunárních měsíců, nebo dvě stě osmdesát dní. Jedna zárodečná buňka se přemění v dokonalého člověka, který je schopný existovat. Špaňhelová (2003), Šulová (2004).

1.3.1 Charakteristika a dělení prenatálního období

Prenatální období se dělí na tři fáze. První fáze je oplození. Trvá zhruba první tři týdny a během této doby se vytvoří tři zárodečné listy. Druhá fáze, embryonální období, trvá od čtvrtého do dvanáctého týdne. V tomto období se tvoří základy všech orgánů a embryo je velice citlivé na působení teratogenních faktorů, které mohou způsobit závažnou vývojovou vadu, nebo dokonce i úmrtí embrya.

V třetí fázi, fetální období, trvajícím od dvanáctého týdne do narození, se dokončuje vývoj orgánových systémů. Některé z nich už dokonce pracují (Vágnerová, 2000).

1.3.2 Prenatální vývoj

V prvním trimestru dochází k oplodnění zralého vajíčka, které se uvolní z vaječníku, zralou spermií. První týden těhotenství se udává od prvního dne poslední menstruace, i když žena neví, že je těhotná. Žena přechází z fáze menstruační do fáze folikulární. Děložní výstelka narůstá, což je nezbytné k tomu, aby se v ní mohlo uhnízdít v případě oplodnění vajíčko. Zatím se uvolní vajíčko a putuje směrem do dělohy. Cestou přitom ve vejcovodu ve třetím týdnu dochází ke splynutí vajíčka a spermie, tedy k oplodnění. Vývoj lidského zárodka začíná, až když se oplozené vajíčko rozdělí na dvě části, pak na čtyři, osm, šestnáct, třicet dva, šedesát čtyři. V průběhu těchto dělení zatím oplodněné vajíčko cestuje vejcovodem z vaječníku do dělohy. Toto trvá čtyři až pět dní. Na konci této fáze se vajíčko označuje jako blastocysta. Během následujících dní se buňky blastocysty začínají v původně kompaktním útvaru prostorově přemísťovat, vajíčko se přichytí na děložní stěnu a zanoří se do ní (Hourová a kol., 2007) (Obr. č. 2). Zanoření blastocysty se nazývá nidace. Čtvrtý týden, to je dva týdny po oplodnění, se tvoří obal blastocysty. V pátém týdnu těhotenství, tři týdny po oplodnění, začíná zárodečné období. Zárodečný terčík se prodlužuje. Sedmnáctý den embrya tvoří tři zárodečné listy. Z listů následně vznikají všechny tělní tkáně a orgány. Z entodermu (list vnitřní) se vyvíjejí budoucí plíce, trávicí ústrojí, játra, slinivka břišní. List střední (mezoderm) dává základ kostře, svalům, srdci, ledvinám a cévám. Z ektodermu (list vnější) vzniká nervový systém, zubní sklovina, oční čočka a kůže. V pátém týdnu je zárodek velký jeden až dva milimetry. V šestém týdnu se tvoří základy orgánů. Žena již o graviditě ví. Vytvořil se již základ mozku a na zadní straně, ve střední rovině, je uzavřená nervová trubice. Tvoří se základ pro oko a také základ pro vnitřní ucho. Velikost plodu je asi šest milimetrů. V sedmém týdnu se zárodek rychle zvětšuje, zejména hlavová část, tvoří se obličej, i když nevypadá jako lidský. Horní končetiny rostou do délky a vzniká pupeční provazec, kde probíhají pupeční cévy, jež zajišťují výměnu kyslíku a živin mezi tělem matky a zárodkem.

Zárodek měří deset milimetrů a váží jeden gram. V osmém týdnu je mozková část hlavy ohnutá dopředu. Vyvíjí se obličej, tvoří se základ pro horní a dolní čelist. Délka plodu je dva centimetry (Obr. č. 3). V devátém týdnu se trup a krk začínají napřimovat. Dokončuje se vývoj nosu. Oči se posouvají dopředu a přibližují se k sobě. Tvoří se základ pro ušní boltce. V dutině břišní roste tenké střevo, skládá se do kliček, vyvíjí se játra. Prsty jsou spojeny tenkými blánami. Mizí ocásek plodu a zůstává kostrč. Délka zárodka je dvacet pět milimetrů a hmotnost je čtyři gramy. Desátý týden obličej získává lidskou podobu. Ústa se zužují, nos se zvedá do výšky, kolem očí se vytvářejí základy víček, rostou ušní boltce. Ztenčuje se oblast krku. Prsty rostou do délky, blány mizí. Vznikají chrupavčité základy budoucích kostí. Vyvíjí se jednotlivé svaly. Plod je dlouhý třicet milimetrů a váží pět gramů. Na dolních končetinách se od sebe dělí jednotlivé prsty. Mezi končetinami se objevují dva otvory. Jeden pro vyústění močových a pohlavních cest. Na konci desátého týdne už nemluvíme o zárodku, ale o plodu. V jedenáctém týdnu plod roste rychle do délky. Hlava oproti zbytku těla je veliká. Srůstají oční víčka, formuje se lebka, patrné jsou drobné svaly, některé vnitřní orgány plní svou funkci, v játrech se vytvářejí krvinky. Délka plodu je čtyři centimetry, váží osm gramů. Ve dvanáctém týdnu se už dá rozlišit pohlaví. Plod měří od temene k zadečku šest centimetrů, váží třináct gramů. Ve třináctém týdnu pokračuje růst těla. Oči kryjí horní a dolní víčka. V ústech vznikají základy prvních mléčných zubů. Mění se tvar tělíčka, zvětšuje se břišní dutina, mizí pupeční kýla, plod měří sedm centimetrů, váží čtrnáct až dvacet gramů (Hourová a kol., (2007); Skutilová, (2016); Gregor, Velemínský ml.,(2007).

Druhý trimestr začíná čtrnáctým týdnem. Pokračuje rychlý růst horních končetin, dolní zaostávají, probíhá další vývoj zevního genitálu. Na kůži začíná růst lanugo, ochlupení. Funkci má ochrannou a mizí před porodem. Plod se již nyní pohybuje. Tyto pohyby může a nemusí žena vnímat. Pohyby jsou viditelné na ultrazvukovém vyšetření. Plod plave v plodové vodě, polyká ji a vylučuje ledvinami. Délka plodu je devět centimetrů a váží dvacet pět až třicet gramů. V patnáctém až osmnáctém týdnu, to je čtvrtý měsíc těhotenství, pokračuje rychlý růst těla do délky. Tělo kryje tenká pokožka, na povrchu hlavy rostou vlasy. Na okraji očních víček rostou řasy.

Ušní boltce mají definitivní tvar, prodlužují se dolní končetiny. Plod měří patnáct centimetrů, váží dvě stě gramů (Obr. č. 4, 5). Devatenáctý až dvacátý druhý týden charakterizuje rychlý růst plodu, pomaleji roste hlavička, na povrchu těla se nachází kožní mázek, který chrání jemnou pokožku před dlouhodobým působením plodové vody. Na povrchu těla a dlaní jsou již vytvořené rýhy. Pohyby plodu jsou větší a prudší, ruce ohmatávají okolí, plod si cucá palec v ústech a kope nohama. Prvorodičky pociťují pohyby o něco později než vícerodičky. Ty cítí pohyby plodu už od osmnáctého týdne. Svaly v obličeji jsou schopny pohybu, plod otvírá a zavírá ústa. Svalové pohyby řídí nervový systém. Na mléčných zubech je sklovina i zubovina. Délka plodu je dvacet pět centimetrů, váha je tři sta gramů. Pupečník měří padesát centimetrů a je spirálovitě uspořádan. Plodové vody je tři sta padesát mililitrů (Obr. č. 6). Během dvacátého třetího až dvacátého sedmého týdne oči zaujímají své postavení. Na prstech rostou nehtové ploténky. Kůže je vrásčitá, má růžovou až červenou barvu. Je více kožního mázku, nejvíce ve vlasaté části hlavy a na zádech. Plod vnímá zvukové podněty, rozpoznává tlukot srdce matky i její hlas. Délka plodu je třicet centimetrů, hmotnost je sedm set gramů Hourová a kol., (2007); Skutilová, (2016); Gregor, Velemínský ml., (2007).

Třetí trimestr začíná dvacátým osmým až třicátým prvním týdnem. Plod je aktivní, využívá uchopovací a sací reflex, pohyby mají sílu. Přibývá podkožní tuk, mění se barva kůže. Zakládá se mléčná žláza. Nehty dorůstají ke koncům prstů. Plod je schopen mrkat, zorničky reagují na světlo. Plod má délku třicet sedm centimetrů, váží tisíc dvě stě gramů. V třicátém druhém až třicátém šestém týdnu (Obr. č. 7) pokračuje růst a vyžívají vnitřní orgány vyvíjí se kostra. Pohyby jsou intenzivní i viditelné. Plod měří čtyřicet pět centimetrů a váží okolo dvou tisíců pěti set gramů. Ve třicátém sedmém týdnu až čtyřicátém týdnu plod dále roste, přibývá na hmotnosti, opadáva lanugo, na kůži zůstává kožní mázek. Na hrudníku se vyklenují prsní bradavky. Brada se dotýká hrudníčku. Ohnutá jsou záda, horní končetiny jsou ohnuty v loketním kloubu, dolní končetiny jsou ohnuty v kloubu kyčelním a holenním. Porod probíhá mezi třicátým osmým až čtyřicátým druhým týdnem. Délka plodu je padesát centimetrů a váha v rozmezí dva tisíce pět set až čtyři tisíce gramů Hourová a kol., (2007); Skutilová, (2016); Gregor, Velemínský ml., (2007) (Obr. č. 8).

1.3.3 Smysly plodu

Teusen, Goze-Hänel (2003) tvrdí, že smysly se u plodu začínají rozvíjet ve druhé polovině gravidity. Prostřednictvím smyslů se intenzivněji připravuje na svět.

Hmat je prvním a nejdůležitějším smyslem v děloze. Děloha je optimální interaktivní a stimulující prostředí. Nejprve na dotyk reagují rty, obličej, genitálie. Jedná se o oblasti velmi citlivé. Dle pohybu přichází plod do styku s děložní stěnou, pupeční šňůrou a placentou. Z důvodu nedostatku místa v děloze se plod dotýká sám sebe. Zároveň vnímá, že bříška se dotýkají jak matka, tak i otec tak a ostatní členové rodiny. Doteky propojené s láskou dítě samo vyhledá a tiskne se na břišní stěnu. Hmat zatím není propojen s mozkem. Proto dítě ví, že se ho něco dotýká, ale nedokáže na svém těle určit pocit Marek, (2002); Teusen, Goze-Hänel, (2003); Hüther, Weser, (2010).

Čich je i přes stěnu placenty stimulován spoustou chemických signálů v podobě různých vůní i chutí. Po narození hraje čich u dítěte velmi důležitou roli, neboť svou matku pozná právě podle její vůně Marek, (2002); Teusen, Goze-Hänel, (2003).

Chuť se vyvíjí kolem čtrnáctého týdne těhotenství, kdy plod polyká pravidelně plodovou vodu. Chuť se mění dle toho, jak se matka stravuje. Dítě změny vnímá. Plod má rád především sladkou chuť. Výzkumy, které byly provedeny, poukazují, že na rozvoj chuti dítěte má vliv strava matky. Pokud si matka ráda dopřeje ostrá či kořeněná jídla, je větší šance, že si dítě vytvoří sklon k této stravě Marek, (2002); Teusen, Goze-Hänel, (2003); Hüther, Weser, (2010); Jedlička, (2017).

V nitroděložním prostředí má plod pestrou zvukovou kulisu. Vnímá zvuky střev, tlukot matčina srdce a další. Díky tlukotu srdce se dítě cítí bezpečně a tento pocit přetrvává u dítěte i po narození. Plod vnímá i zvuky zvenčí. Různé hlasy, hlasitou hudbu, nejlépe však slyší hlas matky. Hlas je přenášen do dělohy přímo. Dítě rozpoznává hlas ženský nebo mužský. Na hlasité zvuky nebo křik reaguje plod trhnutím či hyperaktivitou. Klidná hudba je pro dítě příjemná. Když je dítě v děloze, není vhodné pouštět hudbu nahlas. I přes dělohu může dojít

k poškození sluchu dítěte. Ženy by samozřejmě neměly pracovat v hlučném prostředí Marek, (2002); Hüther, Weser, (2010); Rheinwaldová, (2011).

Zrak v děloze není stimulován. Okolo dvacátého týdne, dle sonografického vyšetření, otevírá plod oči a tím reaguje na světlo. Reaguje i na to, když matka nechá na břicho svítit slunce. Po narození se nejdříve novorozenec učí rozeznávat obličej své matky Teusen, Goze-Hänel, (2003); Hüther, Weser, (2010).

1.4 Životospráva těhotné

„U některých těhotných žen se vyvíjí velmi vzácný stav zvaný pica, což je nutkání jíst například led, hlinu, křidu, uhlí, zubní pastu nebo spálené zápalky. K vysvětlení tohoto podivného návyku bylo vysloveno mnoho teorií, ale žádná nebyla široce přijata. Jedna teorie říká, že těhotné ženy jedí tyto nepoživatelné materiály proto, že podvědomě zkoušejí doplnit nedostatek určitých živin. Některé teorie dávají tento stav do souvislosti s nedostatkem železa, ačkoli látky, na které mají postižené ženy chuť, podstatné množství železa neobsahují. Co nicméně víme, je to, že pica je na překážku vstřebávání nezbytných minerálů, a pokud se nasytíte těmito nepoživatelnými materiály, příjem výživných jídel bude snížen. Pokud se extrémní chuť v tomto směru objeví, je nutno si o nich promluvit se svým lékařem“ (Deansová, 2004, str. 43).

Je potřeba mít během těhotenství dostatečný příjem bílkovin a vhodný výběr tuků. Dostatek kyseliny listové, železa, jódu, vápníku či vitamínu D. Jejich nedostatek během těhotenství může mít vážný dopad na vývin plodu i zdraví matky. Je vhodné se vyhnout konzumaci alkoholu a kofeinu. Do výživy spadá i péče o zuby. Od druhého měsíce mohou být záněty dásní. Dochází k hormonálním změnám, ovlivněn je celý organismus, tedy i kůže, nehty a vlasy (Pařízek, 2009). Těhotné ženy by se měly stravovat zdravě a bohatě, ale neměly by jíst za dva. Strava by měla být vyvážená. Měla by obsahovat dostatek minerálů, vitaminů, stopových prvků. Důležitý je i pitný režim (Teusen, Goze – Hänel, 2003).

1.4.1 Spánek

Žena potřebuje minimálně šest hodin pravidelného nočního spánku. Důležitý je i odpočinek během dne. Nejsou vhodné noční práce (Roztočil a kol., 2001).

1.4.2 Pohyb

Jakýkoli pohyb je v životě velice důležitý a to i v průběhu těhotenství. Proto by se těhotná žena určitě neměla vyhýbat cvičení. Cvičení v průběhu těhotenství je součástí přípravy na porod, ale je také důležité pro udržení dobré tělesné a duševní kondice. Existuje řada speciálních cvičení pro těhotné. Je vhodné cvičit již od začátku těhotenství až do porodu (plavání, turistika, procházky). Zaměřit se především na posilování břišních a prsních svalů, svalů pánevního dna, či na prevenci křečových žil a plochých nohou. Jsou ale i sporty, kterým by se těhotná měla vyhnout. Patří sem jízda na koni, potápění, míčové sporty, tenis, aerobik, adrenalinové sporty (Čermáková, 2010).

Pohyb je v těhotenství důležitý a neměl by se zanedbávat. Některé sporty jsou méně vhodné. Doporučeno je plavání, těhotenské cvičení, turistika, procházky přírodou. Nevhodná je jakákoliv nadměrná tělesná námaha s otřesy těla. Není vhodný volejbal, jízda na koni či atletika Teusen, Goze – Hänel (2003); Roztočil a kol. (2001).

1.4.3 Hudba

Doktor Alfréd A. Tomatis přišel s objevem, že již v desátém týdnu těhotenství má plod ucho. V polovině pátého měsíce je sluchový aparát plně funkční. Plod může naslouchat. Zvuky, které plod slyší, se dělí do dvou skupin. K první skupině patří zvuky, které vytváří tělo matky. To je tlukot srdce, pohyby zažívacího traktu, řeč matky, zpěv matky, zvuk placenty, pulzace krve v žilách. Druhou skupinu tvoří zvuky přicházející z vnějšího okolí. Musí být dostatečně silné, aby pronikly k plodu. Hudba nás všechny provází celý život. Výzkum ukázal, že když si žena zpívá či poslouchá opakovaně v prenatálním období hudbu, dítě ji preferuje i po narození. Reaguje na známou hudbu více, než na ostatní (Franěk, 2005).

T. Blum v devadesátých letech dvacátého století vytvořil výzkum pro těhotné ženy, který se nazýval Leonardo 180. Bylo v něm vytvořeno schéma deseti skladeb různých žánrů, těhotné ženy tyto skladby poslouchaly po dobu čtrnácti měsíců. Na začátku vždy zazněl úder gongu. To mělo upozornit nenarozené dítě na hudbu a začátek experimentu. Asi týden po porodu mělo mnoho matek dojem, že jejich dítě čeká na zvuk a reaguje na něj (Blum, 1998).

1.5 Role otce

Matka i otec jsou nedílnou součástí celého průběhu těhotenství. Přítomnost otce v období těhotenství je velmi důležitá. Pokud jsou vztahy vyrovnané, poklidné, dodává muž ženě psychickou podporu a pohodu během celého těhotenství. Plod je klidný, má pocit bezpečí a chůně. Dříve byl brán otec jako živitel rodiny a většinou se neúčastnil výchovy dítěte. Dnes je tomu naopak. Muž má úlohu zabezpečit rodinu a také jeho emocionální vliv na matku a nenarozené dítě je velmi silný. V době před narozením a následně potom zastává otec důležitou roli. Pro svou dceru znamená první setkání s mužským pohlavím. Pro svého syna je vzorem. Po dobu prvních dvou let je matka u dítěte prioritní. Otec je v této době na druhém místě (Hüther, Weser, 2010).

Muž i žena si v průběhu těhotenství musí zvykat na své nové rodičovské role. Muž se stává otcem, žena matkou. Není to vždy jednoduché. Vše je ovlivněno dětstvím obou rodičů. Někdy se může stát, že partner ve své ženě vidí svou matku. A naopak, že žena může ve svém muži vidět svého otce.

Většinou si muži v druhé polovině trimestru mohou připadat zbyteční. Veškerá péče a pozornost přechází na partnerku a oni stojí stranou. Důležité je začlenit svého partnera do děje těhotenství.

U mužů v poslední fázi nastává pocit nejistoty, zda roli otce zvládnou, zda dokážou zabezpečit svou rodinu. Existují případy, kdy se u mužů vyskytuje tzv. „těhotenství tatínků“ nebo také couvade.

Je možné se s tím setkat u jedenácti až třiceti pěti procent nastávajících otců. Především u mužů staršího věku, kdy je silná vazba k ženě. Tito muži trpí typickými těhotenskými změnami. Přibývají na váze, bolí je zuby a mohou mít také zažívací problémy (Ratislavová, 2008).

1.6 Vzpomínky z matčina lůna a porodu

Plod může být ovlivněn již v prenatálním životě, jak popsal Stanislav Grof, jeden ze zakladatelů transpersonální psychologie. Autor se ve svých poznatcích zabývá vnitřním světem člověka. Dospěl k názoru, že pokud člověk dojde do stavu, kdy mu napomáhají halucinogenní látky anebo holotropní dýchání, lze u člověka vyvolat zážitky, ale i vzpomínky z raného dětství, z prenatálního života či porodu. Proto v dospělosti může člověk prožít celý svůj porod nebo období v matčině lůně. Na podkladě těchto studií vytvořil Grof zmíněné čtyři bazální perinatální matrice. V první se hovoří o zážitcích, které vznikly v období vývoje plodu v děloze. Plod se cítil v bezpečí, pokud probíhalo vše v pořádku. Dále byl svými rodiči milován. Přirovnával to k vizi oceánu či ráje. Naopak pokud se plod cítil neustále v ohrožení, nemilován, byly vize děsivé. V druhé bazální matici byl člověk přiváděn do období začátku porodu. Jednalo se o pocity ohrožení, zoufalství, na které měly vliv děložní kontrakce. Třetí období spadá přímo do období samotného porodu a průchodu porodními cestami. Poslední čtvrtá matice pojednává o období po porodu. Zde se objevují pocity vysvobození a náhlé úlevy. Všechny zážitky související s porodem, s obdobím po porodu i se samotným průběhem těhotenství vedou k různým formám psychosomatických poruch a mají tendenci se vyskytovat i v pozdějším období po narození. Psycholog D. B. Chamberlain se zabýval prenatálním obdobím. Především vzpomínkami na něj. Ve svém výzkumu použil metodu hypnózy. Výzkumu se účastnilo deset matek s dětmi ve věku od dvou do dvaceti tří let. Matky byly zpovídaný během hypnózy a výpovědi matek pak porovnával. Zajímal ho průběh porodu. Uvedené výpovědi matek a dětí se skoro vždy shodovaly. Vybavily si počet osob na porodním sále, chování sestřiček či lékařů. Děti byly schopné si vybavit svou polohu v děloze a samotný porod (Ratislavová, 2008).

1.7 Faktory působící na vývoj plodu

Roztočil a kolektiv (2008) ve své knize píše, že v prenatalní poradně se setkáváme s různými ženami. Jednak mohou být drogově závislé, nebo jsou příliš mladé, dále to mohou být ženy bez domova, ženy sociálně slabé. Všechny tyto faktory působí negativně na vývoj plodu.

Podle Ratislavové (2008) by porodní asistentka měla umět zamezit anebo potlačit psychickou zátěž. Získat pozitivní vztah k sobě samé, umět posílit mateřskou identitu.

1.7.1 Sociální, ekonomická situace

Sem patří ženy svobodné, ženy bez domova, ženy se špatným socioekonomickým zázemím. Tyto ženy nemají uspokojeny základní potřeby, kam patří láska, odpočinek, podpora. Bývá u nich větší sklon k depresím, což vede ke zhoršení vývoje plodu z důvodu stresu a nevhodného životního stylu těhotné. Tyto ženy mohou mít infekční choroby, sexuálně přenosné choroby a vyšší sklon k alkoholismu nebo kouření. Tím dochází k vyššímu riziku předčasných porodů novorozenců s nízkou porodní hmotností a horší adaptací (Ratislavová, 2008).

1.7.2 Drogy, alkohol, kouření

Drogově závislé ženy i jejich plod jsou vystavovány různým problémům. Hrozí předčasný porod, růstová retardace plodu, u novorozenců se objevují i abstinční příznaky. Dítě trpí zvýšenou tvorbou slin, průjmami, mohou se vyskytovat i křeče, horečky a zvracení. S tímto problémem je spojené i riziko výskytu infekcí, jako HIV a hepatitida B (Čech a kol., 2006). Když žena užívá amfetamin v těhotenství, může se u dítěte projevit porucha chování či zvýšená agresivita. Při užívání heroinu a kokainu hrozí předčasné odloučení placenty, anemie u žen, ale i vrozené vývojové vady plodu, zvýšená aktivita dělohy a také nízká porodní hmotnost novorozence (Ratislavová, 2008).

V časném těhotenství má alkohol teratogenní účinek. Po celou dobu těhotenství ovlivňuje růst plodu. Plod, který se vyvíjí, má až o padesát procent nižší schopnost vylučovat alkohol ze svého těla oproti matce. Pokud žena v období těhotenství vypije více než dvacet pět cl alkoholu denně, dochází u dítěte k tzv. alkoholovému syndromu. Pro novorozence je pak typický vzhled obličeje. Má krátké ušní štěrby, široký a plochý nos, nedostatečně vyvinutou rýhu na horním rtu, ale hlavně trpí mentální retardací. I u těchto dětí hrozí předčasný porod a nízká hmotnost novorozence (Čech a kol., 2006). Fetální alkoholový syndrom, vzniklý závislostí těhotné ženy na alkoholu, působí na vývoj nenarozeného dítěte, na poruchy inteligence, počítání, paměti a poruchy pozornosti. Také může vést k hyperaktivitě dítěte a k poruchám chování. U dětí hrozí v pozdějším věku také alkoholová závislost (Koukolík, Drtilová, 2008).

Kouření v období těhotenství způsobuje předčasný porod, nebo také předčasný odtok plodové vody, předčasné odlučování placenty, dochází i k retardaci růstu a hmotnosti plodu. Nikotin má negativní vliv na prokrvování placenty, proto se u plodu mohou objevovat tachykardie. Zvýšená srdeční frekvence se u plodu projeví již po vykouření jedné cigarety. Jediný pozitivní účinek má kouření v těhotenství na snižující se výskyt preeklampsie (Ratišlavová, 2008). V prenatální péči je důležité informovat ženu o negativních účincích kouření na plod. Ženy by se měly v těhotenství kouření zcela vyhnout. Pokud těhotná žena nedokáže s kouřením přestat, je nutné, aby alespoň počet cigaret za den omezila na minimum. Je nutné se vyhýbat i zakouřenému prostředí. I pasivní kouření působí na plod a vede k omezení růstu plodu (Čech a kolektiv, 2006).

1.8 Prenatální psychologie

V dnešní době je zřejmé, že psychický vývoj jedince již vzniká v období intrauterinního života plodu. Tímto se zabývá prenatální psychologie. Prenatální a perinatální psychologie je nová vědecká disciplína. Snaží se integrovat rozdíly v oborech, které se zabývají základními otázkami života. Zde patří medicína, psychologie, etologie, filosofie, sociologie a antropologie. Dále se zabývá širokými souvislostmi prenatálního života. Vliv emocí matky na plod, sociální vazby, prožívání během těhotenství.

1.8.1 Psychologie v těhotenství

V první třetině těhotenství je žena zaměřena především sama na sebe. Je introvertní, sleduje své tělo a první známky těhotenství. Pomalu se smiřuje s tím, že v ní žije nový člověk, který po narození změní způsob života celé rodiny. Úkol těhotných v prvním období je přijmout těhotenství. Objevují se pocity strachu, pochyby z časně ztráty, přecitlivělost, rozladěnost, nejistota. V tomto období řeší žena, jak sdělit informaci o svém těhotenství partnerovi nebo rodičům. To může být pro ženu velmi stresující, pokud očekává negativní reakci Roztočil, (2008); Ratislavová, (2008).

Roztočil (2008) uvádí, že do druhé fáze psychologického těhotenství vstoupí žena tehdy, když vnímá, cítí pohyby plodu. V tomto období si uvědomí existenci plodu. Podporuje zdravý životní styl, je aktivní, dochází na cvičení pro těhotné, plavání a navštěvuje předporodní kurz. V tomto období má žena za úkol přijmout plod jako nezávislého, samostatného jedince.

Druhá a třetí psychologická třetina patří mezi období, kdy ženě hrozí předčasný porod. A také v tomto období cítí, že by už chtěla porodit co nejdříve. Toto období se také nazývá „stavění si hnízda“. Žena zařizuje prostředí, kam má dítě přijít. Toto období doprovází také pocity zranitelnosti, obavy o těhotenství, strach z porodu a také radosti z příchodu dítěte na svět. Ke konci se pro většinu žen stává těhotenství nepohodlným. Toto období se ženám zdá nekonečné.

Organismus žen je fyzicky zatížen. Objevuje se špatný spánek a také únava. Pocity nemožnosti, nepřitažlivosti vyvolává velikost břicha. Úkolem tohoto období je příprava na porod, na existenci nového jedince Rastislavová, (2008), Roztočil, (2008).

1.8.2. Historie a úkol prenatalní psychologie

Prenatalní psychologie patří k novým vědním disciplínám. Nezabývá se jen emocemi těhotné ženy, ale také tím, jak působí na plod, zkoumá prožívání samotného těhotenství matkou, dále zkoumá sociální vazby a další vlivy, které mohou ovlivnit vývoj a život již nenarozeného člověka. Jak se plod chová je v dnešní době možno sledovat pomocí techniky. Z různých výzkumů vyplývá, že během prenatalního života se rozvíjí paměťové funkce plodu. Plod je v tomto případě schopný přijímat a také zpracovat smyslové informace (Rastislavová, 2008).

Jan Ámos Komenský v knize s názvem „Informatorium školy mateřské“ zdůrazňoval, že budoucí matky by měly být šetrné. Měly by dbát na to, aby svému plodu neškodily. Ženy by měly o své budoucí dítě pečovat. Mají být střídme v jídle, pití, ale ne se postit, aby nedošlo ke smrti dítěte. Těhotné mají dodržovat správnou výživu a životosprávu. Měly by se vyhnout pádům. Dále by se žena měla vyvarovat stresu, hněvu a prudkému lekání (Komenský, 1964).

Porodnictví je obor starý jako lidstvo samo. Na vývoji se podílely desetitisíce pracovníků jak vědeckých, tak klinických. Savci, kam patří i lidé, mají nejsložitější mechanismus porodu. Dochází k progresi, pak flexi hlavičky, vnitřní rotaci, deflexi a rotaci ramének. Pupečník je u savců nejdelší. V období pravěku byly typické kulty mateřství, plodnosti. Byly spojeny s náboženskými a magickými úkony. Ze starověkého Egypta existují záznamy na papyrech, které pojednávají o diagnostice těhotenství, nemocích v průběhu těhotenství či výskytu vícečetných těhotenství. Talmud a starý zákon přináší postřehy o komplikacích, pohybech plodu či o existenci dvojčátek. Život matky měl v té době větší cenu než život plodu. Velký význam pro Evropu má starověké antické lékařství. Dochovaným pramenem je Hippokratův spis, zprávy od předchůdců. Zmíněny byly choroby i používané nástroje. Významným vyškoleným lékařem byl Aristoteles.

Ve svém spisu popisoval krvácení v průběhu těhotenství, změny v těhotenství, potraty, vícečetná těhotenství a průběh porodu. S rozpadem Říše římské došlo i k rozpadu vědy. Leonardo da Vinci v letech tisíc pět set deset až tisíc pět set jedenáct ve spolupráci s anatomem Marcem Antoniem Torre vytvořil dílo se sedmi sty padesáti krásnými kresbami. Na kresbách byla děloha či plod. V renesančním období došlo k rozkvětu anatomie na univerzitě v Padově. Vznikly spisy o utváření plodu, studie placenty. V té době byl i popsán kondom. Reiner De Graaf z Leidenu objevil vajíčko v ovariu. Na přelomu osmnáctého a devatenáctého století došlo v Čechách ke změně ve vývoji porodnictví. Byly zřízeny porodnice. Během druhé světové války byly učiněny další objevy, také díky pokusům na lidech v koncentračních táborech. Zde bylo popsáno hladovění a jeho vliv na těhotenství a porod. Po válce dochází ke studii těhotenských změn v krvi. Dále došlo k rozvoji prenatální péče. Od roku devatenáct set padesát osm se objevují ultrazvukové vyšetřovací metody. Došlo k diagnostice vrozených vývojových vad i Dawnova syndromu. Zjištěno bylo i to, že alkoholismus, tabakismus, heroin a amfetamin vyvolávají u plodů abstinenční příznaky. Kokain působí na poruchy růstu, předčasné porody a malformace Roztočil, (2008); Zacharová a kol., (2011).

1.8.3 Osobnosti v prenatální psychologii

Hlavními představiteli prenatální psychologie jsou S. Ferenczi, O. Rank, Peter Fedor-Freybergh, D. Chamberlain, T. Verny, N. Fodor a G. H. Graber, Sigmund Freud a anglický filozof John Locke (Rastislavová, 2008).

V historii na toto téma narazil italský umělec, vynálezce Leonardo da Vinci. Ve svém spise „Quaderni“ se snažil pochopit všechny souvislosti a také vlivy, které prenatální život ovlivňují.

„Leonardo da Vinci napsal: ... stejná duše ovládá dvě těla... to, co si matka přeje v čase své naplněné touhy, se často zrcadlí v životě dítěte...“ (Marek, 2002, s. 183).

Dalším významným psychiatrem a psychologem, který se zabýval prenatalním obdobím, je Thomas Verny. Jeho dílo nese název „*Skrytý život nenarozeného dítěte*“. Zde sděluje své myšlenky, dále i poznatky, názory týkající se prenatalní psychologie. Autor uvádí, že „... *nenarozené dítě je lidskou bytostí, která si uvědomuje a reaguje a která od šestého měsíce vede aktivní a citový život*“ (Matějček, Langmeier, 1986, str. 116.). Autor své poznatky shrnul do čtyř bodů. V prvním bodě mluví o lidském plodu, který užívá všech smyslů. Sem patří i schopnost plodu vnímat. Druhým bodem je, že jakmile plod dokáže vnímat, formují se jeho postoje. Jeho samotné jednání a chování pak souvisí s vlastními pocity. Ve třetím bodě zmiňuje matku, která úzkostí nebo starostmi zanechává negativní vliv na osobnosti vyvíjejícího se plodu. Ve čtvrtém bodě se zabývá otcem dítěte a jeho vztahem k němu. Oba společně vytvářejí pozitivní vlivy a city, které působí na jejich dítě (Matějček, Langmeier, 1986). Nejdůležitější jak pro matku, tak i pro dítě je, aby těhotenství prožila v poklidu, nerozčilovala se zbytečně, uměla relaxovat, nekouřila, nebrala drogy a nepila alkohol, což má také negativní vliv na vývoj dítěte a pak i po narození. Žena by měla mít i trvalý a harmonický vztah s partnerem. Ke klíčové události v životě člověka patří i samotný porod. Podněty přicházejí zvenčí. Porod samotný bývá spojen s nezvyklými situacemi. Tím se myslí světlo, změny dýchání a krevního oběhu, bolest, hlavně život mimo dělohu. V psychologii se hovoří, vlivem těchto podnětů, o možném vzniku poporodního traumatu u dítěte. K tomu přispívá i separace od matky. Pro udržení vztahu a vazby mezi dítětem a matkou během těhotenství, ale také v průběhu porodu i následně po něm, by ihned po porodu měl být co nejdříve podpořen rozvoj rodičovského chování u matky i otce dítěte s cílem navázat tak na něco, co bylo podporováno celé těhotenství. Proto je nutná spolupráce ženy, porodníků, pediatrů, ale i psychologů. K významným psychologům v české republice patřili prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc., a prof. PhDr. Josef Langmeier, CSc. Kohoutek, (2013); Vymětal, (2003).

Peter Fedor-Freybergh říká: „*Pokud bychom dokázali zajistit, aby každé dítě bylo milováno a chtěno od samého začátku, aby bylo ctěno a aby úcta k životu byla jednou z nejvyšších lidských hodnot, a pokud bychom dokázali optimalizovat prenatalní a perinatální stádia života bez narušení základních potřeb, bez agrese a psycho toxických vlivů, výsledkem bude společnost bez násilí. Tak, jak jednáme se svými dětmi, budou naše děti jednat se světem. A to zahrnuje i dítě ještě nenarozené*“ (Marek, 2002, str. 197). Je to autor slovenské národnosti žijící ve Švédsku. Jednotlivá prenatalní stadia mají jedinečnou možnost v primární prevenci psychických, emočních a fyzických problémů v následujícím životě. Těhotenství je aktivní rozhovor mezi matkou a dítětem i širším okolím. Ukazuje na důležitost prenatalní péče. Je potřeba zahrnout sem psychologické, medicínské a sociální aspekty.

Celá naše společnost by měla respektovat, že každý z nás má právo žít, a to v sociálně zdravém světě bez násilí. Každé nenarozené dítě je osobností, sociální a psychologický partner svých milujících rodičů. Historie člověka začíná na počátku našeho života, v okamžiku početí. Mnoho studií hovoří o tom, že skutečnost, jak je dítě milováno, chtěno a respektováno, ovlivní následně jeho schopnost vyrovnat se s problémy, jak společenskými, tak s individuálními (Marek, 2002).

V roce 2013 proběhla v Brně první česká konference zaměřená na prenatalní psychologii a prenatalní komunikaci. Do organizace byla zapojena i česká lékařka pracující v Londýně, Indrielle Tereza, která tvrdí, že po založení České mezinárodní společnosti pro prenatalní a perinatální psychologii v roce 1971, vzniklo v České republice odvětví dosud zde neznámé (Labusová, 2013).

Autor Verny Thomas je průkopníkem prenatalní psychologie. A dále také perinatální psychiatrie. Autor se zastává názoru, že výsledkem dlouhodobého pozorování je, že rodiče mají vliv na tělesné a duševní rysy svých dětí (Verny, Kelly, 1993). Rodiče ovlivňují dítě svými myšlenkami už v děloze. Verny zkoumá duševní vývoj v prenatalním období. Své poznatky shrnul v knize s názvem *Skrytý život nenarozeného dítěte*.

Toto dílo vyzvalo všechny odborníky, aby vystoupili se svými výzkumy. Matějček uvádí shrnutí Vernyho základních poznatků. Plod vidí a slyší. Prožívá, má vyvinutou chuť, dokáže se učit, ale jen na jednoduché úrovni. Nejdůležitější schopností plodu je cítit. To co dítě vnímá a cítí, formuje se plodu jeho postoj a také očekávání vůči sobě samému. Výsledkem je to jak sám sebe bude vnímat. Zda jako šťastné, anebo smutné dítě. Jaké bude jeho jednání jako člověk. Zda bude člověkem šťastným, anebo smutným či agresivním. Nebo také sebejistý, povolný, nebo plný závisti, úzkosti. Vše se odvíjí od toho, co se o sobě dovídá, už za pobytu v děloze. Zdrojem všeho je pro dítě jeho matka. Nejvíce záleží na hlubokých trvalých formách citění. Dlouhodobá úzkost nebo nejistota. To se týká mateřství a může zanechat jizvy na osobnosti nenarozeného dítěte. Naopak pozitivní emoce jako je radost z očekávání, významně přispívají ke zdravému citovému vývoji. Výzkumy dnešní doby se čím dál více zaměřují i na otce a city k matce a dítěti (Matějček, 1986, Verny, 1981).

Thomas Verny byl Kanadský porodník. Jeden z prvních odborníků, který formuloval závěry vyplývající z pozorování pomocí nových technologií. Popsal tři druhy komunikace. Fyziologická komunikace, kdy zprostředkovatelem je krev procházející placentou. V krvi proudí různé látky např. cukr, adrenalin. Projevem může být stres, který vyvolává fyziologické reakce matky. Smyslová komunikace, kdy plod vnímá smyslové podněty, ne všechny. Patří zde masírování břicha, mateřský hlas. Pohyb dítěte je projevem jeho nelibost. Emoční a racionální komunikace matky a plodu. Vše spočívá v tom, že matka prožívá určitým způsobem existenci plodu, soustředí se na něj, na svoji pozornost a uvažuje nad vším.

1.9 Prenatální péče

Tvoří významnou součást těhotenství. Poskytuje matkám velké množství informací, které jim dodávají uklidnění. Jakmile žena zjistí, že je těhotná, měla by začít spolupracovat s organizací předporodní péče. Měla by se začít učit, jak se starat sama o sebe i o své dítě. Cílem je prožítí zdravého těhotenství jak pro matku, tak i pro dítě, a mít úspěšný porod. Předporodní vyšetření a také kontroly poskytují informace o těhotenství. U vícečetného těhotenství by měla žena být obezřetná. Žena by měla v době těhotenství jíst málo, ale často odpočívat dostatečně, předcházet bolestem zad, zaplavat si (Deansová, 2004).

Česká republika se po druhé světové válce řadila ke státům se špatnou péčí v perinatologii. V roce devatenáct set čtyřicet pět došlo k reformě zdravotnictví. K zachycení těhotenství docházelo již v prvním trimestru těhotenství. Zřídily se prenatální poradny, kam těhotné pravidelně docházely. Byly informovány o průběhu svého těhotenství. Těhotným ženám byl vystaven těhotenský průkaz, kam se zaznamenávalo každé provedené vyšetření. Sloužilo to porodníkům. V posledních šedesáti letech prošel těhotenský průkaz velkým vývojem. Důležité bylo, aby těhotná svůj průkaz nosila vždy u sebe, z důvodu nenadálých zdravotních komplikací. Při návštěvě je stanoven termín porodu, který se vypočítává na základě poslední menstruace (Roztočil, 2008).

Těhotenský průkaz slouží jako doklad pro zaměstnavatele, ale i na dalších místech. V průkazu musí být zaznamenány údaje, které se týkají těhotné ženy. Záznam aktuálního těhotenství, záznamy týkající se polohy plodu. Mezi další údaje patří identifikační údaje matky, razítko lékaře, u kterého je žena v péči, pravděpodobný termín porodu, nástup na mateřskou dovolenou, informace o předchozích těhotenstvích a porodech, zdravotní stav těhotné, tělesná výška, váha, pánevní rozměry. Dále by měl obsahovat výsledky krevních testů, výsledky sonografických vyšetření, kontroly děložního čípku, polohu plodu. Rozlišují se čtyři polohy plodu. První je poloha podélná hlavičkou, pak poloha podélná koncem pánevním, další je poloha šikmá a pak poloha příčná (Gregora a Velemínský, 2011).

„Na první lékařské prohlídce, která u většiny žen probíhá v 6. až 8. týdnu, se pravděpodobně nejprve provede potvrzení těhotenství. Na stejné nebo následující prohlídce se pak uskuteční celkové vyšetření zdravotního stavu nastávající matky. Zahrnuje vyšetření krve, krevního tlaku a je jí odebrána anamnéza (soubor všech zdravotních událostí v rodině a během celého dosavadního života). Ultrazvukové vyšetření zpřesní předpokládaný termín porodu. Výsledky jsou pak zaznamenány do těhotenského průkazu, do kterého se pak vpisují výsledky všech dalších vyšetření provedených v těhotenství. Po úvodním vyšetření bude záležet časový plán kontrol na lékaři a zdravotním stavu těhotné ženy. Při nízkorizikovém těhotenství budou kontroly do 28. až 32. týdne pravděpodobně jednou měsíčně. Při každé takové prohlídce je vyšetřen krevní tlak, přítomnost bílkoviny a cukru v moči, zjištěna velikost a poloha dítěte. Srdeční frekvence dítěte je monitorována od 16. týdne. V určitých stadiích těhotenství se provádějí speciální vyšetření. Například ve 20. týdnu je obvykle ultrazvukem vyšetřována anatomie dítěte. Krevní skupina, Rh faktor a protilátky proti němu se obvykle vyšetřují na začátku těhotenství a ve třetím trimestru. Stejně tak i krevní obraz“ (Hourová, Králíčková a Uher, 2007, str. 85).

1.9.1 Historie perinatální péče u nás

Na přelomu 19. a 20. století se o těhotnou v období před, během a po porodu staraly zpravidla porodní báby. Lékaře volali pouze při podezření na nepravidelnosti. Porodní asistentky diagnostikovaly těhotenství na základě známek nejistých, pravděpodobných i jistých. Predikovaly termín porodu a prováděly vnitřní i vnější vyšetření. Celkový obraz jim pomáhalo dotvářet cílené zjišťování anamnézy. V meziválečném období probíhal vývoj zejména v postnatální péči, a to jak o matku, tak o novorozence. Úmrtnost matek ovšem stoupala zejména kvůli hygienickým podmínkám. V období druhé světové války vznikly první perinatální poradny na Moravě, v roce 1937 byla založena ve Zlíně, o rok později v Olomouci a následně v Brně. Po válce byly porodní asistentky vyškoleny. Pracovaly spolu s gynekology v perinatálních poradnách, které i vedly. Se změnou způsobu práce přišla i změna názvu oboru. Nebyly to porodní asistentky, ale ženské sestry.

V padesátých letech dvacátého století byl stanoven počet kontrol těhotných za celé těhotenství celkem třikrát. Vyšetření bylo zaměřeno na postavu, chrup, váhu, krev, moč, ozvy plodu a krevní tlak. Dále se měřily zevní pánevní rozměry, prováděla se vnitřní a vnější vyšetření, časté bylo vyšetření per rektum z důvodu hygieny. Kontrolovala se hmatem děloha, její tvar a výška, uložení plodu. Šedesátá léta dvacátého století přinesla zavedení těhotenských průkazek. V nich byly zapsány všechny návštěvy a vyšetření. Prenatální poradny vznikly i u velkých továren. Ženy se školily také o těhotenství samotném, výživě a správné životosprávě. Přípravu na svůj porod nebraly na lehkou váhu. Dále byli navštěvováni budoucí rodiče a zjišťovala se úroveň sociální. V sedmdesátých letech dvacátého století byla zřízena centra specializovaná na riziková těhotenství. Součástí těhotenské průkazky bylo bodování pomocí tabulky. Dále se zavádělo cvičení pro těhotné, kde se nacvičovalo správné dýchání, tlačení při porodu, zlepšení kondice, relaxace. V osmdesátých letech byl poprvé u nás použit ultrazvuk. Vyšetření bylo plánováno ve třináctém až čtrnáctém týdnu a dále ve třicátém až třicátém druhém týdnu gravidity. Kontrola zjišťovala vývoj plodu, jeho vitalitu, gestační stáří, počet plodů, uložení placenty, množství plodové vody. Po revoluci v devadesátých letech dvacátého století vznikala soukromá zařízení (Hájek, 2004).

1.10 Úzkost

V našem životě po tisíce let plní úzkost pozitivní a nezastupitelnou roli. Společně se strachem nás chrání před reálným nebezpečím. Dále nás vede ke zdravé zdrženlivosti, připravuje nás na fyzický a duševní výkon. Adaptivní emoce jsou strach a úzkost. Psychologickými pokusy bylo dokázáno, že člověk podává nejlepší výkony, když se cítí úzkostný. Mezi tělesné projevy úzkosti patří pocení, rychlá srdeční akce nebo nevolnost. Při těžších formách je pak nutno vyhledat odbornou pomoc. Jedna ze základních forem úzkosti je nervozita. Synonymem pro úzkost je tenze, neklid, stísněnost (Jaspers). Úzkost není strachem, úzkost je emoční potenciál, který strach aktivuje. Je prokázáno, že lidé lépe bojují s něčím viditelným, hmatatelným, měřitelným, a také se lépe před tím utíkají Janíček, (2008); Praško, Vyskočilová a Prašková, (2006).

1.10.1 Těhotenství a úzkost

Northcott (citace podle Andersson, 2006) tvrdí, že úzkost během těhotenství a šestinedělí je zkoumaná méně než deprese. Během těhotenství pociťují ženy úzkost následkem přechodu do gravidního stavu. Oplodnění, těhotenství, porod a období po porodu patří mezi důležité etapy, jak v životě ženy, tak rodiny. Pokud se jedná o chtěné těhotenství, je pokládáno za radostnou událost. To vše je spojeno s klidem, vnitřním vyrováním, což vede k dozrávání ženy, nárůstu sebeúcty a sebedůvěry. Těhotné ženy a především nové matky jsou trochu úzkostné. Být matkou poprvé je nová role, s novým člověkem a s novými zodpovědnostmi. Tato úzkostná reakce je pochopitelná, ale řada odborníků si to nepřipouští. V období těhotenství a po porodu potká devadesát procent žen ambivalentní vztah k budoucímu dítěti. Projevuje se únava, obavy a starosti, pocity slabosti, náladovost, depersonalizace, problémy s koncentrací, nejistota, podrážděnost, slabost.

Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmäki a Saisto (2008) uvádějí ve svém výzkumu, že ve studiích prováděných v severských zemích bylo odhadnuto, že pět až deset procent těhotných žen trpí těžkým strachem z porodu. Tuto myšlenku potvrzuje i Areskog, (citovaný podle Ryding, 2007). Další studie prokázaly, že stoupající strach a úzkost může zastínit celé těhotenství, vést ke komplikacím při porodu, dále může vést k problémům mezi matkou a dítětem a následně i k poporodním depresím. Strach byl zkoumán pouze na konci těhotenství, tedy před porodem. Jedna studie prokázala, že strach je mírnější v raném stadiu než v pozdním těhotenství. Úzkost v těhotenství je nejvyšší mezi dvacátým druhým a dvacátým šestým týdnem a poté se zvyšuje. Výsledkem je, že dvacátý druhý a dvacátý šestý týden je ideálním časem pro zahájení léčby strachu z porodu.

1.10.2 Vliv úzkosti v těhotenství na matku a dítě

V roce 1941 Sontag upozornil, že emoce ovlivňují celé těhotenství (citováno podle Hofberg, Ward, 2003). Bergh (2005) uvádí ve svém výzkumu, že čtrnáct nezávislých studií dokázalo spojitost mezi stresem matky a předporodní úzkostí. Toto bylo spojené s kognitivními a behaviorálními a emocionálními problémy u dětí. Z pohledu psychosomatického je si potřeba uvědomit, že u osobnosti může těhotenství vyvolat krizi zrání. Toto vede k hyperaktivitě limbického systému, následně ke spuštění celé kaskády psychofyziologických reakcí, ke zvýšenému vylučování serotoninu, katecholaminu, zvýšené parasympatikotonii se všemi následky pro těhotnou dělohu (Tress, Krusse a Ott, 2008). Sjörgenova švédská studie prokázala, že těhotné ženy s vysokou hladinou úzkosti v těhotenství měly více epidurálních bloků během porodu, než ženy s menší úzkostí (Sjörgen, cit. podle Alehagen, Wijma a Wijma, 2006). Strach z porodu vede i k častějším indikacím k císařskému řezu.

1.10.3 Vliv úzkosti na somatický vývoj dítěte

Studie Teixeira, Fiska a Gloverova (1999) poukazuje na to, že ženy během těhotenství trpěly úzkostí. Tito autoři byli přesvědčeni, že psychika matky může ovlivnit již nenarozené dítě. Studie prokázaly, že děti úzkostných nebo stresovaných matek měly nižší průměrnou porodní hmotnost a také tendenci se dříve narodit.

1.11 Stres

Nízká hmotnost a vliv stresu v těhotenství byly zkoumány pomocí srovnávání životních událostí žen. Bylo vybráno dvě stě padesát žen. Se všemi ženami byly vedeny tři rozhovory v průběhu těhotenství. A také následně po porodu. Některé ženy přišly o děti již v průběhu těhotenství, sto devadesát pět žen porodilo zdravé dítě, které bylo bez následků a s nízkou porodní hmotností. Dvacet žen porodilo dítě předčasně, nebo dítě s nízkou porodní hmotností. Vše bylo spojeno s významnou životní událostí, ale ne s úzkostí. Dalším činitelem pro nízkou porodní hmotnost bylo kouření. Kouření může být stresorem pro dítě.

V prenatální péči se musí věnovat pozornost stresu matky a včas mu zabránit. Bránit pocitům, jako jsou úzkost, strach a deprese. Vše začíná v hypotalamu a odtud se šíří do endokrinního a nervového systému. Těhotné se rozšíří zorničky, zvýší se krevní tlak, srdeční frekvence, potí se ruce a tělo produkuje stresové hormony Newton a Hunt, (1984); Matějček a Langmeier, (1986).

1.12 Deprivace

Deprivace znamená strádání, ztráta něčeho, co organismus potřebuje. Další definicí je nedostatečné uspokojování základních potřeb (Hartl a Hartlová, 2010).

Slovo deprivace se dá připojit k dalším slovům. Například mateřská deprivace, emoční deprivace nebo smyslová deprivace. Deprivace se dá hodnotit jako žádná deprivace, mírná deprivace, středně těžká deprivace a těžká deprivace.

1.12.1 Psychická deprivace

Autor Matějček ve své knize hovoří o deprivaci jako o psychickém stavu, který vznikl následkem různých životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojit některé své základní psychické potřeby (Matějček, 1992). Izolace je bránění ve styku s přirozeným a společenským prostředím. Separace je odloučení od matky. Na vnitřní vývojové podmínky dítěte má vliv zdravotní stav, pohlaví. Dítě by mělo navázat vztah k matce. Vztah, ale i závislost dítěte na matce, má velký význam pro pocit jistoty. Utváří se do sedmého měsíce života dítěte. Dále je důležitý i zdravotní stav. Může se jednat o poruchy smyslové, motorické, psychické. Pokud rodiče mají handicapované dítě a nejsou na něj připraveni, tak se mohou nacházet v deprivaci situaci (Langmeier a Matějček, 2011).

1.12.1.1 Nedostatek mateřské lásky

Často je způsoben nedostatkem zájmu o děti, nedostatkem času tráveného s dětmi, nedostatkem pozornosti, projevy lásky se kompenzují materiálními věcmi, nebo dlouhými hodinami u televize. Je to i například tam, kde profesionálně angažovaní rodiče nemají na dítě čas. Projevuje se pak poruchou chování, horším prospěchem, poruchou sociálních vztahů, alkoholovými a drogovými závislostmi dítěte (Langmeier, Balcar a Špitz, 2000).

1.12.2 Deprivace v rodině

Rodina má pro dítě velký význam. Každý člen plní určitou roli. Tím dochází k naplňování potřeb dítěte. Deprivace se dělí na vnější a psychologické příčiny. K vnějším příčinám patří složení rodiny, socioekonomická úroveň a kulturní úroveň. Složení rodiny se týká role rodičů, celkové atmosféry, která napomáhá utvářet osobnost dítěte. Pokud v rodině chybí jeden člen, který není nahrazen nebo není zastoupen, je dítě ohroženo deprivací. (Langmeier a Matějček, 2011).

1.13 Deprese

Deprese je závažná, dlouhotrvající porucha psychiky. Projevuje se snížením až vymizením schopností prožívat své potěšení. Poklesem nálady jedince. Podle Agency for Healthcare Research and Quality deprese postihuje čtrnáct až dvacet tři procent těhotných žen. Jedenáct až třicet dva procent se začíná projevovat už v prvních třech měsících po porodu. Většinou se jedná o recidivu. Studie zahrnuje dvě stě jedna respondentek, které v době otěhotnění netrpěly depresí. K recidivě došlo u šedesáti osmi procent žen, které přerušily léčbu v těhotenství (Shari Lusskin, 2008).

Poporodní deprese, kterou popisuje Lazar jako stav, který se nachází mezi poporodní psychózou, může vzniknout během šesti měsíců po porodu. Myšlenky na sebevraždu jsou vzácné. Somatickými projevy jsou gastrointestinální obtíže. Depresivní ženy méně kojí. Může dojít až k zástavě laktace (Lazar, 2005).

Luskin považuje za poporodní depresi každou depresi zjištěnou v prvním roce po porodu. „*Lékaři a pacientky často špatně přičítají příznaky deprese, jako je nespavost, nedostatek energie a změna chuti k jídlu nebo tělesné hmotnosti, očekávaným změnám v těhotenství. Smutek, sklíčenost, beznaděj nebo pocit bezmoci jsou příznaky možné poruchy nálady; myšlenky na sebevraždu nejsou normální nikdy*“ (SHARI I. Luskin, 2008, str. 34).

Poporodní psychóza je psychotické onemocnění, které bylo dříve označováno jako „laktální psychóza“. S laktací však neměla nic společného. Jedná se o nejzávažnější psychické onemocnění po porodu. Vzniká v prvním týdnu po porodu. Vyskytuje se u 0,1–0,2 % žen. Mezi příznaky se řadí vyčerpání, návaly vzteku, halucinace, ztráta s realitou, myšlenky na sebevraždu anebo vraždu dítěte (Čech a kol. 2006).

1.14 Agresivita

Agresivita z latinského slova Agressivus znamená útočný. Jedná se o vlastnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresii. Schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu, k dosažení cíle a schopnost vzdorovat těžkostem. Celkové úsilí organismu dosáhnout uspokojení vlastních potřeb (Edelsberger, 2000).

Agresivita je stálá predispozice konat či jednat agresivně v různých situacích.

Agresivita je sklon k útočnému jednání vůči věcem, ale také zvířatům a lidem. Většinou souvisí s vnitřní nepohodou (Šimanovský, 2002).

1.15 Strach

Strach charakterizujeme jako krátkodobý, emocionální, nepříjemný stav, který daná osoba zpracovává kognitivně jako podnět, který ji ohrožuje nebo škodí, nebo je také nebezpečný. Jedinec je schopen identifikovat příčinu strachu. Vnitřní, subjektivně specifický zážitek nečekaného vzrušení. Strach vyvolá u jedince snahu vyhnout se ohrožení. Únik z dané situace, nebo útok. Vystupňování strachu může vést až k fobii (Mareš, 1997).

Prožitkově zahrnuje pocity neklidu, napětí, ochromení až sevřenosti. Strach je spíše nespecifický a zahrnuje všechny orgány a také funkční systémy. Zrychlená srdeční činnost, dýchání je rychlé nebo i zpomalené, v ústech pociťuje člověk sucho, může naskakovat husí kůže, zvýší se svalové napětí. Mimika ustrašeného, silně úzkostného člověka, je popisována jako vyděšený výraz. Pootevřená ústa, mimika je strnulá, bledý obličej, pohyby jsou nekoordinované, nepřesné (Vymětal, 2004).

1.16 Regrese

Patří k nevědomému obrannému mechanismu. Únik na vývojově nižší úroveň chování, která se obvykle vyjadřuje odmítnutím samostatnosti, ale také větší potřebou závislosti na okolí (Vágnerová, 2005).

Pochází z latinského slova *Regressus*, což znamená návrat, pokles, ústup. Únik z napjatých situací. Útěk do minulosti (Slovní analytické psychologie, 2006).

Řízené vzpomínání je postup, kdy se člověk pod vedením terapeuta může vrátit do minulosti. Vybaví se mu potlačené vzpomínky, může se vyrovnat s minulými traumaty, negativními zkušenostmi (Wikipedia).

1.17 Pocit viny

Vina je jedna ze základních zkušeností člověka. Sigmund Freud uvádí, že východiskem není tíha konfliktu, frustrace či stresu z nevyhnutelného prožitku viny, která na člověka doléhá, ale i závazek. Člověk není konfrontován s hloubkami své duše. Vina nastává, když člověk zůstává ve své konkrétní existenci (Kocvrlichová, 2006).

1.18 Frustrace

Jedná se o stavy, které vznikají ze skutečnosti, v níž jedinec nemohl náležitě uspokojit své potřeby. Definice frustrace je „stav organismu, kdy je jeho integrita ohrožena a on musí zapojit všechny schopnosti na svoji ochranu“ (Chomátová et al., 2006).

1.19 Prenatální komunikace

„Lidská společnost je v podstatě síť vztahů mezi lidmi. Když si ji představíme jako rybářskou síť, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi. Ale co to vlastně je, toto lanoví v lidském světě? Jedna odpověď je komunikace“ (Vybíral, 2009, str. 25).

1.19.1 Význam prenatální komunikace

Komunikace znamená předávání informací mezi zdrojem a příjemcem. Nejedná se jen o proudění informací, ale i o samotné podílení se na komunikaci už jen svou přítomností (Vybíral, 2009).

Prenatální komunikace je různý kontakt matky s nenarozeným dítětem, které se postupně vyvíjí v děloze. Toto praktikovaly již ženy od pradávných let. Mnoho žen provádí prenatální komunikaci instinktivně, aniž by je do toho někdo nutil (Tausen, Goze – Hänel, 2003).

Solterová (2014) píše, že samotnou komunikací se posiluje kognitivní vývoj plodu. Rodiče vnímají své dítě ještě před narozením a včas si s ním vytvářejí vazbu, která je důležitá pro přijetí děťátka po porodu. Plod vnímá prožívání matky, vytváří si důvěru a otevřenost. Je prokázáno, že rodiče, kteří dokážou svým dětem projevit lásku, náklonnost, mají v prenatálním, ale i v postnatálním období své děti fyzicky uvolněnější, spokojenější a v dospělosti dosahují i lepších studijních výsledků. (Ondriová a Cínová, 2012).

Prvním komunikátorem, ale i hlavním partnerem plodu v prenatální komunikaci je matka. Ta nosí svůj poklad v lůně již od počátku těhotenství dříve, než jsou vyvinuté smyslové orgány. Skoro žádná matka nehovoří o svém dítěti jako o embryu či plodu. Od začátku mluví o něm jako o svém děťátku. V pozdějších stádiích těhotenství ho oslovuje jménem. Do prenatální komunikace mohou být zapojeni i další členové rodiny a hlavně otec dítěte. Ostatní členové se do prenatální komunikace zapojují později.

Prenatální komunikace napomáhá plodu k lepšímu vývoji, šťastnému průběhu života v děloze matky Tausen, Goze – Hänel, (2003), (2015); Marek, (2002).

Otec dítěte má nevýhodu v tom, že nemá možnost plod cítit ve vlastním těle. A to, jak se pohybuje a vyvíjí se. Ale i tak má možnost se svým nenarozeným dítětem navázat kontakt. Hlavní komunikační prostředek otce je dotyk. Dítě na dotyky může reagovat pohybem. Další komunikační technikou je mluvení. Plod dokáže rozeznat hluboký hlas a tím rozlišuje otcův hlas od matky (Hüther a Weser, 2010).

Vágnerová ve své knize uvádí tři způsoby vedení prenatální komunikace mezi matkou a dítětem. Navzájem se prolínají. Fyziologická komunikace je komunikace spojená s matkou a plodem přes placentu a krev, která prochází placentou. Pomocí krve se dostávají k plodu látky, které jej nějakým způsobem mohou ovlivnit. Matka může prožívat nežádoucí stres, podporuje se vylučování neurohumorálních látek v těle a to může zatížit také organismus plodu. Druhým způsobem prenatální komunikace je smyslová neboli behaviorální komunikace závislá na aktivitě plodu a jeho pohyblivosti. Formou kopání, kdy plod vyjadřuje svou nelibost, reaguje na podněty, které mu dává matka zvenčí. Dále zde patří hlas, změna polohy. Poslední způsob prenatální komunikace je emoční a racionální postoj matky k plodu. Zde matka soustředí svou pozornost na plod pomocí myšlenek. Plod lze pozitivně ovlivnit. Ženy, které si těhotenství nepřály, vysílají ke svému plodu negativní informace (Vágnerová, 2012).

1.19.2 Impulz k prenatální komunikaci

„Na lásku a něžnost není nikdy moc brzy. Nový človíček potřebuje už teď náklonnost, aby se dobře rozvíjel“ (Tausen, Goze-Hänel, 2003, str. 53).

Těhotná žena zahajuje komunikaci se svým plodem zcela instinktivně. Komunikaci může zahájit dříve, než plod začne cítit. Ke konci třetího měsíce se může plod v děloze pohybovat. Žena může cítit jemné záškuby (Tausen, Goze-Hänel, 2003).

1.19.3 Způsoby prenatální komunikace

S plodem v děloze lze komunikovat různými způsoby. Zpočátku je komunikace mezi matkou a plodem založená na citech. Plod je již velmi citlivý a dokáže vnímat, vstřebávat emoce i pocity, které těhotná žena prožívá. Ženy dokážou pak rychle rozeznat jednotlivé pohyby plodu a co jim zrovna chce plod oznámit. Trhavý pohyb znamená, že se plod lekl. Houpavé a mazlivé pohyby, nebo také radostné pohyby, jimi dokáže plod rozhýbat celé břicho. Plod také brzy rozezná hlas matky od jiných členů domácnosti. Dítě slyší tak, jako kdybychom ucho ponořili pod vodní hladinu. Dítě rozpozná i tón hlasu, jakým matka k němu mluví (Tausen, Goze-Hänel, 2003).

Plod vnímá i zvuky matčina těla. Vnímá, jak jí tluče srdce, pulzuje krev, kručí v žaludku, nebo jak jí tráví střeva. Zvuky se přenáší intenzitou šedesát decibelů. Zvuky přenášené do dělohy zvnějšku plod vnímá intenzitou dvaceti až třiceti decibelů. U plodu mohou vyvolat zpomalení, ale také i zrychlení tepové frekvence srdce (Ondriová a Cínová, 2012).

Psycholog Hepper provedl výzkum. Vyzkoušel, jestli si nenarozené dítě dokáže zapamatovat znělku z televizního seriálu. Byly vybrány ženy, které sledovaly určitý seriál každý den, ale i dvakrát denně, a ženy, které seriál nikdy neviděly nebo viděly jen pár dílů. Výsledek ukázal, že po narození novorozenců se znovu pustila úvodní znělka seriálu. Děti matek sledujících seriál pravidelně reagovaly po narození jinak než děti matek, které seriál nesledovaly. Novorozenci zvyklí na úvodní znělku byli klidní, zpomalila se jim srdeční frekvence, měli větší pohyblivost a otáčeli se i směrem za již známým zvukem. Toto trvalo až tři měsíce po porodu. Výsledkem je, že dítě ještě nenarozené je schopno si zapamatovat hudbu, zvuky, které se v průběhu těhotenství opakovaly (Ciccotti, 2008).

Další studie byla provedena u dvanácti těhotných. V posledních šesti týdnech před porodem předčítaly plodu pohádku a opakovaly stejnou pasáž stále dokola. Zhruba dva až tři týdny po porodu bylo zjištěno, zda dítě dokáže tuto pasáž rozeznat i po svém narození. K tomu, aby vědci poznali to, jak dítě reaguje, vybavili novorozence speciálními dudlíky.

Ty měly za úkol hodnotit sílu sání. Poté, co byla dětem přečtena pasáž po porodu, ať už matkou či jinou osobou, vědci zaznamenali větší sílu sání, než když byla přečtená jiná pasáž pohádky, kterou novorozenci doposud neznali. Závěrem studie se dá říci, že dítě po narození upřednostňuje příběhy, tóny doposud známé již z prenatálního období (Ciccotti, 2008).

1.19.3.1 Komunikace dotekem

Dotekem vyjadřuje matka svou náklonnost. Tento způsob komunikace lze vidět v jakýchkoli okamžicích a také při jakékoli aktivitě ženy. Reakce plodu na dotyk matky se v průběhu těhotenství mění. Zpočátku se dítě při doteku oddálí a otočí se směrem od zdroje. V pozdějších fázích těhotenství se plod otáčí směrem ke zdroji podráždění a žena cítí opětovnou odpověď. Studie ukázaly, že pokud žena využívala doteky po celou dobu těhotenství, děti byly více pozorné, začaly dříve mluvit a lépe se přizpůsobily různým situacím. Naopak u dětí, kde komunikace dotykem ze strany matky vázla, se objevují citové problémy, děti se špatně začleňují do společenského života, jsou více plačtivé. Výborná je i masáž břicha Ondriová a Cínová, (2012); Deansová, (2004); Nesnídalová, (2015).

1.19.3.2 Komunikace zpěvem

Ženy, které více svým dětem v průběhu těhotenství zpívají příjemné, klidné a melodické písně, mají více uvolněné, méně plačtivé děti po narození. Také to rozvíjí u dětí talent a kreativnost. Odborníci tvrdí, že dobře zvolená hudba dokáže ovlivnit psychický vývoj dítěte Ondriová a Cínová, (2012); Průcha, (2011).

1.20. Bonding

Je vzájemný vztah dítěte a rodičů. Jedná se o celoživotní spojení mezi matkou a dítětem. Vazba vzniká už od početí. Vědci zastávají názor, že existuje vědomí buněk. Vědomí celého procesu výhry spermatu při získání vajíčka. Od této doby se počíná vývoj lidského jedince. Pro zdravý vývoj plodu je podstatné fyzické i duševní zdraví ženy, rodiny a manžela. Při prvním kontaktu s děťátkem se mu dává najevo, že je s láskou vítáno (Rheinwaldová, 1997).

Docent MUDr. Jozef Hašto je autorem publikace „Vztahová vazba“ (2005) a podporovatelem poporodního bondingu.

Přirozený porod vedený vaginálně, podpora nerušeného kontaktu kůže na kůži ihned po porodu, alespoň do prvního kojení, působí blahodárně na matku, dítě a na jejich vztah a interakci. Dítě zná hlas matky ještě z prenatálního období, ale také ji pozná i podle pachu. Když si matka sama vezme narozené dítě, obvykle se ho jemně dotýká konečky prstů. Dotýká se končetin, hlavičky, tváříček, pak se dotýká i celými dlaněmi. Následně si ho vezme do náručí. Vyplývá z toho, že dítě je o hodinu bdělejší a čilejší. Po dvaceti až třiceti minutách od narození se dítě přisává k prsu. Tím dochází k vylučování prolaktinu. Oxytocin se dostává nejen do krevního oběhu, ale působí také jako neurotransmiter. Oba hormony mají příznivý vliv na matku. Oxytocin vyvolává kontrakce dělohy a mírní krvácení, také navozuje psychický klid, důvěru a vnímavost, ale také něhu vůči dítěti. Matky, které měly kontinuální a včasný nepřerušovaný kontakt s dítětem, za měsíc projevovaly ještě větší míru náklonnosti vůči dítěti. Více si s dítětem povídaly, byly ochotnější kojit a kojit dlouho. Tato skutečnost byla porovnáвана se skupinou matek, které měly přirozený porod, ale v rámci nemocniční rutiny jim bylo dítě odebráno na dvanáct hodin. Viděly ho tedy krátce. Závěrem se dá říci, že včasný nepřerušovaný kožní kontakt napomáhá nastavení matky na rodičovství. Je základem pro zdravý psychický vývoj a psychickou odolnost dítěte v dalším životě.

Matka, která je oddělená od svého dítěte po jeho porodu, má zbytečně těžký start. Je to stres pro dítě, které více pláče, je neklidné. Hůře se rozbíhá sání a tvorba mateřského mléka, což vede k nejistotě matky, jež se zvyšuje při vážení, měření dítěte, oblékání, koupání. I toto dvacetiminutové odloučení působí narušení sacího reflexu. V průběhu času se naštěstí vše upravuje, jak interakce, tak i vztahy.

Matky, které mají dítě od porodu a ihned z porodního sálu mají plný rooming in, mají menší výskyt poporodního blues. Jedná se o stav plačtivosti, starostí, podrážděnosti, poruchy spánku, poruchy koncentrace.

Výzkum v Rakousku ukázal, že jedna třetina matek měla bezprostředně po porodu kontakt kůži na kůži dítě jen pět až patnáct minut a jen dvanáct procent matek mělo dítě nepřetržitě. Výzkum se prováděl v roce 2006 a publikovaný byl v roce 2007. Od té doby se situace zlepšila, což zjišťujeme mimo jiné i u svých známých, přátel, kolegů atd.

Podle kvality komunikace mezi matkou a dítětem si dítě už do jednoho roku vše podstatné osvojí. Tím si utváří i vztahy s lidmi. Dokonce také v dospělosti. Matka, která čte správně potřeby dítěte, umožňuje jedinci správně nastavit důvěru k lidem, k sobě samotnému, světu, utváří harmonické vztahy. Chladné matky nebo matky úzkostné, které nechtějí být rušené potřebami svého dítěte, vychovávají ve svých dětech nejistotu a mohou tak děti frustrovat, týrat fyzicky i psychicky, či zanedbávat. To vše pak vede k depresím, úzkostným poruchám, závislosti, poruše osobnosti a poté k somatickému onemocnění. Šanci má jen intenzivní psychoterapie. Proto by měla být kolegiální, pracovní a odborné spojení mezi gynekology, porodníky, neonatologem, sestrami, dulemi, psychiatry, ale také psychology a psychoterapeuty. Přirozený vaginální porod, ve známém prostředí, v klidné atmosféře, bez hluku, hlasitých hovorů, nepřerušovaným bondingem do prvního přisátí a následným bondingem, by měl být součástí každé gynekologicko-porodnické kliniky, případně neonatologie.

Bonding se provádí i v zahraničí. Doktor Rubashkin, gynekolog z USA, tvrdí, že pokud porod proběhne v pořádku, tak v jejich porodnici položí ženě na břicho dítě kůži na kůži ihned po porodu. Pokud jsou nějaké obavy o dítě, pediatr ho na matčině břichu vyšetří. V případě speciálních úkonů je dítě uloženo do inkubátoru hned vedle matky. K matčině prsu je přiloží ihned, jak je to možné. Vítají přítomnost rodinných příslušníků při vyšetřování dítěte. Rutinní procedury jako je vážení, měření, umývání novorozence, jsou v jejich porodnici vykonány až po několika hodinách od narození. Po císařském řezu je důležité zabezpečit nerušený kontakt matky s dítětem.

Dokrot Evans z Velké Británie píše, že jakmile se dítě narodí, je položeno matce na hrud', nebo do náručí, aby bylo v kontaktu kůže na kůži. Ženy v nemocnici leží na posteli, nebo jsou v polosedu. Instrukce jsou následující: ženě dejte dítě na břicho. Ze začátku si dítě prohlíží, až později, když je připravená, se dítěte dotkne, a když je ještě více připravená, zvedne ho tak, že si ho vezme do náručí. A tohle je velký rozdíl, když se dítě narodí a někdo vám ho vloží do náruče, nebo se počká, až bude žena připravená a vezme si dítě sama. Každá z obou možností je dobrá. Obě podporují kojení.

Doktorka Jorgensen z Dánska píše, že po bezprostředním vaginálním porodu, nebo plánované sekci, je novorozenec přiložen matce na hrud'. Když je matka v tomto těsném kontaktu se svým miminkem hned po porodu, většina žen začne spontánně své dítě vítat a tulit se k němu. V této době jsou děti velmi klidné a spokojené a mají dojem, že jsou v bezpečí. V případě, když z nějakého důvodu není možné, aby žena mohla mít ihned dítě u sebe, kontakt kůže na kůži je umožněn otci. I otec se s radostí vítá se svým dítětem. V souvislosti s potřebami dítěte, rodičů nebo personálu zůstává matka s dítětem v kontaktu kůže na kůži nerušeně, minimálně hodinu i více, přitom se dítě poprvé přiloží k prsu. Až následně se dítě vyšetří, zvaží a změří. To vše se koná za přítomnosti obou rodičů.

1.21 Role sestry v prenatální komunikaci

Sestry mají v podpoře zdravého těhotenství velký vliv. V praxi nevyužívají všechny možnosti, kterými by podpořily vztah mezi matkou a nenarozeným dítětem. Návštěva zdravotnického zařízení vyvolává u žen důvěru, sníží se i práh strachu z velké životní změny, která ženu čeká. Sestry jsou jakousi „vrbou“ v prenatální poradně, kam budoucí maminky dochází. Většinou se jedná o důvěrný vztah.

Každá sestra má znalosti o tom, jak se v jednotlivých fázích těhotenství plod vyvíjí, jež získala ve škole, samostudiem v odborné literatuře, účastí na seminářích, přednáškách, ale také v každé knize o těhotenství. Sestry by měly znát a umět si poradit s různými druhy komunikačních prostředků a přispět tak ke zdravému vývoji dítěte.

Sestry musí být ve střehu při každé návštěvě žen v poradnách. Vysvětlí matce, že pokud je sama v psychické pohodě, bude i její děťátko spokojené. I sestry svým přístupem navazují kontakt s nenarozeným dítětem. Tím, že těhotné sahají na břicho, pohladí jí břicho, ptají se ženy, jak se miminku daří. Zároveň tak podporují sebevědomí ženy.

Sestry působí v oblasti poradenské a také vzdělávací. Sestra by si měla vždy uvědomit, o čem informuje těhotné ženy, proč je o tom informuje a jaký mohou mít informace vliv na psychiku a chování žen. Žena by měla mít dostatek informací, které jí pomohou projít celým těhotenstvím v klidu a v pohodě a donosit a porodit zdravé dítě. Sestra by měla do edukace zapojit i partnera, protože i otec hraje důležitou roli v životě člověka (Štromberová, 2010).

Sestra by měla rozpoznat matky, které mohou ohrožovat své dítě záměrně či nezáměrně především užíváním návykových látek, pitím alkoholu a kouřením. Zde je potřeba dostatečně těhotné ženy poučit o všech nebezpečných důsledcích. Psychické rozpoložení matky, její emoce, mají vliv na psychiku dítěte a mohou zásadně ovlivnit jeho následující život. Prenatální psycholog Fedor-Freybergh doporučuje, aby byl v prenatální poradně vždy porodník, porodní asistentka a také psycholog (Fedor-Freybergh, 2008).

1.21.1 Prenatální poradna

Jedná se o odborné pracoviště pro těhotné ženy. Existuje spousta prenatálních poraden. V tomto oboru se velmi zlepšila zdravotní péče. Náplní práce poraden je poučení těhotné ženy o životosprávě během těhotenství. Partner se může účastnit vyšetření. Při pravidelných vyšetřeních očekávají budoucí rodiče odpovědi na tyto otázky: Diagnóza těhotenství při první návštěvě. Délka trvání gravidity a vypočítání data porodu. Zjištění, či se nejedná o patologické či rizikové těhotenství. Odchytky organismu ženy. Určení data porodu je nejpřesnější podle prvního ultrazvukového vyšetření. Dále se dá vyloučit mimoděložní těhotenství. Lze určit i vícečetné těhotenství, nebo zda nemá plod vrozené vady či abnormality (Roztočil a kol., 2001).

Ultrazvuk tvoří neodmyslitelnou součást těhotenství. Plod je vyšetřen v každé fázi prenatalního vývoje. V dnešní době je možné použít dva typy zobrazení. Nejčastější je zobrazení dvojrozměrné (2D). Novější je 3D (třírozměrné) zobrazení. Třírozměrné zobrazení umožňuje zobrazit reálný obraz plodu, nálady plodu, ale i výraz a chování (Hourová, Králíčková a Uher, 2007).

V České republice začaly prenatalní poradny vznikat v padesátých letech dvacátého století. V roce 1938 v Olomouci, druhá byla v Brně v roce 1941 (Trča, 2004).

1.21.2 Sestra a prenatalní komunikace

Sestra doporučuje nastávající matce metody, jak komunikovat se svým dítětem, jak se s ním sblížovat již před narozením. Tyto informace lze předávat i během prenatalních kurzů. Kurzy jsou většinou omezeny na těhotenská cvičení, informace o tom, co ženu čeká v porodnici, při porodu. Chybou jsou informace, aby se ženy pečlivě soustředily na situace tady a teď. Sestry mohou naučit matky, jak své dítě stimulovat a také, jak dítě odpovídá na jejich stimuly. To vede k tomu, že žena pak lépe porozumí potřebám svého dítěte. Pokud již byl vztah navázán během těhotenství, pak je snadněji a intenzivněji navázán po porodu (Brisch, (2012); Marek, (2010)).

Vztah s prenatalním dítětem mohou navázat i další blízké osoby, samozřejmě otec, sourozenci, prarodiče. Tyto osoby občas neví, jak správně ještě s nenarozeným dítětem komunikovat. Zde se uplatní sestra a doprovod povede. Pomáhá jim chápat, co se v těle matky děje, jak mají s dítětem komunikovat a jak jim dítě může odpovídat. Tímto způsobem se prohlubuje vztah mezi partnery. Prohlubuje to i aktivitu partnera při porodu (Fedor-Freybergh, 2002).

1.21.2.1 Mluvení k dítěti

Každá matka se svým dítětem mluví. Zpočátku jen v duchu, později, když matka dítě více vnímá, cítí jeho pohyby, s ním hovoří i nahlas. Matka volí jemný a melodický tón. Dítě díky němu pozná, že matka hovoří k němu. Tón je velmi důležitý. Protože dítě nevnímá to,

co říkáme, ale jakým tónem danou věc říkáme. Žena může dítěti zpívat, číst pohádky, vyprávět mu, jak se na něho těší (Solter, 2014).

1.21.2.2 Poslech hudby

Hudba má velmi dobré účinky na vývoj dítěte. Má vliv na rozvoj mozku. Dítě se cítí klidně. Rodiče záměrně vybírají klasickou hudbu, Mozartovu či Vivaldiho. V Nizozemsku existuje obchod, který je zaměřen na prenatální dítě. Rodiče si zde mohou vybrat z velké škály speciální hudby Teusen, (2003); Tylová, (2000).

1.21.2.3 Vizualizace

Vizualizace hraje důležitou roli. Všichni rodiče mají představu, jak jejich dítě bude vypadat. K tomu pomáhá ultrazvuk. Rodiče mají k dispozici fotografii svého dítěte. Následně se mohou pochlubit i známým. V 3D projekci je vidět vše. Rodiče si pak mohou představit, jaké bude mít vlásky, jak bude veliké, komu z rodičů se bude podobat, jaké bude mít oči (Obrázek č. 7).

1.21.2.4 Hlazení břicha

Těhotné často během dne hladí břicho. Patří to také ke způsobu komunikace. Může se to stát i rituálem. Žena může provádět masáž, do níž lze zapojit i partnera. Tak se dá pokračovat i po porodu, kdy se mohou provádět kojenecké masáže, které vedou ke zklidnění, uvolnění dítěte, prohlubování vztahu mezi matkou a dítětem, vzájemnému respektu a pocitu lásky Chopra, (2006); Teusen, (2003).

1.22 Edukace sestry v prenatální psychologii

Učit, vychovávat, ale také vést vpřed. To vede k cíli navodit pozitivní změny ve vědomostech, postojích, dovednostech či návycích. Sestra může vést ženy k tomu, aby změnily své chování, aby dbaly o svůj fyzický i psychický stav (Juřeníková, 2010).

Edukace může provádět kdekoli, během předporodních kurzů, ve zdravotnickém zařízení či přednáškách pro veřejnost. Plán edukace by měl být promyšlený. Edukace by se měla přizpůsobovat individuálním zvláštěm jedince. Sestra musí během realizace brát v úvahu zdravotní stav jedince, jeho psychický stav, individuální potřeby, osobní zkušenost, osobnost, sociální prostředí a také kulturní odlišnosti. Formy edukace mohou být individuální, skupinová, hromadná. Je nutné získat i zpětnou vazbu. Individuální edukace spočívá v rozhovoru, instruktáži s praktickým cvičením, vysvětlováním. Celkově by se měla edukace týkat prenatalní psychologie, komunikace s dítětem, vytváření vztahu k dítěti, informací o tom, co je schopné dítě prenatalně vnímat, vývoje plodu, ohrožujících vlivů, které působí na plod Juřeníková, (2010); Štromberová, (2010).

1.23 Porod

Těhotenství končí porodem, který je definován jako narození živého novorozence s hmotností nad 500 gramů, nebo novorozence, který se narodí s menší porodní váhou a přežije více než dvacet čtyři hodin. Porod se dá rozdělit na porod předčasný, včasný a opožděný. Spontánní porod se označuje jako děj, kdy dochází k vypuzení dítěte z dělohy přes porodní cesty s pomocí porodních sil. Jako porod operační se označuje porod, kde je nutný chirurgický zásah. Děložní svalovina, břišní svaly a bránice tvoří břišní lis. Břišní lis během spontánního porodu vypuzuje dítě z dělohy do porodních cest. Porod probíhá ve třech fázích (Hellbrügge a kol., 2010).

1.23.1 První doba porodní

Je také nazývaná dobou otevírací. Cílem je otevřít porodní cesty natolik, aby jimi prošlo dítě ven. K tomu slouží kontrakce, jež jsou důležité i v druhé době porodní a u samotného porodu. Tato fáze je nejintenzivnější a nejdelší. U prvorodiček první doba trvá přibližně 8–12 hodin, u vícerodiček 4–8 hodin.

1.23.2 Druhá doba porodní

Porodní cesty se úplně otevírají, branka je otevřena na deset centimetrů. Tato doba se nazývá vypuzovací a během ní dochází k samotnému porodu dítěte. Děložní stahy jsou častější a intenzivnější. Hlavička tlačí na pánevní dno. Podle autora Koláře druhá doba porodní u primipar trvá 1–1,5 hodiny a u multipar cca 30 minut. Konec druhé doby porodní končí porodem dítěte.

1.23.3 Třetí doba porodní

Porod placenty. Placenta se nejprve odlučuje, pak dojde k jejímu vypuzení a následně k zástavě krvácení. Tato doba trvá 15–30 minut. V tomto období je důležitý bonding.

1.24 Duše plodu v zrcadle psychoanalýzy

Mnich - lékař jménem Rabelais, který žil ve Francii v šestnáctém století, zastával názor, že plod v děloze má duši. V jeho díle Pantagruel klade otázku, v kolikátém měsíci existence může být plod v děloze pokřtěný. Csaraka, známý lékař v oblasti hinduistické embryologie, už tisíc let před naším letopočtem psal o vnitřním duševním vztahu matky ke svému plodu. Spousta lidí si i v dnešní době myslí, že duše člověka začíná svůj začátek až po narození. Až do začátku dvacátého století byli psychoanalytici toho názoru, že duševní život začíná až po porodu. Nenarozené dítě je do té doby jen biologickým tvorem bez vědomí, vnímání a pocitů. Až porod je teprve prvním zážitkem strachu. Freud, který vedl rozhovor s porodní asistentkou, jež tvrdila, že mekonium v plodové vodě znamená, že plod má strach, usoudil, že plod má pocity. V povědomí psychoanalytiků se jen vyvíjelo poznání pomaleji. Život probíhá kontinuálně a nezačíná porodem, ale početím. Mezi to patří také sny. Porodní sny dobře zviditelňují spojení mezi generacemi. Existují úzkostlivé sny. Nejsou to jen představy, ale mohou to být také vzpomínky. Freudova pacientka měla sen. Během jejího letního pobytu u jezera se vrhne do tmavé vody, tam, kde se odráží bledý měsíc ve vodě. Sny tohoto druhu jsou sny porodní. Konkrétně zobrazení vrhnout se do vody je jako vylézt z vody, to znamená narodit se. Dá se v tom také rozpoznat místo, kde se člověk narodí, nebo kdy.

Bledý měsíc dostane význam bílého zadku, ze kterého se dítě narodí. Ferenzi je názoru, že útrapy novorozence vzbuzují jeho touhu po bezpečí v děloze. V jeho díle se nacházejí tři úvahy. První úvaha se zabývá představou, že v embryu, nenarozeném dítěti, se odehrávají duševní procesy, které tvoří základ pro celý život. V druhé úvaze se zabývá tím, že porod představuje tělesný, ale také duševní otřes. Třetí úvaha je o tom, že dítě prožívá touhu navrátit stav do doby před narozením, k životu v děloze. Duševní reakce nastávající matky přispívají k tomu, jak její plod sám sebe a své prostředí v děloze vnímá. Toto vnímání a postřehy účinkují až do dospělosti. Plod se učí z vlastních a také matčiných emocionálních reakcí. Anglický psychoanalytik, J. Sadger, píše o tom, že embryo se bolestně dozvídá, zda ho jeho matka miluje nebo ne, zda se mu věnuje hodně, málo, nemá ho ráda, nebo dokonce ho nenávidí. Komunikace těla je přímým způsobem komunikace. Pohyby plodu jsou prvním viditelným znakem nervového systému. Matka cítí první pohyby od osmnáctého do dvacátého týdne těhotenství, vidí své dítě pomocí ultrazvukového vyšetření. Hudba působí na plod jako kouzlo. Jestliže v těhotenství byla plodu pouštěna hudba, pak tatáž hudba přispěla po porodu k tomu, že se dítě uklidnilo. Dále se dítě uklidní, když slyší a cítí tlukot srdce, matčin hlas. Hněv a strach rodičů, které dítě v děloze zažívá, škodí jeho vývoji a zdraví v takové míře, v jaké se emocionální stres na dítěti biochemicky projeví. Z výzkumů vychází, že inteligence závisí na rodinných podmínkách v děloze (Hidas a Raffai, 2010).

1.24.1 Vazba matka–dítě

Počátky utváření vnitřního prožívání spadají do prenatálního období. Zahrnuje dobu od početí po narození dítěte a trvá čtyřicet týdnů. V tomto období se vytváří všechny předpoklady pro budoucí samostatný vývoj jedince. Ke všemu patří schopnost učení, bez níž bychom nemohli postupovat dále v psychickém ani fyzickém vývoji. Ke schopnosti učení se patří i přizpůsobování se plodu různým polohám v děloze matky. Matka na tyto pohyby plodu emocionálně reaguje, což v jejím těle vyvolává chemické změny. Ty lze považovat za prvotní komunikaci mezi matkou a dítětem, na kterou po narození společně navazují pomocí nonverbální komunikace (Langmeier a Matějček 1981).

Vedle neurohormonálního spojení je další rovinná interakce matka – dítě v komunikaci smyslové, kdy při dotecích, masážích břicha a poslechu matčina hlasu se plod zklidní. Matka je základním zdrojem podnětů a informací. Toto vše vnímá plod díky smyslovým schopnostem citění, sluchu, zraku a chuti. V prenatálním období se začíná utvářet tzv. protosociální chování, kdy dítě napomáhá rodičům přijímat novou rodičovskou roli (Šulová, 2004).

1.25 Novorozenecké období

Toto období trvá dvacet osm dní, to je od narození miminka, do šesti týdnů. Zde patří i adaptačním období, kdy se dítě přizpůsobuje prostředí, které je pro něj nové. Vnější svět se výrazně liší od světa interuterinního. Přizpůsobují se reflexy, chování a také smysly. Období je charakterizované především spánkem (Šulová, 2004).

Vágnerová (2005) dělí reflexy dle jejich významů. Na reflexy základní, které slouží pro orientaci a adaptaci. Zde patří reflex sací, hledací. Dále zde patří reflex poznávací, pátrací, dýchací, polykací, mrkací. Důležitá je interakce matky a dítěte. Interakce probíhá při kojení. Důležitě je naplnění či uspokojení všech základních biologických potřeb. Mozkový kmen novorozence, je plně vyvinutý. mozkový kmen zajišťuje základní životní funkce, kde patří srdeční činnost, dech. Novorozenec spí dvacet hodin denně.

2 Empirická část

2.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zhodnotit psychosomatickou situaci těhotné ženy a její vliv na prenatální a postnatální vývoj dítěte. Dalším cílem je určit míru psychické (ne) pohody během těhotenství a po porodu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Co určuje psychosociální stav matek?

Výzkumná otázka 2

Mění se psychický stav gravidních matek v průběhu těhotenství? Jak se mění psychický stav gravidních matek v průběhu těhotenství?

Výzkumná otázka 3

Co má vliv na felicitu a vývoj dítěte?

Výzkumná otázka 4

S čím souvisí poporodní pocity matky?

Výzkumná otázka 5

Co ovlivňuje sociální situaci gravidních matek?

Výzkumná otázka 6

Co ovlivňují závislosti u gravidních matek?

Výzkumná otázka 7

Jaký vliv má rodinný stav na gravidní matky?

Výzkumná otázka 8

Jaký dopad mají obranné mechanismy?

Výzkumná otázka 9

S čím souvisí pocit viny?

Výzkumná otázka 10

Co ovlivňuje těhotenství gravidní ženy?

Výzkumná otázka č. 11

Jak souvisí míra deprivace ženy v těhotenství se stavem novorozence po porodu?

3. Metodologie výzkumu

Diplomová práce „Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte“ je zpracována jako teoretická a empirická. K dosažení předem stanovených cílů bylo použito sekundární analýzy dokumentů s následným rozbořením získaných informací. Relevantní informace k tématu diplomové práce byly získávány z českých a zahraničních publikací. K vypracování rešerše byla použita tato klíčová slova: Prenatální vývoj; prenatální péče; vývoj dítěte; psychosomatická situace matek v těhotenství; psychika; těhotenství; plod; ošetrovatelská péče v prenatálním období; deprivace; role sestry; psychologie těhotenství; prenatální komunikace. Využity byly i mezinárodní internetové databáze jako ScienceDirect, Ebscohost, PubMed. V databázi Scopus bylo hledání pomocí klíčových slov neúspěšné.

Teoretická část se zabývá prenatálním vývojem plodu během celé gravidity - změnami v těhotenství, prenatálním obdobím, životosprávou těhotné ženy, rolí otce, prenatální psychologií, prenatální historií, prenatální péčí, psychickými poruchami a také nejdůležitější oblastí – prenatální komunikací. Další část se zabývá rolí sestry v prenatální komunikaci a také edukací matky v prenatální psychologii. Poslední kapitoly jsou věnovány porodu a vytváření vazby mezi matkou a dítětem.

Empirická část diplomové práce je zpracována na téma „Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte“. Cílem diplomové práce, je: za prvé zhodnotit psychosomatickou situaci těhotné ženy, za druhé vliv psychosomatické situace na prenatální vývoj dítěte, za třetí určit míru psychické (ne) pohody během těhotenství, za čtvrté zhodnotit psychickou pohodu po porodu. Sběr dat probíhal prostřednictvím standardizované sebehodnotící Freyberghovy škály (viz Příloha č. 6). Tato sebehodnotící škála byla použita v mé diplomové práci pro vyhodnocení výsledků. Freyberghova škála je tvořena sedmdesáti uzavřenými otázkami. Pochopitelně pro použití této škály jsem získala souhlas pana profesora Freybergha. Dále jsem získala souhlas respondentek.

V příloze č. 1 je souhlas pana profesora Freyberghova s použitím hodnoticí škály v mé diplomové práci. Respondentky, oslovené během období únor 2017 až únor 2018, jsou ponechány v anonymitě. Výzkumný soubor byl získán písemnou formou, osobním předáním, nebo předáním přes sociální sítě, kdy si oslovené ženy přály zachovat anonymitu. Škálu vyplňovaly ženy v pohodlí domova. Pomocí Freyberghovy škály jsem oslovila třicet gravidních žen, v různé věkové kategorii, z celé České republiky. Z toho patnáct bylo ochotných se zapojit anonymně do výzkumu. Výzkumný soubor mělo tvořit patnáct gravidních žen, což je splněno. Každou respondentku jsem oslovila ve třetím, v šestém, v devátém měsíci těhotenství, dále po porodu. Respondentky vyplnily vždy stejnou sebehodnoticí škálu se sedmdesáti uzavřenými otázkami jak v daných měsících těhotenství, tak i po porodu. Škála se skládá ze sedmi kategorií obsahujících deset uzavřených otázek. Kategorie se týkají stresu (S), strachu (A), deprese (D), regrese (R), pocitu viny (SG), frustrace (F) a agresivity (AG). Úkolem respondentek bylo vyjádřit frekvenci výskytu pocitů na čtyřbodové stupnici od „nikdy, vůbec“, „zřídka, výjimečně“, „někdy, příležitostně“, „často“, až po „vždy, stále, pořád“. Kategorie se týkala stresu, strachu, deprese, regrese, pocitů viny, frustrace, agresivity. Seznam otázek a vzhled Freyberghovy škály naleznete v Příloze č. 1. Vyplnění bylo anonymní a ženy souhlasily se zveřejněním jejich odpovědí a některých osobních údajů jako je věk, vzdělání, parita, stav, kraj pobytu, pohlaví dítěte. Stav novorozence byl hodnocen pomocí Apgar skóre. Odpovědi byly písemně zaznamenány do záznamového archu. Devět oslovených respondentek bylo poprvé těhotných (primipar) a šest respondentek mělo alespoň už jednu zkušenost s těhotenstvím (multipara). Vyhodnocení bylo provedeno pomocí kvalitativní metody formou axiálního a selektivního kódování zakotvených tvrzení pomocí počítačového programu Atlas.ti. Kvalitativní přístup jsem zvolila proto, že umožňuje odkrýt to, co ještě nevíme. A také nám umožňuje porozumět (Strauss a Corbin, 1999).

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Jako výzkumný soubor jsem si zvolila patnáct gravidních žen, z oblasti mých známých, a také ženy kontaktované přes sociální sítě. Z oslovených žen, kterých bylo třicet, spolupracovalo a odpovědělo patnáct. Škála ženám byla rozdána ve třetím měsíci těhotenství, v šestém měsíci těhotenství, v devátém měsíci těhotenství a po porodu. Jednalo se o individuální standardizovanou škálu sedmdesáti otázek. Schéma upřesňuje oblasti, na které budou respondentky výzkumu dotazovány. Sběr dat je pro nás tazatele velmi závazný. Ve výzkumném vzorku jsou zastoupeny jak primipary, tak i multipary (Mioviský, 2006).

3.2 Operacionalizace pojmů

V posledních letech dvacátého století se změnil postoj k prenatalnímu období i k období těhotenství ženy. K této změně pomohl technický pokrok, kam patří ultrasonografie, mikrokamery, termovize, videozáznamy z nitroděložního vývoje plodu. Tímto způsobem se získávají informace o fyziologickém i psychickém vývoji plodu. Psychologové a porodníci se zabývají prenatalním obdobím, vyzdvihují aktivitu plodu, schopnost plodu učit se a přípravu na přežití po narození. Dále sledují interakci mezi matkou a dítětem (Šulová, 2010). V České republice se prenatalní péče řadí do tří stupňů. Důležité je vyšetření u gynekologa, kterého si každá žena vybírá svobodně. Gynekolog zve těhotnou ženu na pravidelné kontroly do prenatalní poradny a na podkladě vyšetření vystavuje těhotenskou průkazku. Když mají ženy jakékoliv riziko, závažnější komplikace, pak jsou pro ně určena gynekologicko – porodnická oddělení a poradny pro rizikové a patologické těhotenství. Předporodní péče předchází komplikacím, které ohrožují průběh těhotenství (Gregora, Velemínský 2005).

Těhotenství znamená zázračné období. Dříve těhotné ženy měly označení jako ženy v naději, kdy těhotenství patřilo k období očekávání a nejistoty (Mrowetz, 2011). Těhotenství je dále doprovázeno nevolností, zvracením, bolestmi zad. Každá žena prožívá těhotenství individuálně (Ratislavová, 2008).

Prenatální psychologie je oborem mladým. Jedná se o interdisciplinární vědní obor, který studuje plod uvnitř dělohy, jeho duševní život a chování. Disciplína je založená na lékařských a psychologických výzkumech a spolupracuje s obory jako je antropologie, sociologie, filosofie a další. Obecně se prenatální psychologie řadí do vývojové psychologie (Ratislavová, 2008).

Období prenatálního vývoje dítěte začíná oplodněním, pokračuje do blastocysty a vytvoří se tři zárodečné listy. Tento proces trvá asi tři týdny, kdy koncem třetího týdne vzniká nervová trubice jako nový základ nervové soustavy. Od čtvrtého do dvanáctého týdne pokračuje embryonální období, kdy dochází k vytváření všech základních orgánů a k intenzivnímu růstu. V této době je embryo velmi citlivé a působí na něho vliv patogenních faktorů. V tomto období vznikají základy závažných vývojových vad. Poslední období, od dvanáctého týdne až do narození, se nazývá fetální, kdy se dokončuje vývoj orgánových systémů a dále probíhá růst. Do prenatálního období patří i psychický vývoj jedince. Většina lidí se dodnes domnívá, že vlastnosti dítěte jsou dány dědičností. Nebylo lidem známo, že i plod v děloze má již vyvinuté smysly, dále i paměť, ale také i schopnost vnímání (Rheinwaldová, 2011).

„Již od početí vzniká lidský jedinec, konkrétní člověk, který ve vývoji udělá ještě v matčině lůně bouřlivý pokrok, jeho lidský život začíná již zde“ (Špaňhelová, 2003, str. 17).

Jako perinatální období dítěte je označena doba těsně před porodem, porod samotný a následně doba ihned po porodu. Na tělesný i duševní vývoj dítěte mohou mít negativní vliv i případné porodní komplikace (Dokoupilová, 2009).

Neonatologie, medicínský obor zaměřený na péči o novorozence, je v dnešní době považován za samostatnou medicínskou disciplínu mezi porodnictvím a pediatrií. Období novorozenecké je v České republice vymezeno okamžikem narození až po šestinedělí. V tomto časovém období se odehrávají zážitky, které se v životě neopakují. Prvním okamžikem po narození je střed mezi prenatálním a postnatálním obdobím. U novorozence dochází k prvnímu nadechnutí po porodu.

Následným dýcháním dochází k přeměně kardiiovaskulárního systému. Dále k prvnímu pohledu, přiložení na holou hrud' matky a následně k prsu matky. Dochází také k prvnímu pláči, úsměvu (Fendrychová, 2009).

Komunikace – toto slovo je definováno jako tok informací z jednoho zdroje, bodu, k druhému příjemci, bodu. Komunikační výměna je jak sdělování, tak sdílení. Komunikaci s lidmi spoluvytváříme, přispíváme k ní, jsme její součástí, ovlivňujeme ji. Jedná se o sociální proces. Lidskou komunikací se zabývá psychologie, zkoumá úlohy motivace komunikace, nedorozumění a dorozumění při komunikaci, účinky na psychiku. Lidská komunikace zkoumá úmyslnou i neúmyslnou komunikaci. Sdělení jsou různá. Buď je sdělení slovní, nebo neverbální, mezi něž patří gesta, pohledy, mimika či doteky (Vybíral, 2005).

4. Zpracování empirické části a výsledky výzkumu

4.1 Respondentka č. 1

Respondentka číslo jedna. Ve třetím měsíci, 12+2 týden gravidity odpověděla na Freyberghovu škálu se 70 otázkami takto:

Oblasti stresu (S) se týkají otázky číslo 11, 18, 25, 32, 39, 46, 49, 53, 60, 67. Otázka číslo 11 zní: Můj vztah k rodinným příslušníkům je pozitivní? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 18 zní: Dívám se optimisticky na vývoj do budoucna? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 25 zní: Zažívám chvíle, kdy toužím být sama? Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 32 zní: Bolesti břicha a hlavy se mi vyhýbají? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 39 zní: Cítím se plná energie? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 46 zní: V průběhu těhotenství si hlídám svoji hmotnost? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 49 zní: Dělán něco pro to, abych po porodu nemusela shazovat příliš mnoho na váze? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 53 zní: Věřím, že průběh těhotenství bude bezproblémový? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 60 zní: Těším se, jak budu o své dítě pečovat? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 67 zní: V souvislosti s těhotenstvím se cítím dobře? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád.

Oblasti strachu (A) se týkají otázky číslo 3, 10, 17, 24, 31, 38, 45, 52, 59, 66. Otázka číslo 3 zní: Užívám si život plnými doušky? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 10 zní: Jsem přesvědčena, že situaci zvládnou, i kdyby partner dlouhodobě onemocněl? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 17 zní: Můj spánek je kvalitní? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 24 zní: Jednám tak, abych nikomu ze svého okolí neublížila (psychicky nebo fyzicky)? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 31 zní: Pocity strachu a úzkosti se mi vyhýbají? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 38 zní: Můj partner mě miluje? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 45 zní: Cítím, že rodiče mi budou chtít pomoci s péčí o mé dítě? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 52 zní: Na porod jsem psychicky připravená? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo

59 zní: Na péči o své dítě jsem připravena tak, abych mu neublížila? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 66 zní: Věřím, že se mému partnerovi nestane neštěstí? Respondentka odpověděla: Často.

Oblasti deprese (D) se týkají otázky číslo 5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54, 61, 68. Otázka číslo 5 zní: Plně zvládám své emoce? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 12 zní: Cítím se být sebevědomá v kontaktu s mým okolím? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 19 zní: Mám pocit, že mé okolí chápe mé současné chování? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 26 zní: Mám pocit, že mé okolí má o mě zájem? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 33 zní: Myšlenky na sebevraždu jsou mi naprosto cizí? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 40 zní: Trpím nechutenstvím? Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 47 zní: Jsem přesvědčena, že těhotenství a porod zvládnou? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 54 zní: Spím dobře, bez problémů? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 61 zní: Těším se, že život po porodu se změní k lepšímu? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 68 zní: Ráno vstávám s dobrým pocitem a těším se na nový den? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád.

Oblasti regrese (R) se týkají otázky číslo 6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55, 62, 69. Otázka číslo 6 zní: Chtěla bych se opět stát dítětem, abych měla méně starostí? Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 13 zní: Chtěla bych své dětství prožít znovu? Respondentka odpověděla: Zřídka výjimečně. Otázka číslo 20 zní: V současné době jsem spokojená? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 27 zní: Cítím se bezpečně? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 34 zní: Jsem sebevědomá? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 41 zní: Mám pocit, že jsem na těhotenství připravená? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 48 zní: Cítím se být zralá na to, abych se stala matkou? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 55 zní: Během těhotenství chodím ráda do společnosti? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 62 zní: Na období porodu a po porodu se dívám s nejistotou? Respondentka odpověděla: Zřídka, výjimečně.

Otázka číslo 69 zní: Stává se, že čelím krizovým situacím? Respondentka odpověděla: Zřídka, výjimečně.

Oblasti pocitu viny (SG) se týkají otázky číslo 1, 4, 8, 15, 22, 29, 36, 43, 50, 57, 64. Otázka číslo 1 zní: Se svou existencí jsem spokojená? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 4 zní: Mívám pocit, že na mě klade mé okolí velké nároky? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 8 zní: Mám pocit, že působím na své okolí kladně/dobře? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 15 zní: Jsem sama se sebou spokojená? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 22 zní: Řekla bych o sobě, že jsem bezproblémová? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 29 zní: Moji rodiče jsou na mě pyšní? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 36 zní: Mám pocit, že jsem dostatečně milá ke svému partnerovi? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 43 zní: Těším se na své dítě? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 50 zní: Mám pocit, že během těhotenství dodržuji správně svou životosprávu? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 57 zní: Uvědomuji si, že v průběhu těhotenství se vztah k partnerovi změní? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 64 zní: Mám pocit, že život před otěhotněním jsem si užila dosyta? Respondentka odpověděla: Často.

Oblasti frustrace (F) se týkají otázky číslo 2, 9, 16, 23, 30, 37, 44, 51, 58, 65. Otázka číslo 2 zní: Když se partner ohlédně po cizí ženě, zůstávám klidná a vyrovnaná? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 9 zní: Jsem spokojená se svým sexuálním životem? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 16 zní: Při eventuální psychické krizi se mohu obrátit na rodinu? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 23 zní: Má rodina projevuje o mé city a pocity zájem? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 30 zní: S penězi vyjdu v pohodě? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 37 zní: Můj partner se mi věnuje dostatečně? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 44 zní: Pociťuji nedostatek spánku?

Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 51 zní: Mám pocit, že těhotenství mi komplikuje mou pracovní kariéru? Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 58 zní: Věřím, že v budoucnu budu schopná sexuálního kontaktu? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 65 zní: Jsem přesvědčena, že ať nastane po porodu cokoli, zvládnou to? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád.

Oblasti agresivita (AG) se týkají tyto otázky 7, 14, 21, 28, 35, 42, 56, 63, 70. Otázka číslo 7 zní: Vážím si svých rodičů? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 14 zní: Daří se mi zůstat klidná, i když se situace vyvíjí stresově? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 21 zní: Jsem opatrná při svém jednání s okolím? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 28 zní: Mám hezké vzpomínky na své dětství? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 35 zní: Setkávám se v mé rodině s pochopením? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 42 zní: Má (ne)spokojenost se odvíjí od chování partnera? Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 56 zní: Znepokojuje mě myšlenka, že bych mohla zranit city mého partnera? Respondentka odpověděla: Zřídka, výjimečně. Otázka číslo 63 zní: Mám pocit, že mi mé těhotenství naplňuje život láskou? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 70 zní: Kvalita mého života je ovlivňována tím, co se děje v mém okolí? Respondentka odpověděla: Zřídka, výjimečně.

Respondentka číslo jedna. V šestém měsíci, 25+2 týden gravidity odpověděla na Freyberghovu škálu se 70 otázkami takto:

Oblasti stresu (S) se týkají otázky číslo 11, 18, 25, 32, 39, 46, 49, 53, 60, 67. Otázka číslo 11 zní: Můj vztah k rodinným příslušníkům je pozitivní? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 18 zní: Dívám se optimisticky na vývoj do budoucna? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 25 zní: Zažívám chvíle, kdy toužím být sama? Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 32 zní: Bolesti břicha a hlavy se mi vyhýbají? Respondentka odpověděla: Zřídka, výjimečně. Otázka číslo 39 zní: Cítím se plná energie? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 46 zní: V průběhu těhotenství si hlídám svoji hmotnost? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 49 zní: Dělán něco pro to, abych po porodu nemusela shazovat příliš mnoho na váze? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 53 zní: Věřím, že průběh těhotenství bude bezproblémový? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 60 zní: Těším se, jak budu o své dítě pečovat? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 67 zní: V souvislosti s těhotenstvím se cítím dobře? Respondentka odpověděla: Často.

Oblasti strachu (A) se týkají otázky číslo 3, 10, 17, 24, 31, 38, 45, 52, 59, 66. Otázka číslo 3 zní: Užívám si život plnými doušky? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 10 zní: Jsem přesvědčena, že situaci zvládnu, i kdyby partner dlouhodobě onemocněl? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 17 zní: Můj spánek je kvalitní? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 24 zní: Jednám tak, abych nikomu ze svého okolí neublížila (psychicky nebo fyzicky)? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 31 zní: Pocity strachu a úzkosti se mi vyhýbají? Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 38 zní: Můj partner mě miluje? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 45 zní: Cítím, že rodiče mi budou chtít pomoci s péčí o mé dítě? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 52 zní: Na porod jsem psychicky připravená? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 59 zní: Na péči o své dítě jsem připravena tak, abych mu neublížila? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 66 zní: Věřím, že se mému partnerovi nestane neštěstí? Respondentka odpověděla: Často.

Oblasti deprese (D) se týkají otázky číslo 5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54, 61, 68. Otázka číslo 5 zní: Plně zvládám své emoce? Respondentka odpověděla: Zřídka, výjimečně. Otázka číslo 12 zní: Cítím se být sebevědomá v kontaktu s mým okolím? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 19 zní: Mám pocit, že mé okolí chápe mé současné chování? Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 26 zní: Mám pocit, že mé okolí má o mě zájem? Respondentka odpověděla: Nikdy, vůbec. Otázka číslo 33 zní: Myšlenky na sebevraždu jsou mi naprosto cizí? Respondentka odpověděla: Zřídka, výjimečně. Otázka číslo 40 zní: Trpím nechutenstvím,? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 47 zní: Jsem přesvědčena, že těhotenství a porod zvládnou? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 54 zní: Spím dobře, bez problémů? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 61 zní: Těším se, že život po porodu se změní k lepšímu? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 68 zní: Ráno vstávám s dobrým pocitem a těším se na nový den? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád.

Oblasti regrese (R) se týkají otázky číslo 6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55, 62, 69. Otázka číslo 6 zní: Chtěla bych se opět stát dítětem, abych měla méně starostí? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 13 zní: Chtěla bych své dětství prožít znovu? Respondentka odpověděla: Zřídka výjimečně. Otázka číslo 20 zní: V současné době jsem spokojená? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 27 zní: Cítím se bezpečně? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 34 zní: Jsem sebevědomá? Respondentka odpověděla: Zřídka, výjimečně. Otázka číslo 41 zní: Mám pocit, že jsem na těhotenství připravená? Respondentka odpověděla: Někdy, příležitostně. Otázka číslo 48 zní: Cítím se být zralá na to, abych se stala matkou? Respondentka odpověděla: Vždy, stále, pořád. Otázka číslo 55 zní: Během těhotenství chodím ráda do společnosti? Respondentka odpověděla: Často. Otázka číslo 62 zní: Na období porodu a po porodu se dívám s nejistotou? Respondentka odpověděla: Zřídka, výjimečně. Otázka číslo 69 zní: Stává se, že čelím krizovým situacím? Respondentka odpověděla: Často.

Oblasti pocit viny (SG) se týkají otázky číslo 1, 4, 8, 15, 22, 29, 36, 43, 50, 57, 64. Otázka číslo 1 zní, Se svou existencí jsem spokojená, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 4 zní, Mívám pocit, že na mě klade mé okolí velké nároky, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 8 zní, Mám pocit, že působím na své okolí kladně/dobře, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 15 zní, Jsem sama se sebou spokojená, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 22 zní, Řekla bych o sobě, že jsem bezproblémová, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 29 zní, Moji rodiče jsou na mě pyšní, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 36 zní, Mám pocit, že jsem dostatečně milá ke svému partnerovi, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 43 zní, Těším se na své dítě, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 50 zní, Mám pocit, že během těhotenství dodržuji správně svou životosprávu, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 57 zní, Uvědomuji si, že v průběhu těhotenství se vztah k partnerovi změní, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 64 zní, Mám pocit, že život před otěhotněním jsem si užila dosyta, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně.

Oblasti frustrace (F) se týkají otázky číslo 2, 9, 16, 23, 30, 37, 44, 51, 58, 65. Otázka číslo 2 zní, Když se partner ohlédne po cizí ženě, zůstávám klidná a vyrovnaná, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 9 zní, Jsem spokojená se svým sexuálním životem, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 16 zní, Při eventuální psychické krizi se mohu obrátit na rodinu, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 23 zní, Má rodina projevuje o mé city a pocity zájem, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 30 zní, S penězi vyjdu v pohodě, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 37 zní, Můj partner se mi věnuje dostatečně, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 44 zní, Pociťuji nedostatek spánku, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 51 zní, Mám pocit, že těhotenství mi komplikuje mou pracovní kariéru, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 58 zní, Věřím, že v budoucnu budu schopna sexuálního kontaktu, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 65 zní, Jsem přesvědčena, že ať nastane po porodu cokoli, zvládnou to, respondentka odpověděla často.

Oblasti agresivita (AG) se týkají tyto otázky 7, 14, 21, 28, 35, 42, 56, 63, 70. Otázka číslo 7 zní, Vážím si svých rodičů, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 14 zní, Daří se mi zůstat klidná, i když se situace vyvíjí stresově, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 21 zní, Jsem opatrná při svém jednání s okolím, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 28 zní, Mám hezké vzpomínky na své dětství, respondentka odpověděla vždy, stále pořád. Otázka číslo 35 zní, Setkávám se v mé rodině s pochopením, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 42 zní Má (ne)spokojenost se odvíjí od chování partnera, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 56 zní, Znepokojuje mě myšlenka, že bych mohla zranit city mého partnera, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 63 zní, Mám pocit, že mi mé těhotenství naplňuje život láskou, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 70 zní Kvalita mého života je ovlivňována tím, co se děje v mém okolí, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně.

Respondentka číslo jedna. V devátém měsíci, 40+3 týden gravidity odpověděla na Freyberghovu škálu se 70 otázkami takto:

Oblasti stresu (S) se týkají otázky číslo 11, 18, 25, 32, 39, 46, 49, 53, 60, 67. Otázka číslo 11 zní, Můj vztah k rodinným příslušníkům je pozitivní, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 18 zní, Dívám se optimisticky na vývoj do budoucna, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 25 zní, Zažívám chvíle, kdy toužím být sama, respondentka odpověděla Nikdy, vůbec. Otázka číslo 32 zní Bolesti břicha a hlavy se mi vyhýbají, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 39 zní, Cítím se plná energie, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 46 zní, V průběhu těhotenství si hlídám svoji hmotnost, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 49 zní, Dělam něco pro to, abych po porodu nemusela shazovat příliš mnoho na váze, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 53 zní, Věřím, že průběh těhotenství bude bezproblémový, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 60 zní, Těším se, jak budu o své dítě pečovat, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 67 zní, V souvislosti s těhotenstvím se cítím dobře, respondentka odpověděla často.

Oblasti strachu (A) se týkají otázky číslo 3, 10, 17, 24, 31, 38, 45, 52, 59, 66. Otázka číslo 3 zní, Užívám si život plnými doušky, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 10 zní, Jsem přesvědčena, že situaci zvládnu, i kdyby partner dlouhodobě onemocněl, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 17 zní, Můj spánek je kvalitní, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 24 zní, Jednám tak, abych nikomu ze svého okolí neublížila (psychicky nebo fyzicky), respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 31 zní Pocity strachu a úzkosti se mi vyhýbají, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 38 zní, Můj partner mě miluje, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 45 zní, Cítím, že rodiče mi budou chtít pomoci s péčí o mé dítě, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 52 zní, Na porod jsem psychicky připravená, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 59 zní, Na péči o své dítě jsem připravena tak, abych mu neublížila, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 66 zní, Věřím, že se mému partnerovi nestane neštěstí, respondentka odpověděla často.

Oblasti deprese (D) se týkají otázky číslo 5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54, 61, 68. Otázka číslo 5 zní, Plně zvládám své emoce, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 12 zní, Cítím se být sebevědomá v kontaktu s mým okolím, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 19 zní, Mám pocit, že mé okolí chápe mé současné chování, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 26 zní, Mám pocit, že mé okolí má o mě zájem, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 33 zní, Myšlenky na sebevraždu jsou mi naprosto cizí, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 40 zní, Trpím nechutenstvím, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 47 zní, Jsem přesvědčena, že těhotenství a porod zvládnou, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 54 zní, Spím dobře, bez problémů, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 61 zní, Těším se, že život po porodu se změní k lepšímu, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 68 zní, Ráno vstávám s dobrým pocitem a těším se na nový den, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád.

Oblasti regrese (R) se týkají otázky číslo 6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55, 62, 69. Otázka číslo 6 zní, Chtěla bych se opět stát dítětem, abych měla méně starostí, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 13 zní, Chtěla bych své dětství prožít znovu, respondentka odpověděla zřídka výjimečně. Otázka číslo 20 zní, V současné době jsem spokojená, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 27 zní, Cítím se bezpečně, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 34 zní, Jsem sebevědomá, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 41 zní, Mám pocit, že jsem na těhotenství připravená, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 48 zní, Cítím se být zralá na to, abych se stala matkou, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 55 zní, Během těhotenství chodím ráda do společnosti, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 62 zní Na období porodu a po porodu se dívám s nejistotou, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 69 zní, Stává se, že čelím krizovým situacím, respondentka odpověděla často.

Oblasti pocit viny (SG) se týkají otázky číslo 1, 4, 8, 15, 22, 29, 36, 43, 50, 57, 64. Otázka číslo 1 zní, Se svou existencí jsem spokojená, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 4 zní, Mívám pocit, že na mě klade mé okolí velké nároky, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 8 zní, Mám pocit, že působím na své okolí kladně/dobře, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 15 zní, Jsem sama se sebou spokojená, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 22 zní, Řekla bych o sobě, že jsem bezproblémová, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 29 zní, Moji rodiče jsou na mě pyšní, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 36 zní, Mám pocit, že jsem dostatečně milá ke svému partnerovi, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 43 zní, Těším se na své dítě, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 50 zní, Mám pocit, že během těhotenství dodržuji správně svou životosprávu, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 57 zní, Uvědomuji si, že v průběhu těhotenství se vztah k partnerovi změní, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 64 zní, Mám pocit, že život před otěhotněním jsem si užila dosyta, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně.

Oblasti frustrace (F) se týkají otázky číslo 2, 9, 16, 23, 30, 37, 44, 51, 58, 65. Otázka číslo 2 zní, Když se partner ohlédne po cizí ženě, zůstávám klidná a vyrovnaná, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 9 zní, Jsem spokojená se svým sexuálním životem, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 16 zní, Při eventuální psychické krizi se mohu obrátit na rodinu, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 23 zní, Má rodina projevuje o mé city a pocity zájem, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 30 zní, S penězi vyjdu v pohodě, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 37 zní, Můj partner se mi věnuje dostatečně, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 44 zní, Pociťuji nedostatek spánku, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně. Otázka číslo 51 zní, Mám pocit, že těhotenství mi komplikuje mou pracovní kariéru, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 58 zní, Věřím, že v budoucnu budu schopna sexuálního kontaktu, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 65 zní, Jsem přesvědčena, že ať nastane po porodu cokoli, zvládnou to, respondentka odpověděla často.

Oblasti agresivita (AG) se týkají tyto otázky 7, 14, 21, 28, 35, 42, 56, 63, 70. Otázka číslo 7 zní, Vážím si svých rodičů, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 14 zní, Daří se mi zůstat klidná, i když se situace vyvíjí stresově, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 21 zní, Jsem opatrná při svém jednání s okolím, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 28 zní, Mám hezké vzpomínky na své dětství, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 35 zní, Setkávám se v mé rodině s pochopením, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 42 zní, Má (ne)spokojenost se odvíjí od chování partnera, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 56 zní, Znepokojuje mě myšlenka, že bych mohla zranit city mého partnera, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 63 zní, Mám pocit, že mi mé těhotenství naplňuje život láskou, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 70 zní, Kvalita mého života je ovlivňována tím, co se děje v mém okolí, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně.

Respondentka číslo jedna. Po porodu odpověděla na Freyberghovu škálu se 70 otázkami takto:

Oblasti stresu (S) se týkají otázky číslo 11, 18, 25, 32, 39, 46, 49, 53, 60, 67. Otázka číslo 11 zní, Můj vztah k rodinným příslušníkům je pozitivní, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 18 zní, Dívám se optimisticky na vývoj do budoucna, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 25 zní, Zažívám chvíle, kdy toužím být sama, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 32 zní, Bolesti břicha a hlavy se mi vyhýbají, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 39 zní, Cítím se plná energie, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 46 zní, V průběhu těhotenství si hlídám svoji hmotnost, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 49 zní, Dělán něco pro to, abych po porodu nemusela shazovat příliš mnoho na váze, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 53 zní, Věřím, že průběh těhotenství bude bezproblémový, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 60 zní, Těším se, jak budu o své dítě pečovat, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 67 zní, V souvislosti s těhotenstvím se cítím dobře, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád.

Oblasti strachu (A) se týkají otázky číslo 3, 10, 17, 24, 31, 38, 45, 52, 59, 66. Otázka číslo 3 zní, Užívám si život plnými doušky, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 10 zní, Jsem přesvědčena, že situaci zvládnou, i kdyby partner dlouhodobě onemocněl, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 17 zní, Můj spánek je kvalitní, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 24 zní, Jednám tak, abych nikomu ze svého okolí neublížila (psychicky nebo fyzicky), respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 31 zní, Pocity strachu a úzkosti se mi vyhýbají, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 38 zní, Můj partner mě miluje, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 45 zní, Cítím, že rodiče mi budou chtít pomoci s péčí o mé dítě, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 52 zní, Na porod jsem psychicky připravená, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 59 zní, Na péči o své dítě jsem připravena tak, abych mu neublížila, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 66 zní, Věřím, že se mému partnerovi nestane neštěstí, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád.

Oblasti deprese (D) se týkají otázky číslo 5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54, 61, 68. Otázka číslo 5 zní, Plně zvládám své emoce, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 12 zní, Cítím se být sebevědomá v kontaktu s mým okolím, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 19 zní, Mám pocit, že mé okolí chápe mé současné chování, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 26 zní, Mám pocit, že mé okolí má o mě zájem, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 33 zní, Myšlenky na sebevraždu jsou mi naprosto cizí, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 40 zní, Trpím nechutenstvím, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 47 zní, Jsem přesvědčena, že těhotenství a porod zvládnou, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 54 zní, Spím dobře, bez problémů, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 61 zní, Těším se, že život po porodu se změní k lepšímu, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 68 zní, Ráno vstávám s dobrým pocitem a těším se na nový den, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád.

Oblasti regrese (R) se týkají otázky číslo 6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55, 62, 69. Otázka číslo 6 zní, Chtěla bych se opět stát dítětem, abych měla méně starostí, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 13 zní, Chtěla bych své dětství prožít znovu, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 20 zní, V současné době jsem spokojená, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 27 zní, Cítím se bezpečně, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 34 zní, Jsem sebevědomá, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 41 zní, Mám pocit, že jsem na těhotenství připravená, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 48 zní, Cítím se být zralá na to, abych se stala matkou, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 55 zní, Během těhotenství chodím ráda do společnosti, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 62 zní, Na období porodu a po porodu se dívám s nejistotou, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 69 zní, Stává se, že čelím krizovým situacím, respondentka odpověděla zřídka, výjimečně.

Oblasti pocit viny (SG) se týkají otázky číslo 1, 4, 8, 15, 22, 29, 36, 43, 50, 57, 64. Otázka číslo 1 zní, Se svou existencí jsem spokojená, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 4 zní, Mívám pocit, že na mě klade mé okolí velké nároky, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 8 zní, Mám pocit, že působím na své okolí kladně/dobře, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 15 zní, Jsem sama se sebou spokojená, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 22 zní, Řekla bych o sobě, že jsem bezproblémová, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 29 zní, Moji rodiče jsou na mě pyšní, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 36 zní, Mám pocit, že jsem dostatečně milá ke svému partnerovi, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 43 zní, Těším se na své dítě, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 50 zní, Mám pocit, že během těhotenství dodržuji správně svou životosprávu, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 57 zní, Uvědomuji si, že v průběhu těhotenství se vztah k partnerovi změní, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 64 zní, Mám pocit, že život před otěhotněním jsem si užila dosyta, respondentka odpověděla často.

Oblasti frustrace (F) se týkají otázky číslo 2, 9, 16, 23, 30, 37, 44, 51, 58, 65. Otázka číslo 2 zní, Když se partner ohlédne po cizí ženě, zůstávám klidná a vyrovnaná, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 9 zní, Jsem spokojená se svým sexuálním životem, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 16 zní, Při eventuální psychické krizi se mohu obrátit na rodinu, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 23 zní, Má rodina projevuje o mé city a pocity zájem, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 30 zní, S penězi vyjdu v pohodě, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 37 zní, Můj partner se mi věnuje dostatečně, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 44 zní, Pociťuji nedostatek spánku, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 51 zní, Mám pocit, že těhotenství mi komplikuje mou pracovní kariéru, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 58 zní, Věřím, že v budoucnu budu schopna sexuálního kontaktu, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 65 zní, Jsem přesvědčena, že ať nastane po porodu cokoli, zvládnou to, respondentka odpověděla často.

Oblasti agresivita (AG) se týkají tyto otázky 7, 14, 21, 28, 35, 42, 56, 63, 70. Otázka číslo 7 zní, Vážím si svých rodičů, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 14 zní, Daří se mi zůstat klidná, i když se situace vyvíjí stresově, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 21 zní, Jsem opatrná při svém jednání s okolím, respondentka odpověděla často. Otázka číslo 28 zní, Mám hezké vzpomínky na své dětství, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 35 zní, Setkávám se v mé rodině s pochopením, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 42 zní, Má (ne)spokojenost se odvíjí od chování partnera, respondentka odpověděla někdy, příležitostně. Otázka číslo 56 zní, Znepokojuje mě myšlenka, že bych mohla zranit city mého partnera, respondentka odpověděla nikdy, vůbec. Otázka číslo 63 zní, Mám pocit, že mi mé těhotenství naplňuje život láskou, respondentka odpověděla vždy, stále, pořád. Otázka číslo 70 zní, Kvalita mého života je ovlivňována tím, co se děje v mém okolí, respondentka odpověděla někdy, příležitostně.

Shrnutí

Žena je sekundipara. Porod 40 + 4 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (8, 9, 10). 3840 g a 52 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojený. Stav po IVF. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Rozvedená, národnost česká. OSVČ, nyní mateřská dovolená. Žena je se svou existencí spokojená. Života si užívá plnými doušky. Svých rodičů si žena váží. Na začátku gravidity a po porodu zvládala své emoce, ve vyšších stupních jen zřídka či výjimečně. Má obavy a strach z donošení plodu. Ze začátku těhotenství a po porodu je se sebou spokojená, ve vyšším stupni jen zřídka. Spánek je kvalitní během celého těhotenství i po porodu. Cítí se zcela bezpečně. Obavy z finanční situace na začátku těhotenství a po porodu nejsou, jen v šestém a v devátém týdnu se objevuje finanční nejistota z důvodu pořízení vybavičky, z důvodu jiného pohlaví. K tomu přispěl i nástup dcery do školky. Ale vše za pomoci partnera zvládli. Nikdy, nebo zřídka, trpí nechutenstvím. Velice se těší na své dítě. Ví, že porod zvládne, ví, co ji čeká. Ráda chodí do společnosti. Životospráva po celé těhotenství je kvalitní. V prvním výzkumu vyšlo, že žena trpí pocitem viny. Odůvodnila to tím, že měla strach, jestli udělala správný krok, aby nebyla zklamaná. V 6. a 9.

měsíci trpěla žena depresí, což se následně upravilo a poté depresivní nálady určitě neměla. Po porodu cítila stres, zda vše zvládne, tím myslí péči o dvě děti, a dá jim stejně lásky a času.

4.2 Souhrny respondentek

1. Žena je sekundipara. Porod 40+ 4 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (8,9,10). 3840 g a 52 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojený. Stav po IVF. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Rozvedená, národnost česká. OSVČ, nyní mateřská dovolená. Žena je se svou existencí spokojená. Života si užívá plnými doušky. Svých rodičů si žena váží. Na začátku gravidity a po porodu zvládala své emoce, ve vyšších stupních jen zřídka či výjimečně. Má obavy a strach z donošení plodu. Ze začátku těhotenství a po porodu je se sebou spokojená, ve vyšším stupni jen zřídka. Spánek je kvalitní během celého těhotenství i po porodu. Cítí se zcela bezpečně. Obavy z finanční situace na začátku těhotenství a po porodu nejsou, jen v šestém a v devátém týdnu se objevuje finanční nejistota z důvodu pořízení vybavičky, z důvodu jiného pohlaví. K tomu přispěl i nástup dcery do školky. Ale vše za pomoci partnera zvládli. Nikdy, nebo zřídka, trpí nechutenstvím. Velice se těší na své dítě. Ví, že porod zvládne, ví, co ji čeká. Ráda chodí do společnosti. Životospráva po celé těhotenství je kvalitní. V prvním výzkumu vyšlo, že žena trpí pocitem viny. Odůvodnila to tím, že měla strach, jestli udělala správný krok, aby nebyla zklamaná. V 6. a 9. měsíci trpěla žena depresí, což se následně upravilo a poté depresivní nálady určitě neměla. Po porodu cítila stres, zda vše zvládne, tím myslí péči o dvě děti, a dá jim stejně lásky a času.

2. Žena je primipara para, 2x UPT. Porod 40 + 5 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (10, 10, 10). 3500 g a 53 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojený. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Svobodná, národnost česká. Personalistka, nyní mateřská dovolená. Žena je se svou existencí příležitostně spokojená. Žena říká: „*Jsem baculka a se svou existencí jsem příležitostně spokojená. Moje představa byla zhubnout, ale těhotenství si člověk nenaplánuje. Smířila jsem se, že přiberu, ale občas se zamyslím, proč tak hodně. Asi bude obří.*“ Života si užívá plnými doušky. Svých rodičů si žena váží. Na začátku gravidity příležitostně zvládá své emoce, pak má emoce pod kontrolou, ale pak nastává zlom, kdy své emoce pod kontrolou nemá, ani po porodu. Ale oporou je jí partner a rodina. Příčinou zlomu je narůstající váha, kdy má strach, že ji partner opustí. Ze začátku těhotenství je občas žena se sebou spokojená. Ve vyšších stupních často a pak jen zřídka i po porodu.

To vše souvisí i s kvalitou spánku. Ze začátku je spánek kvalitní, ve vyšších stupních těhotenství je spánek méně kvalitní, z toho důvodu, že žena si nedokáže najít vhodnou polohu a vše jí bolí. Po porodu uvedla žena nekvalitní spánek z důvodu nemocničního režimu, nestálého režimu dítěte a strachu o něj. Žena se cítí bezpečně, ale i přesto zřídka pociťuje obavy a nejistotu z důvodu své vyšší váhy a následného odchodu partnera, který ji ujišťuje, že je nikdy neopustí. Ze začátku těhotenství nemá problém s finanční situací, žena ještě vydělává, ale ve vyšším stadiu a po porodu pociťuje obavy z finančního nedostatku. Ale pomoc má u své rodiny, jenže nechce být na nich závislá. Žena trpí nechutenstvím. Velice se těší na své dítě. Zpočátku je přesvědčená, že porod zvládne, ale když se porod blíží, má někdy strach, že nastanou komplikace. Životospráva po celé těhotenství je kvalitní, i když příležitostně si dá něco sladkého, Coca-colu, hamburger. Zpočátku ráda chodila do společnosti, ale pak už jen zřídka z důvodu, že si nemá co obléci na sebe. Po porodu je zaměstnána péčí o syna a kojí. V prvním výzkumu vyšlo, že žena trpí pocitem viny a přemýšlí, jestli vzhledem ke své váze bylo správné otěhotnět. V 6. měsíci to byla agrese. Agresivně se určitě nechovala, ví, že by to mělo vliv na miminko. V 9. měsíci a po porodu to byla deprese. Spíše to vše vnímala jako větší stres, kdy se i rozplakala a hodněkrát se zamýšlela. Ale je ráda, že svého syna má, a věří, že bude spokojená, až skončí šestinedělí. Žena říká: „*Muž mě má rád takovou, jaká jsem, a dokonce mě požádal i o ruku.*“

3. Žena je primipara. Porod 40+2 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (8, 9, 10). 3290 g a 50 cm. Porod nepostupující, nespolutručí matky – vakuum extrakcí. Dobrá poporodní adaptace. Kouří 6 cigaret denně, celé těhotenství i po porodu, nepije alkohol, neužívá drogy. Svobodná, národnost česká, nezaměstnaná. Laktace se rozbíhá a dokrm. Nutrilon premium. Žena je se svou existencí příležitostně spokojená. Života si užívá plnými doušky. Svých rodičů si žena váží. Své emoce zvládá dle situace. Žena je výjimečně či příležitostně se sebou spokojená. Spánek je kvalitní. Bezpečně se cítí dle situace. S penězi často vychází, pomáhá jí rodina, dostává sociální příspěvky a přítel je zaměstnaný. Nechutenstvím trpí často. Jednak je to stresem a také nechutí k masu, z důvodu těhotenství. Na své dítě se žena těší a je přesvědčená, že porod zvládne, což se u porodu nepotvrdilo.

Žena rodila přes den a půl. Žena nedodrží životosprávu ani v těhotenství, ani po porodu. Ráda chodí do společnosti. V prvním výzkumu vyšlo, že trpí pocitem viny z důvodu kouření, ale bylo jí vysvětleno, že kouření je škodlivé, ale v tomto období dítěti neškodí. Až v druhém trimestru. Žena byla i seznámena s tím, že dítě se stává závislé na nikotinu. V šestém měsíci byla nevíce frustrovaná a regresivní, což odpovídá kouření. Žena ví, že udělala chybu, ale už není šance to napravit. V devátém měsíci agresivita a po porodu pocit viny, z důvodu neklidu dítěte z nikotinu.

4. Žena je primipara. Porod 41+4 týden. Indukovaný porod pro potermínovou graviditu Pohlaví děvče. Apgar skóre (8, 9, 10). 3310 g a 49 cm. Dobrá poporodní adaptace. Kouření na začátku gravidity, nepije alkohol, neužívá drogy. Svobodná, národnost česká. Nezaměstnaná. Kojí plně. Žena je se svou existencí spokojená. Života si užívá plnými doušky. Svých rodičů si žena váží. Své emoce žena zvládá plně. Ve 3. a 6. měsíci je žena se sebou spokojená, v 9. měsíci a po porodu je někdy se sebou spokojená. Spánek je kvalitní, i když výjimečně tomu tak není. Finančně vyjdou v pohodě. Zřídka trpí nechutenstvím. Velice se těší na své dítě. Ví, že porod zvládne. Pak má občas obavy. Neví, co ji čeká. Životosprávu dodržuje a snaží se ji mít kvalitní. Zpočátku kouřila, ale po potvrzení těhotenství pak přestala. Ráda chodí do společnosti. V prvním výzkumu vyšlo, že žena trpí pocitem viny. Odůvodnila to tím, že kouřila, aniž věděla, že v sobě nosí dítě. V šestém měsíci stres. Ten byl z důvodu kouření na začátku těhotenství a velkého ultrazvuku ve 20 tt. V devátém měsíci a po porodu regrese.

5. Žena je sekundipara. 3x UPT. Porod 40+6 týden. Pohlaví děvče. Apgar skóre (8,10,10). 3080 g a 50 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojí. Abúzus kouření, nepije alkohol, neužívá drogy. Svobodná, národnost česká. Uklízečka, nyní mateřská dovolená. Žena je se svou existencí tak napůl spokojená. Života si užívá zřídka. Svých rodičů si žena váží. Sama se sebou je tak na půl spokojená. Spánek je nekvalitní. Respondentka celý život špatně spí. Na půl se cítí bezpečně. Finanční situace je tak na půl. Někdy jsou na tom lépe a někdy vyjdou tak tak. Zpočátku trpí nechutenstvím výjimečně, ale pak se to prohloubí. Velice se těší na své dítě. Je přesvědčena tak napůl, že porod zvládne. Čím více se blíží, tím více se někdy stupňují obavy.

Životosprávu dodržuje jen někdy. Zpočátku chodila do společnosti často, ale později jen výjimečně. Z důvodu vyčerpání a únavy. Ve třetím měsíci je to stres. Z důvodu nepřipravenosti být těhotná. V šestém měsíci je to pocit viny. V devátém měsíci a po porodu je to deprese.

6. Žena je sekundipara. Porod 39+0 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (9, 10, 10). 4200 g a 52 cm. Dobrá poporodní adaptace. Abúzus kouření, nepije alkohol, neužívá drogy. Vdaná, národnost ukrajinská, mluvící česky a v České republice žije už 25 let. Jednatelka ve firmě. Gestační diabetička na Metforminu 500 mg 0-0-1. Žena je se svou existencí spokojená. Výjimečně si užívá života plnými doušky. Svých rodičů si žena váží. Příležitostně zvládá své emoce. V různých obdobích je se sebou spokojená. Někdy je to více a jindy zase méně. Spánek je zřídka, někdy i často kvalitní. Žena se cítí často bezpečně. S finanční situací je často spokojená. Zřídka, výjimečně trpí nechutenstvím. Moc se těší na své dítě. Často je přesvědčená, že těhotenství a porod zvládne. Příležitostně dodržuje životosprávu. Do společnosti chodí zřídka, z důvodu, že nemá moc přátel. Ve třetím měsíci regrese. V šestém měsíci stres a frustrace. V devátém měsíci regrese. Po porodu stres, frustrace.

7. Žena je sekundipara. Porod 37+4 týden. Pohlaví děvče. Apgar skóre (8, 10, 10). 2940 g a 49 cm. Dobrá poporodní adaptace. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Kojí plně. Svobodná, národnost česká, číšnice, kuchařka. Žena je se svou existencí spokojená. Života si užívá plnými doušky. Své emoce zvládá částečně, občas má obavy doprovázené pláčem a jemným třesem rukou. Svých rodičů si žena váží. Často je s sebou spokojená. Spánek má žena kvalitní. Žena se cítí bezpečně, oporu má ve svém partnerovi a rodině. S penězi vycházejí bez problémů, i když náročnější bylo období okolo šestého měsíce, kdy bylo nutné pořídit vybavičku. Nechutenstvím netrpí. Moc se těší na své dítě. Je přesvědčená, že těhotenství a porod zvládne, i když v šestém měsíci má příležitostní obavy. Často a ráda chodí do společnosti. Ve třetím měsíci je to pocit viny, v šestém měsíci je to nejvíce regrese, v devátém měsíci a po porodu je to nejvíce strach a pocit viny.

8. Žena je primipara. 1 x UPT, 1X spontánní abort. Porod 40+3 týden. Pohlaví děvče. Apgar skóre (9, 10, 10). 3230 g a 49 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojená. Kouří příležitostně, nepije alkohol, neužívá drogy. Svobodná, národnost česká. Manažerka. Žena je se svou existencí spokojená. Život si užívá příležitostně. Své emoce zvládá příležitostně. Stále si váží svých rodičů. Na půl je se sebou spokojená. Spánek je zřídka výjimečně kvalitní, s narůstajícím břichem. Často se cítí bezpečně. S penězi často vycházejí bez problémů. Nechutenstvím trpí zřídka výjimečně. S jídlem nemá problémy, sní cokoli. Velice jí chutná. Moc se těší na své dítě. Ví, že těhotenství a porod zvládne. Životosprávu dodržuje příležitostně. Do společnosti chodí občas. Ve třetím měsíci je to nejvíce stres, to uvádí z důvodu, že těhotenství přišlo neplánovaně. V šestém měsíci je to pocit viny a agresivita. I když si agresivní vůbec nepřipadá. V devátém měsíci a po porodu je to regrese.

9. Žena je sekundipara. Porod 39+4 týden. Pohlaví děvče. Apgar skóre (9, 9, 10). 3670 g a 51 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojená. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Vdaná, národnost česká, Technolog – Zentiva. Žena je se svou existencí spokojená. Život si užívá příležitostně i občas často. Své emoce zvládá příležitostně. Svých rodičů si moc váží. Sama se sebou je spokojená příležitostně. Spánek je kvalitní, napůl kvalitní. Často se cítí bezpečně. S penězi vychází často bez problémů. Nechutenstvím žena trpí výjimečně z počátku těhotenství, pak příležitostně. Hrozně moc se těší na své dítě. Často je přesvědčená, že těhotenství a porod zvládne. Životosprávu dodržuje příležitostně. Do společnosti chodí příležitostně. Ve třetím měsíci je nejvíce regrese. V šestém měsíci je to stres. V 9. měsíci trpí žena pocitem viny a agresivitou. Po porodu je to regrese.

10. Žena je primipara. Porod 41+2 týden. Pohlaví děvče. Apgar skóre (8, 9, 10). 3940 g a 52 cm. Dobrá poporodní adaptace. Postupně kojená. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Vdaná, národnost česká. Manažerka. Žena je se svou existencí vždy spokojená. Život si užívá příležitostně i občas příležitostně. Své emoce zvládá příležitostně. Svých rodičů si moc váží. Sama se sebou je spokojená příležitostně. Spánek je kvalitní, napůl kvalitní. Často se cítí bezpečně. S penězi vychází často bez problémů. Nechutenstvím žena netrpí vůbec. Hrozně moc se těší na své dítě.

Často je přesvědčená, že těhotenství a porod zvládne. Životosprávu dodržuje často. Do společnosti chodí příležitostně. Ve třetím měsíci je nejvíce stres. V šestém měsíci je to regrese. V 9. měsíci trpí žena stresem. Po porodu je to stres.

11. Žena je primipara. Porod 41+4 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (10, 10, 10). 3650 g a 53 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojená. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Vdaná, národnost česká, podnikatelka. Žena je se svou existencí často spokojená, jen v šestém měsíci výjimečně. Život si užívá často. Své emoce zvládá často. Svých rodičů si moc váží. Sama se sebou je spokojená, ve třetím měsíci a po porodu někdy, v šestém měsíci není se sebou spokojená, v devátém měsíci je často se sebou spokojená. Spánek je často kvalitní. Často se cítí bezpečně v prvním trimestru a po porodu, v druhém trimestru je to příležitostní pocit bezpečnosti. S penězi vychází příležitostně bez problémů. Nechutenstvím žena trpí výjimečně z počátku těhotenství, pak příležitostně trpí nechutenstvím. Hrozně moc se těší na své dítě. Často je přesvědčená, že těhotenství a porod zvládne, někdy i příležitostně. Ale to hned respondentku přejde, protože ví, že oporu má v manželovi. Životosprávu dodržuje často. Do společnosti chodí často. Jen v druhém trimestru výjimečně. Ve třetím měsíci je nejvíce regrese. V šestém měsíci je to stres. V 9. měsíci trpí žena pocitem viny. Po porodu je to regrese.

12. Žena je primipara. Porod 40+6 týden. Pohlaví děvče. Apgar skóre (8,9,9). 3830 g a 53 cm. Zpočátku periferní cyanóza, hypotonie, eupnoe, AS nad 100/min. Pak dobrá poporodní adaptace. Postupně kojená. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Vdaná, národnost slovenská, manažerka. Žena je se svou existencí spokojená. Život si užívá příležitostně často. Své emoce zvládá příležitostně, výjimečně i často. Svých rodičů si moc váží. Sama se sebou je spokojená výjimečně i často. Spánek je kvalitní, často i výjimečně kvalitní. Často se cítí bezpečně. S penězi vychází často bez problémů, ale i výjimečně. Nechutenstvím žena trpí příležitostně z počátku těhotenství, pak netrpí nikdy nebo i výjimečně. Hrozně moc se těší na své dítě. Často je přesvědčená, že těhotenství a porod zvládne. Životosprávu dodržuje často i příležitostně. Do společnosti chodí často. Ve třetím měsíci je nejvíce deprese. V šestém měsíci je to stres. V 9. měsíci trpí žena frustrací. Po porodu je to stres.

13. Žena je sekundipara. Porod 39+6 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (10, 10, 10). 3840 g a 51 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojený. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Vdaná, národnost česká, učitelka základní školy. Žena je se svou existencí spokojená často i příležitostně. Život si užívá příležitostně i často. Své emoce zvládá příležitostně, ve třetím měsíci žena nezvládala emoce vůbec. Svých rodičů si moc váží. Sama se sebou je spokojená příležitostně, často i výjimečně. Spánek je kvalitní, napůl kvalitní. Často se cítí bezpečně často i výjimečně. S penězi vychází často bez problémů. Nechutenstvím žena trpí z počátku těhotenství často, pak zřídka. Hrozně moc se těší na své dítě. Často je přesvědčená, že těhotenství a porod zvládne i příležitostně. Životosprávu dodržuje příležitostně. Do společnosti chodí příležitostně, často i zřídka. Ve třetím měsíci je nejvíce deprese. V šestém měsíci je to regrese. V 9. měsíci trpí žena stresem a frustrací. Po porodu je to stres a frustrace.

14. Žena je sekundipara. Porod 38+4 týden. Pohlaví chlapec. Apgar skóre (10, 10, 10). 3330 g a 47 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojený Kouří 5-6 i 10 cigaret denně, nepije alkohol, neužívá drogy. Svobodná, národnost česká, myčka aut. Žena je se svou existencí spokojená. Život si užívá příležitostně i občas často. Své emoce zvládá příležitostně i zřídka. Svých rodičů si moc váží. Sama se sebou je spokojená příležitostně, často i výjimečně. Když není žena se sebou spokojená, tak se zamýšlí nad nikotinem a jeho vlivem na plod. Občas ji i mrzí, že kouří tak hodně cigaret denně. Spánek je kvalitní, napůl kvalitní. Často se cítí bezpečně často i příležitostně. S penězi vychází často bez problémů, ale v šestém měsíci, kdy se pořizovala výbavička, a po porodu, kdy měli nečekané výdaje s chodem domácnosti, to vyšlo tak tak. Nechutenstvím žena trpí výjimečně z počátku těhotenství i po celou dobu těhotenství a po porodu. Hrozně moc se těší na své dítě, v devátém měsíci je to příležitostné těšení, z důvodu, že to vše brzy skončí, nastane porod a pak starosti. Často je přesvědčená, že těhotenství a porod zvládne. Životosprávu dodržuje příležitostně. Do společnosti chodí příležitostně, výjimečně. Ve třetím měsíci je nejvíce regrese. V šestém měsíci je to frustrace. V 9. měsíci trpí žena pocitem viny. Po porodu je to stres.

15. Žena je terciipara. Porod 38+6 týden. Pohlaví děvče. Apgar skóre (10, 10, 10). 3030 g a 46 cm. Dobrá poporodní adaptace. Plně kojená. Nekouří, nepije alkohol, neužívá drogy. Rozvedená, národnost česká, kadeřnice. Žena je se svou existencí příležitostně spokojená. Život si užívá příležitostně často. Své emoce zvládá příležitostně. Svých rodičů si moc váží. Sama se sebou je spokojená příležitostně. Spánek není kvalitní vůbec. Často se cítí bezpečně. S penězi vychází výjimečně. Nechutenstvím žena trpí výjimečně. Hrozně moc se těší na své dítě. Je přesvědčená, že těhotenství a porod nezvládne vůbec. Životosprávu dodržuje vždy. Do společnosti nechodí nikdy. Ve třetím měsíci je nejvíce deprese. V šestém měsíci je to deprese. V 9. měsíci trpí žena deprese. Po porodu je to agresivita.

Prenatální psychologie hraje důležitou roli po celou dobu těhotenství. Zde patří i komunikace, kontakt s dítětem, jako je hlazení břicha, mluvení s dítětem, poslech hudby. Důležitá je i prenatální péče. Z výzkumné části lze vyčíst, že na psychosociální stav matky má vliv celkově těhotenství, dále také sociální situace, kam patří vztahy v rodině, průběh těhotenství, sociální situace. Vliv na psychosociální stav matky má také psychický stav matky, sociální vazby, pořadí porodu, zdravotní stav matky. Dále zde spadá životospráva, závislosti, kvalita spánku a celkové očekávání, spokojenost s vlastním bytím, prožívání emocí. Působit na psychosociální stav matky může také průběh porodu, zdravotní stav dítěte, poporodní adaptace dítěte, laktace, pocit bezpečí. Brzké odloučení dítěte po porodu od matky má veliký vliv na laktaci, ale také na psychiku matky, otce, i dítěte. Narozené dítě je uplakané, nastupuje později laktace a děti se hůře přikládají.

4.3 Míra deprivace u rodiček

Prvorodičky

	3.měsíc	6.měsíc	9.měsíc	po porodu
R_2	239	98	310	298
R_3	201	198	237	201
R_4	261	190	241	243
R_6	242	238	225	238
R_7	98	244	165	165
R_9	244	204	261	244
R_10	211	118	209	207
R_11	241	275	98	241
R_12	256	133	235	133

Min. 1 zkušenost

	3.měsíc	6.měsíc	9.měsíc	po porodu
R_1	93	256	256	127
R_5	236	184	310	310
R_8	232	261	244	244
R_13	310	244	232	232
R_14	223	363	231	370
R_15	249	252	249	249

**MÍRA DEPRI-
VACE**

Žádná	40	Mírná	260	Středně těžká	480	Těžká
-------	----	-------	-----	---------------	-----	-------

Na základě průzkumu byla vytvořena tabulka, ve které se nacházejí výsledky míry deprivace v těhotenství. Prvorodičky jsou respondentky č. 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12. Minimálně jednu zkušenost s těhotenstvím mají respondentky č. 1, 5, 8, 13, 14, 15. Respondentka č. 1, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná. Respondentka č. 2, ve třetím a v šestém měsíci je míra deprivace mírná, v devátém měsíci a po porodu je míra deprivace středně těžká. Respondentka č. 3, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná. Respondentka č. 4, ve třetím měsíci je míra deprivace středně těžká, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná. Respondentka č. 5, ve třetím měsíci, v šestém měsíci je míra deprivace mírná, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace středně těžká. Respondentka č. 6, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná. Respondentka č. 7, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná. Respondentka č. 8, ve třetím měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná, v šestém měsíci je míra deprivace středně těžká. Respondentka č. 9, ve třetím měsíci, v šestém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná, v devátém měsíci je míra deprivace středně těžká. Respondentka č. 10, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná. Respondentka č. 11, ve třetím měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná, v šestém měsíci je míra deprivace středně těžká. Respondentka č. 12, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná. Respondentka č. 13, ve třetím měsíci je míra deprivace středně těžká, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná. Respondentka č. 14, ve třetím měsíci, v devátém měsíci je míra deprivace mírná, v šestém měsíci a po porodu je míra deprivace středně těžká. Respondentka č. 15, ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu, je míra deprivace mírná. Použitá byla SUMAČNÍ HODNOTA, kdy sumačním indexem u prvorodiček 0–40 hraniční, střední 260–448, těžká nad 500. U vícerodiček 80–220 hraniční, střední 221–360, těžká nad 360.

Stav novorozenců u všech 15 ti rodiček, které dostaly Oxytocin, se hodnota Apgar skóre pohybovala mezi 8 až 10 body (neprokázala se závislost na stavu matky).

4.4 K přenosu informací mezi matkou a dítětem dochází už od prvních dní a vypadá takto:

Dříve, než vznikne orgán v těle plodu, existuje už jeho funkce. Například v okamžiku, kdy se vyvinou plíce, miminko ví, že plicemi bude dýchat, ušima slyšet, očima koukat.



U embrya velkého 1,8 mm funguje mozek. 24 dní staré embryo je vyvinuté natolik, že odborníci mluví o viditelných strukturách centrální nervové soustavy. Dále i srdce, plíce a ledviny.



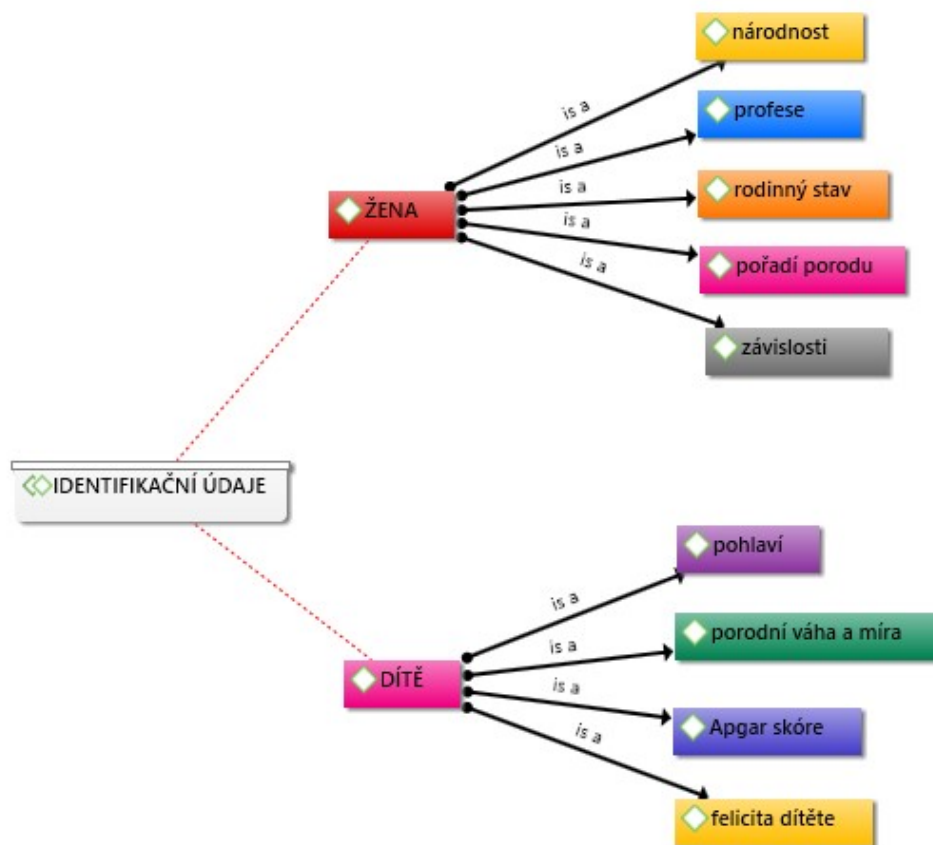
Přenos informací mezi matkou a dítětem probíhá na základě složitých bílkovinných struktur, tzv. polypeptidů. Hormony, které skrz placentu dojdou k dítěti krví matky. Hormonální hladina souvisí s emočním laděním a emoční ladění zase s hormonální hladinou. Proto dítě sdílí opravdu každý váš pocit, ale taky zážitek.

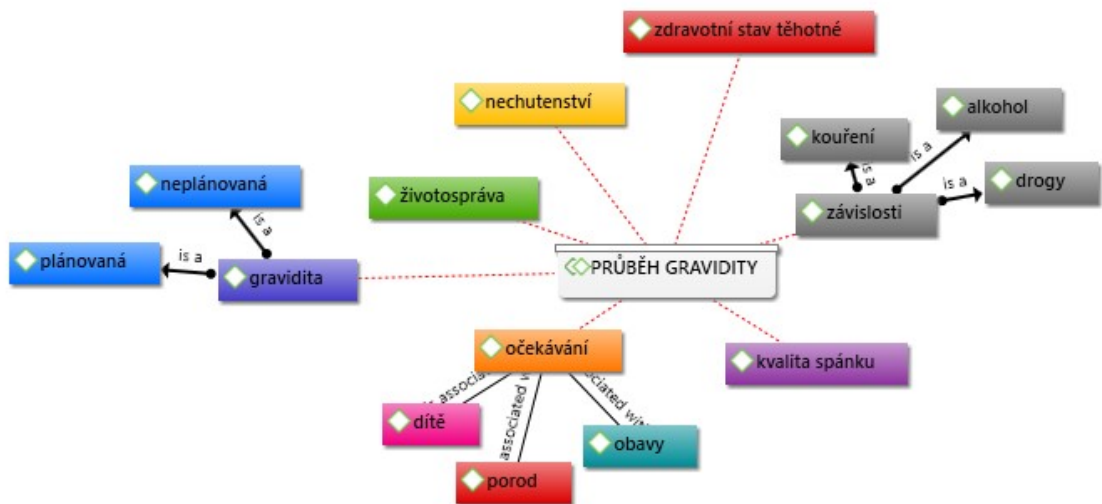


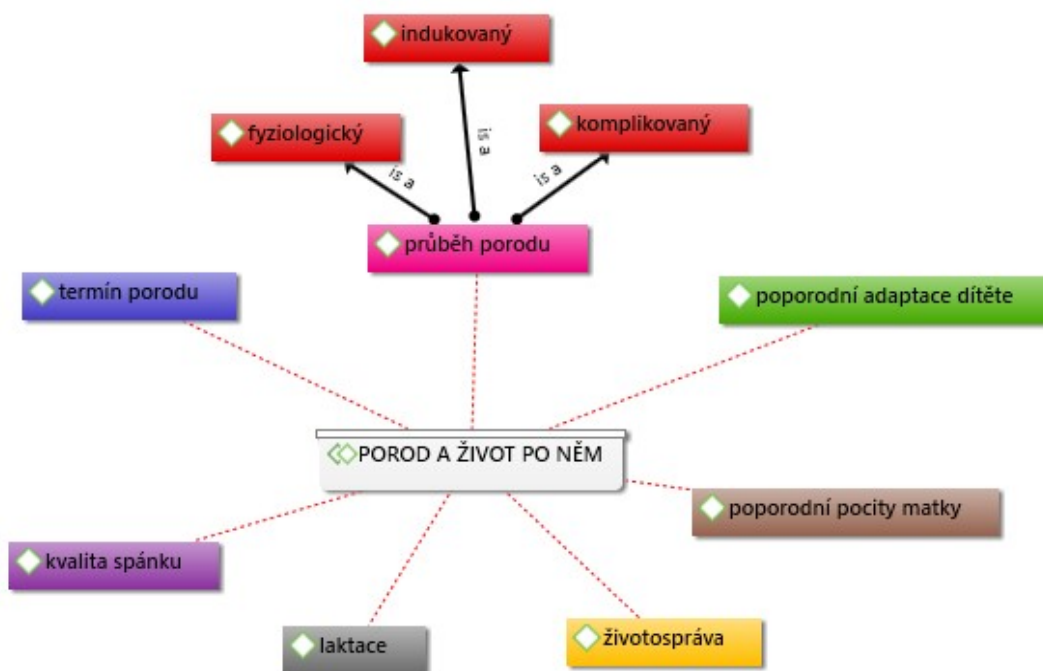
V posledních týdnech už miminko nevyhodnocuje informace zvenčí skrze matku, ale už je vyvinuté natolik, že usuzuje samo za sebe. Dá se říci, že má svoji hlavu, svůj názor a zpracovává si podněty od matky po svém.

(Zdroj: vlastní)

4.5 Kódování







4.5.1 Popis kódování

Jednotlivé kódování. Identifikační údaje se dělí na údaje o rodiče a dítěti. U rodiček jsem se zaměřila na národnost, profesi, rodinný stav, pořadí porodu, závislosti. U dítěte jsem se zaměřila na pohlaví, porodní váhu a míru, Apgar skóre a felicitu dítěte.

Průběh gravidity. Kódování ve třech oblastech. První oblast gravidita, ta se dále dělí na plánovanou, neplánovanou. Druhá oblast očekávání, ta se dále dělí na dítě, porod, obavy. Kvalita spánku má vliv na průběh gravidity. Třetí oblastí jsou závislosti, zde patří kouření, alkohol, drogy. Dále má na průběh gravidity vliv životospráva, nechutenství, zdravotní stav těhotné.

Psychický stav v těhotenství. Výsledkem kódování je vliv spokojenosti s vlastním bytím, vztah s rodiči, užívání si života, prožívání emocí, pocit bezpečí, pocit viny, regrese, frustrace, deprese, agrese, třetí měsíc, šestý měsíc, devátý měsíc.

Sociální vazby. Zde se hodnotila finanční situace, emoce, rodinné vztahy, společnost, zaměstnanost. Tyto položky mají vliv na sociální vazby rodiček. Výsledkem kódování jsou rodinné vztahy, emoce, finanční situace, společenskost, zaměstnanost.

Porod a život po něm. Výsledkem kódování je termín porodu, kvalita spánku, laktace, životospráva, poporodní pocity matky, poporodní adaptace dítěte, průběh porodu. Kódování průběhu porodu je fyziologický, indukovaný, komplikovaný.

4.6 Analýza dat

Po zpracování standardizovaného dotazníku od daných respondentek, jsem začala analýzou podle techniky zakotvené teorie či tvrzení, kam patří otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování. Strauss, Corbin (1999).

4.6.1 Otevřené kódování

V první fázi je analýza údajů. Tím je myšlen rozbor otázek a odpovědí, určení jména každé myšlenky. Dá se to nazvat i jako vyhledávání a označení určitých jevů v textu. Postup byl následující. Vše jsem si důkladně a několikrát přečetla. V textu jsem si vyhledala témata, která jsem si vyhodnotila jako významná. Každé téma má svůj konkrétní kód. Kódy získané v první fázi u otevřeného kódování je potřeba seskupit, aby nebylo velké množství pojmů. Druhá fáze otevřeného kódování se nazývá kategorizace. Každá jednotlivá kategorie reprezentuje určitý jev, který je potřeba pojmenovat. Důvodem pojmenování je, že lze pak jednodušeji určit, která skupina kódů, tedy podkategorie, spadá pod každou vytvořenou kategorií (Strauss a Corbin, 1999). Sdružila jsem základní kódy, které tvořily kategorie. Poté jsem hledala pojmy, které vytvořily podkategorie, ke každé dané kategorii. Kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy jsem několikrát upravovala, aby výsledný seznam odpovídal obsahu standardizované škály.

- **IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE**
 - ŽENA
 - Pořadí porodu
 - Rodinný stav
 - Národnost
 - Profese
 - Závislosti
 - DÍTĚ
 - Pohlaví
 - Apgar skóre a následný stav
 - Porodní váha a míra
 - Felicitita dítěte

- **SOCIÁLNÍ VAZBY**
 - Finanční situace
 - Zaměstnanost
 - Společenskost
 - Emoce
 - Rodinné vztahy

- **PRŮBĚH GRAVIDITY**
 - Gravidita
 - Plánovaná
 - Neplánovaná
 - Závislosti
 - Kouření
 - Drogy
 - Alkohol
 - Kvalita spánku
 - Zdravotní stav těhotné

- Nechutenství
- Životospráva
- Očekávání
 - Dítě
 - Porod
 - Obavy

- **PSYCHICKÝ STAV V TĚHOTENSTVÍ**

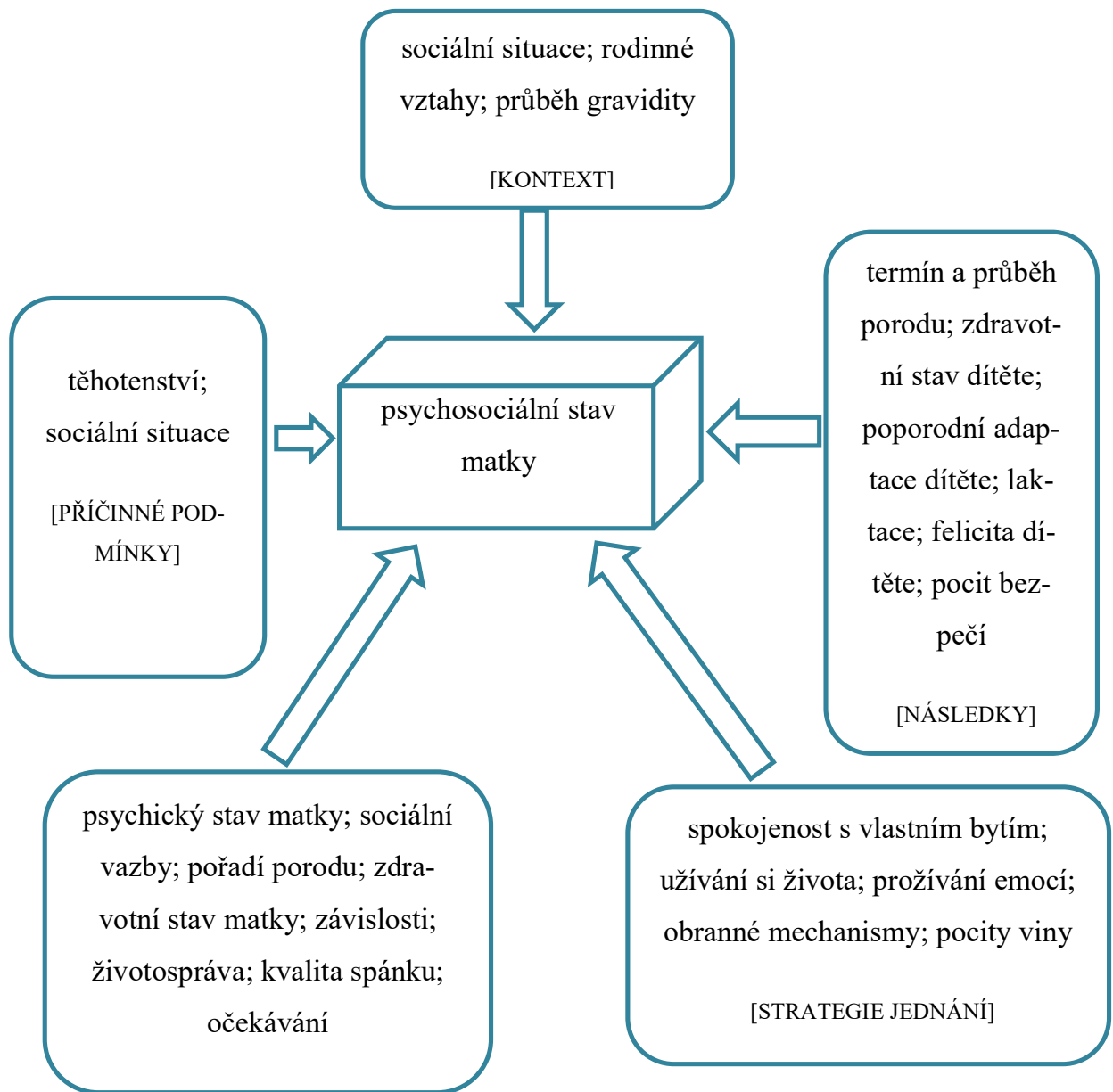
- 3. měsíc
- 6. měsíc
- 9. měsíc
- Regrese, frustrace, deprese, agrese
- Pocity viny
- Spokojenost s vlastním bytím
- Užívání si života
- Vztah s rodiči
- Prožívání emocí
- Pocit bezpečí

- **POROD A ŽIVOT PO NĚM**

- Termín porodu
- Průběh porodu
 - Indukovaný
 - Fyziologický
 - Komplikovaný
- Poporodní adaptace dítěte
- Poporodní pocity matky
- Laktace
- Kvalita spánku
- Životospráva

4.6.2 Axiální kódování

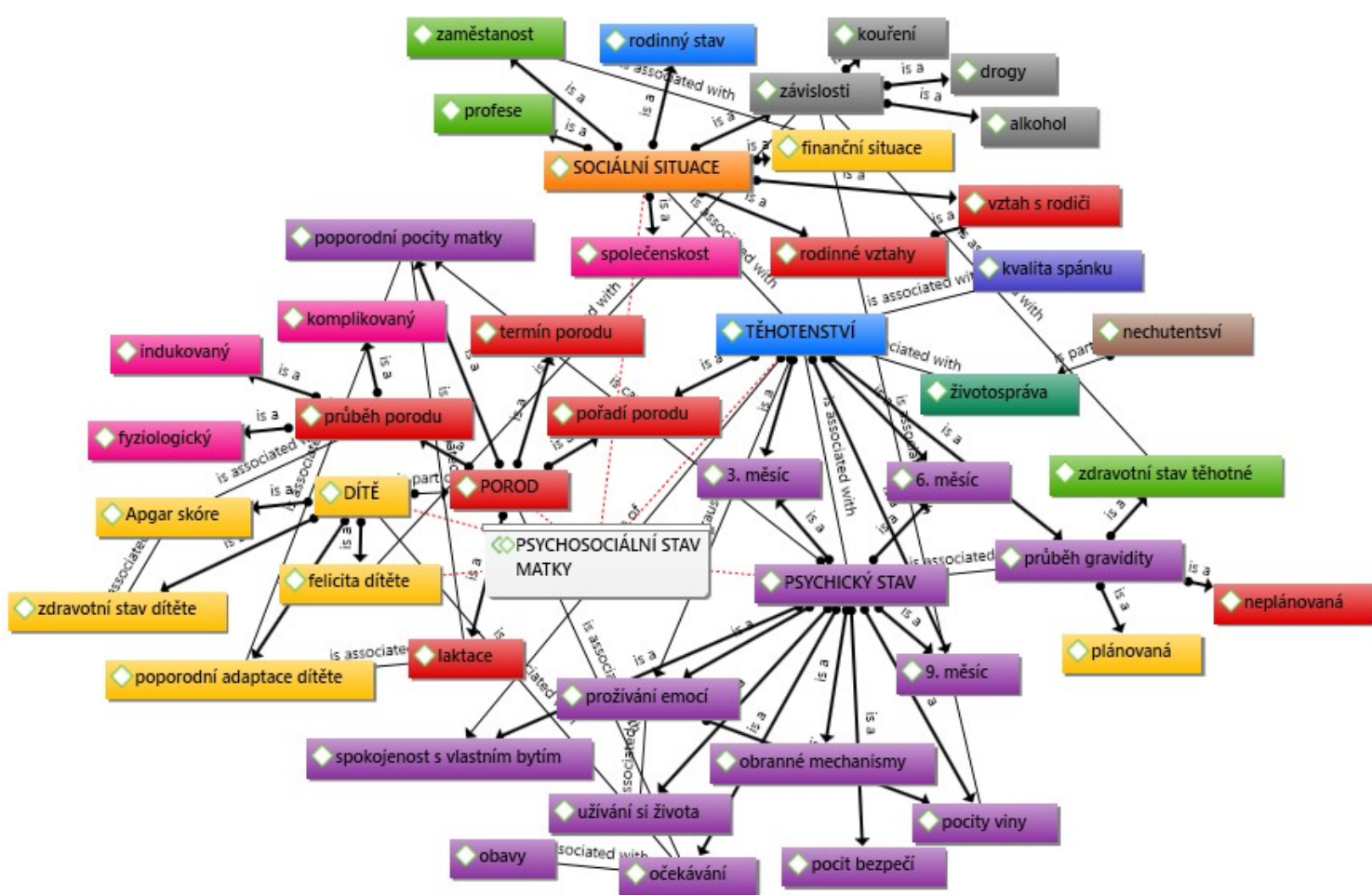
Další analýzou bylo provedeno axiální kódování. U otevřeného kódování se sdružovaly jednotlivé pojmy do kategorií. U tohoto kódování se pokoušíme dané pojmy skládat dohromady, pomocí jiné formy, nacházet vazby mezi kategoriemi a subkategoriemi (Miovský, 2006). Vztahy mezi danými kategoriemi, ale také podkategoriemi, se určují na základě tzv. Paradigmatického modelu. Tento model má tuto podobu: příčinná podmínka – jev – kontext – intervenující podmínka – strategie – následek. Příčinné podmínky jsou události, které vedou ke vzniku jevu. Jev je ústřední myšlenka, interakce, která má nějaký vztah. Kontext je konkrétní soubor vlastností. Intervenující podmínky jsou strukturní podmínky, které souvisí se strategií jednání či interakce. Strategie je ovládnání jevu nějakého souboru. Následky jsou výsledky jednání či interakce. Díky tomu chápeme myšlenku, k jejímuž vzniku vede jistá příčinná podmínka (Strauss a Corbin, 1999).



Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie jednání	Následky
těhotenství; sociální situace	Psycho-sociální stav matky	sociální situace; rodinné vztahy; průběh gravidity	psychický stav matky; sociální vazby; pořadí porodu; zdravotní stav matky; závislosti; životospráva; kvalita spánku; očekávání	spokojenost s vlastním bytím; užívání si života; prožívání emocí; obranné mechanismy; pocity viny	termín a průběh porodu; zdravotní stav dítěte; poporodní adaptace dítěte; laktace; felicitate dítěte; pocit bezpečí

4.6.3 Selektivní kódování

Výzkumník začíná s integrací výsledků a to identifikací hlavního tématu. Základ tvoří axiální kódování. Tím jsem získala obraz o vztazích mezi kategoriemi. Přezkoumávají se data a kódy a tím dochází k jejich selektivnímu zpracování. Prováděla jsem porovnání. Interpretace je v okamžiku, kdy kódování nepřináší žádné další nové poznatky. Vytvoří se kostra, pak se provede konceptualizace – centrální kategorie.



5. Diskuse

Pro výzkum diplomové práce jsem si zvolila výzkumné cíle. Cílem bylo zhodnotit psychosomatickou situaci těhotné ženy a její vliv na prenatální vývoj dítěte, určit míru psychické (ne) pohody během těhotenství a po porodu. Dále jsem si položila jedenáct výzkumných otázek. Standardizovaná Freyberghova škála byla vyplněna patnácti gravidními ženami. Gravidní ženy vyplnily sebehodnoticí škálu ve třetím měsíci, v šestém měsíci, v devátém měsíci a po porodu. Na začátku každé sebehodnoticí škály byl gravidním ženám vysvětlen důvod a účel prováděného výzkumu. Gravidní ženy daly souhlas s podáním sebehodnoticí škály, ale dále si přály zůstat v anonymitě. Výjimku tvořily údaje týkající se věku, vzdělání, parity, stavu, kraje pobytu, pohlaví dítěte a Apgar skóre. Tyto informace, se svolením gravidních žen, byly použity v hlavičce standardizované sebehodnoticí Freyberghovy škály. Některé oslovené ženy projevíly zájem o zaslání finální podoby diplomové práce. Výzkumný soubor byl získán písemnou formou, osobním předáním, nebo předáním přes sociální síť. Věk respondentek se pohyboval mezi devatenácti a čtyřiceti třemi lety. Dosažené vzdělání dotazovaných gravidních žen bylo středoškolské bez maturity, středoškolské s maturitou a vysokoškolské. Dvě ženy jsou rozvedené, šest žen je vdaných, sedm žen je svobodných. Devět gravidních žen jsou primipary. Šest gravidních žen jsou multipary. Jednu zkušenost s těhotenstvím má osm respondentek. Dalších sedm respondentek má víc jak jednu zkušenost s těhotenstvím, i když ne ve všech případech donosily plod do zdárného konce. Sedmi gravidním ženám se narodil chlapec, osmi gravidním ženám se narodilo děvče. První hodnocení probíhalo ve třetím měsíci gravidity, druhé hodnocení v šestém měsíci těhotenství, třetí hodnocení v devátém měsíci těhotenství, čtvrté hodnocení probíhalo po porodu. K výzkumu byly vyhledány výzkumy, které se týkají stresu, emočního stavu, interrupce a výzkumu zkoumajícího životní styl gravidních žen. Z výzkumu vyplývá, že na plod má vliv celkový stav fyzický, psychický a emocionální. Mění se tělesné proporce, velkou roli hrají hormony. Tvoří se otoky, objevují se bolesti zad, prsa se zvětšují, jsou citlivá, mění barvu. Zrychluje se dech. Objevuje se tmavé zabarvení kůže, například na obličeji. Nedostatek vápníku se projevuje na kvalitě zubů a kostí. Je časté i vypadávání vlasů. Žena trpí více zácpou a nadýmáním.

Zvyšuje se i časté močení. V počátku těhotenství se objevují ranní nevolnosti a zvracení. Dochází také k poruchám spánku. Psychické změny nejsou veřejnosti moc známé. Ženy jsou více přecitlivělé. Velkou oporou je pro ženy partner a rodina. Nastávající matka má možnost navázat kontakt se svým dítětem pomocí prenatální komunikace. Zpočátku dochází ke komunikaci mezi matkou a plodem, což vede k pozitivnímu vývoji dítěte. Dále má na psychiku vliv to, zda je dítě chtěné, či nechtěné. Autorka Šulová (2010) ve své knize uvádí studii Gabriely Gloger – Tippelt, která provedla rozbor psychologických fází v těhotenství u gravidních žen. Stanoveny byly čtyři fáze, kterými si gravidní žena v průběhu těhotenství prošla. První fáze je fází nejistoty. Souvisí s tím, zda je těhotenství chtěné či nechtěné. Žena má pochyby, zda je schopná se stát matkou a dobře se o dítě ještě nenarozené postarat. Tato situace změní dosavadní život matky, ale i partnerský život, a trvá do období 12. týdne. Jedná se o období náročné. Důvěra projevena partnerem či rodinou ženu uklidní. Druhá fáze. Během ní narůstá touha po dítěti. Fáze nejistoty trvá do 15. týdne a končí prvním vizuálním důkazem dítěte. První ultrazvukové vyšetření. Matka si v mysli utváří předobraz svého dítěte. Třetí fáze. Nazývá se konkretizační. Matka vnímá své dítě v břiše. Od 20. týdne vnímá pohyby. Díky ultrazvukovým vyšetřením má žena představu o svém dítěti. Pociťuje aktivitu, cítí pohyby, vnímá reakce dítěte na podněty. Podněty matka dítěti vytváří např. změnou polohy, hlazením břicha, zpíváním (hlas matky či otce), hudbou. S poslední fází souvisí termín porodu. Jedná se o poslední fázi přípravy na mateřskou roli. Přicházející dítě v prenatálním období zasahuje do života obou rodičů. Dochází ke změně role z partnerské na rodičovskou. Spousta párů si to nepřipouští. V další části jsou popsány výzkumy, které souvisejí s tématem diplomové práce.

Výzkumy zabývající se stresem a jeho vlivem na gravidní ženu se zabýval profesor Fedor-Freybergh, autor Hunt a Koukolík.

Profesor Fedor-Freybergh provedl screening založený na „self – rating – scale“. Vždy každá pozitivní odpověď je hodnocena jedním bodem. Proto lze velmi rychle získat přehled o tom, kdy žena trpí stresem či depresí. Sestaví se porovnání různých matek. Každá matka je sledována po dobu celého těhotenství a hodnotí se statisticky.

Poprvé těhotné ženy dostaly škálu ve třetím měsíci těhotenství a pak každý měsíc. Hned při prvním hodnocení byly vybrány rizikové matky. V těchto případech byly matky i jejich partneři poučeny o intenzivní psychoterapeutické a také sociální starostlivosti. V průběhu těhotenství přibývalo více rizikových matek. V první fázi byl jen proveden test bez intervencí matek, které byly považovány za rizikové. Šlo o aborty, předčasné otevření, toxikózu, deprese, nízkou porodní činnost, dlouhý porod. Škálu nelze nahradit dialogem lékaře nebo psychologa mezi matkou a otcem. Na péči v těhotenství mají vliv všechny profesionální kategorie. Gynekolog, psycholog, opatrovník, pediatr. Ti všichni by měli být v obraze už od začátku těhotenství. Je nutné se seznámit s matkou i dítětem již v dostatečném předstihu, ne až dostane tzv. „hotový produkt“. Důležitou roli hraje jak matka, tak i otec. Tyto dvě osobnosti mají neoddělitelnou funkci a přímo či nepřímo působí na prostředí a vývoj dítěte. Škála je chápána jako model, psychosomatické diagnostiky. Její hlavní úlohou je získávání a předávání podnětů a asociací dále. Další nejdůležitější úlohou v rámci prevence je postupné podávání informací rodičům po celou dobu těhotenství (Freybergh, 2013).

Newton a Hunt ve Velké Británii prováděli studii, zda má stres matky v těhotenství vliv na porodní váhu novorozence. Závěr byl takový, že větší procento dětí se narodilo předčasně, nebo s nižší porodní váhou ženám, které v těhotenství prožily stres, nejčastěji nezaměstnanost, snížení příjmů a nemoc v rodině. Bylo také zjištěno, že efekt těžkých stresujících životních zážitků je kumulativní. To znamená, čím více stresujících zážitků, tím nižší je porodní váha dítěte (Newton a Hunt 1984).

O míře stresu vypovídá hladina stresového hormonu. Čím vyšší hladina, tím větší stres. Tento hormon se nazývá kortizol. Koukolík s Drtilovou uvádějí studii, ve které vědci vyšetřovali u matek hladinu tohoto hormonu v těhotenství. Poté bylo zaznamenáváno chování jejich dětí po porodu v prvním, třetím, pátém, sedmém, osmáctém a dvacátém týdnu po narození. Chování dětí bylo zaznamenáváno videokamerou. Matky také vyplňovaly dotazník o temperamentu dítěte. Děti byly rozděleny do dvou skupin. Matky dětí z první skupiny měly vysokou hladinu kortizolu v těhotenství. Matky dětí z druhé skupiny měly hladinu hormonu nízkou.

U dětí z první skupiny byl vyšší sklon k předčasnému porodu, tyto děti také více křičely, měly intenzivnější negativní výrazy ve tváři. Matky těchto dětí také v dotazníku uváděly svízelnější chování, co se týče emocí. Jednoznačný závěr je, že míra stresu matek měřená hladinou jejich kortizolu v těhotenství, ovlivňuje chování dítěte po narození. Důsledkem intenzivního prenatalního stresu mohou být celoživotní deprese, sebevraždy, sklony k násilí a agresivitě (Koukolík a Drtilová, 2006).

Zatímco postnatální psychická distress byla široce studována po mnoho let, zejména se zaměřením na postpartum deprese, příznaky deprese matky, stres a úzkost nejsou častější nebo těžké po porodu než během těhotenství. Tento článek hodnotí novější část výzkumu zaměřeného na identifikaci účinků prenatalní psychické námahy žen na fetální chování a vývoj dítěte a biologické cesty pro tento vliv. Studie jsou v souladu s rostoucím počtem literatury podporující hypotézu „fetálního původu“, že prenatalní expozice v životním prostředí – včetně mateřských psychologických stavových změn ve fyziologii *in utero* – mohou mít trvalé účinky po celou dobu života. Zatímco postnatální psychologická distress byla po mnoho let široce studována, zejména se zaměřením na poporodní depresi, nejsou příznaky deprese, stresu a úzkosti u matek méně časté nebo těžké po porodu než během těhotenství. V nedávné metaanalýze 28 článků týkajících se deprese během těhotenství Gavin et al. zjistili, že až 13 % žen se v některých případech během těhotenství nebo během prvního roku po porodu setká s depresivními epizodami. Tak se objevila nová věc výzkumu zaměřená na identifikaci účinků prenatalní psychické námahy žen na fetální chování a vývoj dítěte a na biologické cesty k tomuto vlivu. Tyto studie jsou v souladu s rostoucím počtem literatury podporující hypotézu "fetálního původu", že prenatalní expozice v životním prostředí – včetně mateřských psychologických stavových změn ve fyziologii *in utero* – mohou mít trvalé účinky po celou dobu života (Kinsella a Monk, 2011).

Obecně je stres během těhotenství spojen se zvýšeným rizikem pro řadu negativních výsledků u dětí. Cílem tohoto tématu je lépe porozumět možným účinkům mateřského stresu na matku, plod a vývoj dítěte.

Význam vývoje během fetálního období je dobře zaveden s ohledem na souvislost mezi růstem dělohy u dítěte a pozdější náchylností k fyzickým poruchám, jako jsou kardi-ovaskulární onemocnění a další aspekty metabolického syndromu. Nyní se ukazuje, že účinky na životní prostředí o vývoji plodu jsou důležité také s ohledem na emoční, behaviorální a kognitivní výsledky. Studie na zvířatech ukázaly, že stres během těhotenství může mít dlouhodobé účinky na neurodevelopment potomků. Mnoho skupin po celém světě studuje, jak emotivní stav matky během těhotenství může mít dlouhodobé účinky na psychologický vývoj dítěte. Někteří používají velké populační kohorty, které mají tu výhodu, že mohou statisticky umožnit použití mnoha faktorů včetně postnatální mateřské nálady. Jiné jsou menší pozorovací studie, které podrobněji zkoumají dítě. Každá studie má jiný design, který zkoumá různé typy prenatalního stresu a různé výsledky. Stres je obecný termín, který zahrnuje úzkost a depresi, ale zahrnuje také strach kvůli špatným vztahům nebo reakci na akutní katastrofu. Bylo prokázáno, že všechny tyto příznaky jsou spojeny s pozměněným výsledkem pro dítě (Glover, 2011).

Výzkumem zabývajícím se emočním stavem a jeho vlivem na gravidní ženu, se zabýval autor Odent ve své knize.

Michal Odent ve své knize „Láska jako věda“ uvádí příklady finské studie. Zde bylo zkoumáno sto šedesát sedm dětí, kterým během prenatalního období zemřel otec. Dále sto šedesát osm dětí, kterým otec zemřel během prvního roku života. Děti byly sledovány po dobu třiceti pěti let. Děti, které přišly o otce před narozením, měly vyšší riziko zločinnosti, alkoholismu a vzniku duševní choroby. Ze studie vyplývá, že dlouhodobý emoční stav ženy během těhotenství, měl na dítě větší vliv, než emoční stav matek během prvního roku po narození (Odent, 1999).

Jedním z cílů těhotenství je vývoj mateřské emocionální vazby na nenarozené dítě a ukázalo se, že tato připoutání souvisí s pozdějšími vztahy a vývojem. Existuje mnoho faktorů, které mohou brzdit rozvoj prenatalní vazby, včetně přítomnosti komplikací, hospitalizace, úzkosti.

Současná studie se snažila modelovat vztah mezi rizikem (vnímání matek a lékařským hodnocením), zvládnutím, psychologickým blahobytem a příbuzenstvím matky a plodu u 87 žen hospitalizovaných pro komplikace související s těhotenstvím. Analýza ukázala, že pozitivní hodnocení jako strategie vyrovnání zprostředkovává vztah mezi hodnocením rizika u matek a mateřskou a plodovou vazbou a že lékařské hodnocení rizika nepředstavuje předpojatost mezi matkou a plodem. Znalost potenciální nesrovnalosti mezi vnímáním rizika pacientů a zdravotníků je důležitá v klinickém prostředí. Potenciální přínosy podpory pozitivního zhodnocení v těhotenství s vysokým rizikem si zasluhují další výzkum (Manderson, 2008).

Výzkumy se zabývají také situacemi s interrupcí, kdy žádost gravidních žen byla zamítnuta. Jednalo se tedy o nechtěné děti. Tuto studii uvádí autor Odent ve své knize „Láska jako věda“.

Existuje švédská studie z padesátých let, v níž byla zkoumána psychologie dětí, jejichž matky žádaly o interrupci, ale jejich žádost byla zamítnuta. Výzkumným souborem bylo sto dvacet dětí ze chtěného těhotenství a sto dvacet dětí z nechtěného těhotenství. Výzkumný soubor byl zkoumán do jejich dvaceti jedna let, ale následné pozorování se prodloužilo do třicátého pátého roku věku. Výsledkem bylo to, že výzkumný vzorek nechtěných dětí měl snížený stupeň sociability. Rozdíly byly vidět i ve věku třiceti pěti let (Odent, 1999).

Zdraví naší budoucí generace, jak fyzické, tak psychické a psychologické, závisí na dobrém rodičovském prostředí a životním stylu. To se týká zejména výživy, toxinů a stresu. Je třeba o těchto negativních vlivech vědět co nejvíce a informovat o nich, abychom podporovali plodné ženy, tzv. fertilní ženy, jak ve zdravé stravě, tak v životním stylu. Podíl má kouření cigaret jak aktivní, tak pasivní v těhotenství ženy. Už od 70. let v Německu je známo, že kouření má negativní vliv jak na těhotenství, tak i na vývoj plodu. Šedesát procent všech dětí, které vyrůstají v domácnosti, kde alespoň jeden dospělý kouří, je zdravotně ohroženo.

I Když otec přestává kouřit doma, nikotin se v těle přenáší na někoho blízkého, například na manželku, když spí blízko sebe. Více než jedna sklenka piva, vína nebo lihovin týdně během těhotenství může být zjištěna při narození. Alkohol na počátku těhotenství – právě když mnoho matek neví, že jsou těhotné – může způsobit významné fyzické deformace, zejména v obličeji. Prenatální expozice alkoholu má významný vliv na inteligenci a chování dítěte. Mnohé z těchto dětí jsou velmi nepokojné. Dokonce i malé množství otravy během těhotenství souvisí s vývojem negativního sélio grafického obrazu a kompenzačního chování narcistické poruchy osobnosti v pozdějším životě. Syndromy předčasné deprivace a otravy nebyly spojeny pouze se srdečními onemocněními a poruchami příjmu potravy v oblasti všeobecného zdraví, ale také v oblasti psychického zdraví až po poruchu pohraniční poruchy osobnosti. Nepřetržitý stres jakéhokoli druhu během těhotenství vede k problémům pro vyvíjející se dítě (Dowling, 2007). Hodnoty Apgar skóre v našem souboru neprokázaly vztah mezi mírou deprivace ženy a stavem novorozence po porodu.

Můžeme si položit otázku, zda existuje poporodní deprese? Ano, existuje. Není vždy jednoduchá. Nejmenovaná žena v mém okolí si prošla poporodní krizí. Tehdy se zoufale ptala sama sebe, zda se někdy bude cítit normálně. Dneska ví, že cesta ven existuje. Poporodní deprese není vždy stejná. Žena ztratí radost a schopnost s dítětem navázat kontakt, má neustále výčitky svědomí, má strach vyjít z domu. Psychický stav znemožňuje fungovat normálně. Ženy si nedokáží užívat života a trpí často úzkostí. Ženy se spojují i s myšlenkou, že se něco děje s miminkem, mají strach, že jim přeskočí, že ublíží dítěti. Pak je to vyřadí z provozu. Vše je spojeno s laktační psychózou či poporodní psychózou. Poporodní psychóza je velmi vzácná. Psychiku je potřeba řešit. Dítě potřebuje mámu, která netrpí, je spokojená a šťastná. Když to nejde samo, musí pomoci psycholog, psychoterapeut. V nejhroším případě i léky ze skupiny antidepresiv, z jejichž užívání však ženy mají strach. Jednak z důvodu vzniklé závislosti na lécích, jednak z důvodu nemožnosti kojit. Dále je potřeba mít dostatečný přísun vitamínu D, omega kyselin, vitamínu B₁₂.

6. Závěr

Výzkumné otázky dle zakotvených tvrzení a odpovědi vycházející ze zakotvených tvrzení.

Výzkumná otázka č. 1: Co určuje psychosociální stav matek? Odpověď: Psychosociální stav matky určuje sociální situace. Sem patří finanční situace, vzdělání, kultura.

Výzkumná otázka č. 2: Mění se psychický stav gravidních matek v průběhu těhotenství? Odpověď: Psychický stav matky se v průběhu těhotenství mění. Mění se v jednotlivých fázích těhotenství, ale také nemusí. Dále má vliv vztah s rodiči, spokojenost s vlastním bytím, užívání si života, prožívání emocí, pocit bezpečí, pocit viny, regrese, frustrace, deprese a agrese.

Výzkumná otázka č. 3: Co má vliv na felicitu a vývoj dítěte? Odpověď: Felicitu a vývoj dítěte souvisí s psychickým stavem matky, její životosprávou a závislostmi.

Výzkumná otázka č. 4: S čím souvisejí poporodní pocity matky? Odpověď zní: Poporodní pocity matky souvisí s průběhem porodu a poporodní adaptací dítěte.

Výzkumná otázka č. 5: Co ovlivňuje sociální situaci gravidních matek? Odpověď zní: Sociální situaci matky ovlivňují zaměstnanost a rodinné vztahy. Dále se zde odrážejí společenskost, rodinný stav, zaměstnanost, profese, závislosti, finanční situace, vztahy s rodiči.

Výzkumná otázka č. 6: Co ovlivňují závislosti u gravidních matek? Odpověď: Závislosti ovlivňují sociální situaci a zdravotní stav matky. Mezi závislosti matky patří alkohol, drogy, kouření. Se závislostmi úzce souvisí pocit viny, který zpětně ovlivňuje i zdravotní stav těhotné.

Výzkumná otázka č. 7: Jaký vliv má rodinný stav na gravidní matky? Odpověď: Rodinný stav má vliv na sociální situaci matky, ale ne na její psychický stav.

Výzkumná otázka č. 8: Jaký dopad mají obranné mechanismy? Odpověď: Obranné mechanismy mají zásadní dopad na psychický stav matky.

Výzkumná otázka č. 9: S čím souvisí pocit viny? Odpověď: Pocity viny souvisí se závislostmi. Pocity viny souvisí s psychickým stavem a závislostmi.

Výzkumná otázka č. 10: Co ovlivňuje těhotenství gravidní ženy? Odpověď: Těhotenství ovlivňuje prožívání emocí a spokojenost s vlastním bytím.

Výzkumná otázka č. 11: Jak souvisí míra deprivace ženy v těhotenství se stavem novorozence po porodu? Odpověď: Nebyl prokázán vztah míry deprivace ženy se stavem novorozence po porodu (malý počet souborů)

Ze sebehodnotící škály vyplývá, že na psychosociální stav matky působí sociální situace, ve které se gravidní žena nachází, dále mají vliv na průběh gravidity rodinné vztahy. Dále na psychosociální stav matky působí příčinné podmínky, kam patří těhotenství a sociální situace. Dále na psychický stav matky působí intervenující podmínky, kam patří sociální vazby, pořadí porodu, zdravotní stav matky, závislosti, životospráva, kvalita spánku a daná očekávání. Dále na psychosociální stav matky působí strategie jednání, kam patří spokojenost s vlastním bytím, užívání si života, prožívání emocí, obranné mechanismy, pocit viny. Za následky působící na vliv psychosomatiky matky patří termín a průběh porodu, zdravotní stav dítěte, poporodní adaptace dítěte, laktace, felicitá dítěte, pocit bezpečí.

Každá žena se těší, až se její malé narodí a budou spolu. Ale na co čekáte? Vaše dítě už je s vámi přece. Je těsně blízko, je uvnitř vás. Váš vztah nemá začít fungovat po porodu, ale má začít okamžikem zplození. Přesně v tuhle dobu začal tzv. prenatalní život vašeho dítěte. Klinická psycholožka Mgr. Mrowetz uvádí, že ji vždycky překvapí, když po porodu lidé říkají: „Tak už jsi naše miminko s námi.“ Pokládám si vždycky otázku už? Vždyť s vámi, respektive s matkou, bylo celých devět měsíců předtím v bříšku. Bylo součástí matky. Prenatální fáze je velmi zásadní. Důležitá pro fyzický vývoj miminka, pro formování osobnosti, životních zásad, návyků, stejně tak i vztahu k rodičům. I ve své knize slovenský lékař profesor Peter G. Fedor-Freybergh uvádí, že prenatalní fáze v životě plodu je nejdůležitější. Rozhoduje o kvalitě jeho života jak z psychologického, tak i fyziologického hlediska. Dle profesora Freybergha, který jako první na světě v osmdesátých letech minulého století použil termín prenatalní dítě, je prenatalní fáze života plodu plná zajímavostí. V dozrávajícím plodu se setkává minulost, tj. genetika, s přítomností, tj., jak se genetické předpoklady poskládaly

v osobnosti vašeho miminka, a také s budoucností. Ta teprve určuje, jaké miminko bude, jakým bude člověkem fyzicky i mentálně.

Od počátku zplodění vzniká mezi matkou a plodem tzv. společně vědomí. Splynutím vajíčka a partnerovy spermie, propojením genetických informací, se propojí i mnohem více. Plod po oplození vstřebává mnoho. Přejímá to, z jaké je matka sociální vrstvy, v jakém je psychickém rozpoložení, s jakým partnerem žije, nebo zda je sama, dále to, zda chodí do práce, na směny do továrny, anebo má sedavou práci v kanceláři, zda je šťastná, zda se cítí dobře, jaké má názory. Všechno toto se spojuje s genetikou. A každým dnem se k tomu přidávají další a další informace, které plod vstřebává. Zda se matka směje, nebo se lekla, zda ji partner objal, nebo ji někdo rozzlobil. Když si tohle žena všechno uvědomí, pak pochopí, proč je doporučeno mluvit se svým miminkem už v bříšku. Dále je potřeba vnímat svůj tón hlasu, ladění. Také hladit své bříško, i když dítě má sotva pár centimetrů. Je potřeba budovat vztah se vším všudy. Vnímejte své dítě. Sdílejte s ním své každodenní zážitky. Můžete svému dítěti psát deník, kdy s ním proberete, co jste zažily, protože dítě je stále s vámi. I skrze hormony, které proudí z vás do dítěte, si plod uvědomuje vaši náladu. Dle Mgr. Mrowetzové, je celých devět měsíců obdobím vzájemného těšení se, hlazení, zamilovávání se. Protože když své dítě milujete, staráte se o něj s láskou, budete se starat dobře. Což je potřeba i po porodu, až si miminko bude říkat o naplnění svých potřeb. První tři měsíce jsou obdobím naděje. Žena je plná očekávání. Dříve nebyly testy, které ženám řekly už za pár dní po styku, že očekávají potomka. Trvalo to celé měsíce. Proto se i dodnes dodržuje tradice, že těhotenství se zveřejňuje až po třetím měsíci. V tomto období už vědomě vnímá. V druhém trimestru je čas na vnímání miminka. Žena cítí i první pohyby. A co porod? Hýčkejte si novou roli, že se ve vás rodí vztah, myslte na to, že když s láskou budete prenatalní vztah a hýčkáte si své prenatalní dítě, s větší lehkostí a důvěrou můžete zvládnout i jeho příchod na svět. Po porodu vstoupí dítě do důvěrného vztahu s vámi.

Prenatální a perinatální psychologie a medicína je nový interdisciplinární vědecký obor. Snaží se o integraci různých disciplín a směrů zabývajících se základními otázkami života a jeho poruchami. Zdůrazní se pojem interdisciplinární charakter, který umožňuje, že různé vědecké obory, jako je medicína, antropologie, etika, filozofie, sociologie a psychologie, mají společný jazyk.

Profesor Peter Fedor-Freybergh řekl, že „lidský život považujeme za nepřetržitou a nedílnou kontinuitu, kde všechny vývojové fáze jsou důležité a závisí na sobě“. Kontinuitu hrají funkce jak fyziologické, tak i psychologické. Těhotenství je aktivní dialog mezi matkou a dítětem. Tento dialog může být i rozšířen o dialog otce s dítětem. Dítě v děloze je velmi aktivní a vnímavý pasažér. Spousta lidí chápe dělohu jako anatomický orgán, ale dá se vnímat i jako ekologické prostředí pro lidský život. Prenatální zkušenost představuje pro dítě také velmi významný proces učení se. Znamená to učení se, jak přežít, protože umožňuje organismu se přizpůsobit, adaptovat se na nové a měnící se podmínky. Bez adaptace by nebylo možné přežít. K adaptaci potřebuje organismus zkušenosti. Do tohoto procesu je zapojena paměť, schopnost pamatovat si, vytvářet stopy v paměti ať vědomé, nebo nevědomé.

Žádná těhotná žena nehovoří o svém dítěti jako o embryu či plodu, které nosí pod svým srdcem. Vždy jen o dítěti. Prenatální dítě je velmi aktivní a vnímavý pasažér v děloze. Vede s matkou dialog na různých úrovních. Fyziologické úrovni, psychologické úrovni, sociální úrovni a duchovní úrovni. Z počátku jsou to jen biochemické signály a smyslová komunikace. Různé podprahové signály. Sem patří i přání matky a otce mít syna, také tohle se dostává až k prenatálnímu dítěti. A ono to cítí. Když se narodí děvče, může mít z toho trauma. Toto může mít i pak vliv na sexuální identitu. Dítě se v děloze učí. Kdyby se dítě neučilo, tak nepřežije. V prenatálním období je to období růstu, ale i adaptace. Období prudkých hormonálních změn v organismu matky a dítěte. A to se musí přizpůsobovat každou chvíli nové situaci. A proto, aby se mohlo přizpůsobit, musí mít zkušenosti. A na to musí mít paměť. To, co si dítě zapamatuje v prenatálním období, se mu v dospělosti vybaví ve snech nebo stavech změněného vědomí.

Yehudi Menuhin, legendární houslista a dirigent, měl bohaté prenatalní zážitky. Jednou vedl jako dirigent velký orchestr a následně zjistil, že málo známou a složitou skladbu diriguje z paměti. Po analýze přišel na to, že jeho matka mu hrála často tuto skladbu v době, kdy byla těhotná, než se narodil. I pan profesor má příklad ze své praxe. Malá Kristýnka, která se dostala až do odborné literatury. Kristýnka odmítala mléko od své matky. Mléko bylo chemicky analyzované a nebylo nijak závadné. Nakonec v porodnici byla Kristýnka kojena jinými ženami a ty neodmítla. Naopak pila jako divá. Nakonec se přišlo na to, že matka dlouho v těhotenství Kristýnku nechtěla. Nenáviděla ji, pociťovala ji jako cizí těleso ve svém těle. Ale nemohla ji však dát pryč. Nastoupila psychoterapie. Trvalo sedm roků, než se matka s dcerou spřátelily. V praxi je toto popsáno jen velmi zřídka. Prenatální dítě je velmi citlivý tvor. O to jsou více ignorovány skutečnosti této problematiky. Profesor Fedor-Freybergh se touto problematikou začal zabývat, když začal pracovat jako mladý porodník a gynekolog. Všiml si, že každé narozené dítě je různorodé, když se narodí. V té době profesor pochopil, že každé dítě je osobností. Po medicíně vystudoval psychologii. Profesor tvrdí, že člověk je lepším gynekologem, když má vystudovanou i psychologii. V roce 1983 se stal prezidentem Světové organizace prenatalní psychologie a medicíny. Tuto oblast rozšířil mezi odborníky gynekology, pediatry, neonatologu, endokrinology, neurology a další. Když se žena dozví, že čeká handicapované dítě, jak se rozhodne? Opět je toto rozhodnutí nutno nechat na rodičích. Věřící žena si nechá dítě i s Dawnovým syndromem, jiná zase ne. Je to všechno na svobodné volbě. Rodiče mají rozhodovat, nebo žena sama, ale ne stát. V dnešní době je svoboda volby důležitá.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDERSSON, L. et al., (2006). *Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study*. Acta Obstetrica et Gynecologica, 85, 937– 944.

ALEHAGEN, S., WIJMA, B., WIJMA, K., (2006). *Fear of childbirth before, during, and after childbirth*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 85 (1), 56–62.

ALLEN, K., EILEEN a LYN R. MAROTZ, 2008. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 3. vydání. Praha: Portál. 187 s. ISBN 978-80-7367-421-2.

BERGH, Van den, B.R.H. et al., 2005. *Antenatal Maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29, 237 – 258.

BLUM, T. Human Proto-Development: Very Early Auditory Stimulation *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* [online]. 1998, 10(4), 457-476 [cit. 2015-12-15] Dostupné z: <http://leonardoevolution.com/PDFs/PDF6.pdf>.

BRISCH, K., H., 2012. *Bezpečná výchova: budování jisté vztahové vazby mezi rodiči a dětmi*. 1. vydání. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-802-6200-63.

CICCOTTI, S., 2008. *Rozumíte svému děťátku?: zajímavé psychologické experimenty pro lepší pochopení nejmenších dětí*. 1. vydání. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-807-3674-441.

CORREIA, L.L., Linhares, M.B.M., 2007. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period. *Latin American Journal of Nursing*, 15, 677 – 683.

Čech, E. a kol., 2006. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.

ČERMÁKOVÁ, B., 2010. *K porodu bez obav*. 2 vydání. Praha: MM Publishing. 152 s. ISBN 978-80-904414-3-9.

DEANSOVÁ, A., 2004. *Kniha knih o mateřství*. 1. vydání. Praha: Fortuna Print. 392 s. ISBN 80-7321-117-3.

DEANSOVÁ, A., 2004. *Kniha knih o mateřství*. 1. vydání. Praha: Fortuna Print. 392 s. (43 s.). ISBN 80-7321-117-3.

DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B., NOVOTNÁ, L., 2009. *Narodilo se předčasně: Průvodce péčí o nedonošené děti*. 1. Vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN: 978-80-7367-552-3.

DOWLING, T., 2007. *New parenting: psychoterapy, prenatal and perinatal care*. *Nutr Health*. 19(1-2):81-4. PMID: 18309768. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18309768>.

EDELSBERGER, L. a kol.. 2000. *Defektologický slovník*. 3. Upravené vydání. HaH Vyšehradská, s. r. o. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

FEDOR-FREYBERGH, P., 2002. *Porod z pohledu nenarozeného dítěte*. In: Sborník textů z konference Přivádíme děti na svět. Praha: Aperio, 2002, s. 39-41.

FEDOR-FREYBERGH, P., 2008. *Psychosomatické charakteristiky prenatálního a perinatálního obdobia ako prostredia dieťaťa*. 1. vydání. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 65 s. ISBN 978-80-89271-32-0.

FEDOR – FREYBERGH, P., 2013. *Prenatalne dieta*. 1. vydání. Slovensko: Vydavateľstvo F. 65 s. ISBN 978-80-8895-274-9.

FENDRYCHOVÁ, J. a kol., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej péče v pediatrii, 2. Časť péče o novorozence*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství (NCO NZO). 134 s. ISBN 978-80-7013-489-4.

FRANĚK, M., 2005. *Hudební psychologie*. 1. vydání. V Praze: Karolinum. 238 s. ISBN 80-246-0965-7.

GLOVER, V., MA, PhD.,DSc, 2011. *Stress and pregnancy (prenatal and perinatal)*. Imperial College London.

<http://www.child-encyclopedia.com/stress-and-pregnancy-prenatal-and-perinatal/according-experts/effects-prenatal-stress-child>

GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.

GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2005. *Kniha o matce a dítěti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 244 s. ISBN 80-247-0854-X.

GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml., 2007. *Čekáme děťátko*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 368 s. ISBN 978-80-247-1489-9.

HÁJEK, Z., a kol., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAŠTO, J., 2005. *Vztahová väzba*. 1. vydání. Slovensko: Vydavateľstvo F. 300s. ISBN 808895228X.

HELLBRÜGGE, T., ŠOLTÉS, T., ARCHALOUSOVÁ, L., ILENČÍKOVÁ, D., 2010. *Prvních 365 dní v životě dítěte*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 168 s. ISBN 978-80-247-3457-6.

HERETIK, A. a kol., 2007. *Klinická psychológia*. 1. vydání. Nové Zámky: Psychoprof. 816 s. ISBN 9788089322008.

HIDAS, G., RAFFAI, J., 2010. *Pupočná šnúra v duše. Psychoanalyticky orientovaná podpora prenatálnej väzby medzi matkou a dieťaťom*. Vybrané kapitoly: Ústav Prenatálnej a Perinatálnej Psychológie, Medicíny a Sociálnych vied pri Vysokoj Škole Zdravotníctva a Sociálnej Práce Sv. Alžběta v Bratislave.

HOFBERG, K., WARD, M., R., 2003. *Fear of pregnancy and childbirth*. Postgraduate Medical Journal, 79, 505–510.

HOUROVÁ, M.; KRÁLÍČKOVÁ, M.; UHER, P., 2007. *Vývoj miminka před narozením: Od embrya k porodu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-1942-9.

HOUROVÁ, M., KRÁLÍČKOVÁ, M., UHER, P., 2007. *Vývoj miminka před narozením: Od embrya k porodu*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. (85 s.) ISBN 978-80-247-1942-9.

HÜTHER, G., WESER, I., 2010. *Tajemství prvních devíti měsíců: vývoj dítěte před narozením*. 1. vydání. Praha: Portál. 117 s. ISBN 978-80-7367-763-3.

CHOMÁTOVÁ, K., CHOMÁTOVÁ, H., 2006. *Duševní hygiena. Psychologie zdraví*. Praha: Česká zemědělská univerzita. 15 str.

CHOPRA, D., 2006. *Magické začátky*. 1. vydání. Praha : Euromedia Group. 258 s. ISBN 80-242-1785-6.

JANÍČEK, J., 2008. *Když úzkost bolí*. 1. vydání. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-7367-366-6.

JEDLIČKA, R., 2017. *Psychický vývoj dítěte a výchova*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 280 s. ISBN 978-80-271-0096-5.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

KINSELLA, M., T., MONK, C., 2011. Impact of Maternal Stress, Depression & Anxiety on Fetal Neurobehavioral Development. Clin Obstet Gynecol. 2009 Sep; 52(3): 425–440. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181b52df1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710585>

KOCVRLICHOVÁ, M., 2006. *Vina*. 1. vydání. Nakladatel: Triton. 376 s. ISBN 80-7254-684-8.

KOHOUTEK, R., 2013. *Současná prenatální psychologie*. Publikováno 8. 6. 2013[cit. 2014-2-19]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/>.

KOMENSKÝ, J. A., 1964. *Informatorium školy mateřské*. 2. uprav. vydání. Praha: SPN. 52 s. ISBN 14-015-64.

KONEČNÁ, H., 2003. *Na cestě za dítětem*. 1. vydání. Praha: Academia. 296 s., ISBN 80-200-1055-6.

KOUKOLÍK, F. a DRTILOVÁ, J., 2008. *Vzpouza deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. 2. přeprac. vydání. Praha: Galén. 327 s. ISBN 978-807-2624-102.

LABUSOVÁ, E., 2013. *Budoucím maminkám chybí důvěra v lékaře*. [online]. Publikováno 2013[cit.2014-2-19]. Dostupné z www.

LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z., 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. dopl. vydání. Praha: Karolinum. 400 s. ISBN 978-8-246-1983-5.

LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J., 2000. *Dětská psychoterapie*, 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.

LAZAR, I., 2005. *Poporodná deprese*. Slovenská gynekológia a porodnictví, 2005, č. 12, s. 26-31.

LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.

MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní*. 1. vydání. Praha: Eminent. 264 s. ISBN 80-7281-090-1.

MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní*. 1. vydání. Praha: Eminent. 264 s. (197 s.) ISBN 80-7281-090-1.

MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vydání. Praha: Eminent. 264 s. (183 s.) ISBN: 80-7281-090-1.

MAREK, V., 2010. *Nová doba porodní: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 2. upr. a dopl. vyd. Praha: V. Marek. 270 s. ISBN 80-254-9398-9.

MAREŠ, J. et al., 1997. *Dítě a bolest*. 1. vydání. Praha, Grada-Avicenum. 317 s. ISBN 80-7169-267-0.

MANDERSON, M., 2008. *Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications*. By: White, Olive; McCorry, Noleen K.; Scott-Heyes, Geraldine; Dempster, Martin; Manderson, John. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. May2008, Vol. 26 Issue 2, p74-85. 12p. 4 Charts. DOI: 10.1080/02646830801918455.

MATĚJČEK, Z., LANGMEIER J., 1986. *Počátky našeho duševního života*. 1. vydání. Praha: Panorama. 368 + 8 s. (116 s.) ISBN 11-060-86.

MATĚJČEK, Z.; LANGMEIER, J., 1986. *Počátky našeho duševního života*. 1. vydání. Praha: Panorama. 368 + 8 s. obrazových příloh. ISBN 11-060-86.

MATĚJČEK, Z., 1992. *Dítě a rodina, v psychologickém poradenství*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.

MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J., 1981. *Výpravy za člověkem*. 1. vydání. Praha: Odeon. 220 s. ISBN 01-070-81.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

- MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., a ANTALOVÁ, I., 2011. *Bonding–porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vydání. Praha: DharmaGaia. 279 s. (64 s.) obr. příl. ISBN 978-80-7436-014-5.
- MÜLLER, L., & MÜLLER, A., 2006. *Slovník analytické psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál. 496 s. ISBN 80-7178-863-5.
- NEWTON, R. W.; HUNT, L. P. *Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. British Medical Journal*. 288, 1191–1194, 1984. (cit. 2011-25-1). Dostupné z: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1441330>
- NESNÍDALOVÁ, J., 2015. *Maminko, důvěřuj si!* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-5407-9.
- ODENT, M., 1999. *Láska jako věda*. 1. vydání. Praha: Rodiče. 112 s. ISBN 80-86489-02-7.
- ONDŘIOVÁ, I., CÍNOVÁ, J., 2012. *Vliv prenatální komunikace na zdravý vývoj dítěte*. [online]. Sestra. 2012, roč. 22, č. 12, str. 28. Publikováno 29.12. 2012 [cit. 2014-02-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-prenatalni-komunikace-na-zdravy-vyvoj-ditete-46839>.
- PAŘÍZEK, A., 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vydání. Praha: Galén. 685 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
- PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J., 2006. *Úzkost a obavy – Jak je překonat*. 1. vydání. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
- PRŮCHA, J., 2011. *Dětská řeč a komunikace. Poznatky vývojové psycholingvistiky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3181-0.

RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie-porodnictví*. 1. vydání. Praha: Area, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

RHEINWALDOVÁ, E., 1997. *Jak vychovat šťastné dítě*. 2. rozš. a uprav. vydání. Praha : Motto. 247 s. ISBN 80-858-7261-7.

RHEINWALDOVÁ, E., 2011. *Jak vychovat šťastné dítě*. 4. Vydání. Praha: Motto. 247 s. ISBN 978-80-7246-509-5.

ROUHE, H., SALMELA-ARO, K., HALMESMÄKI, E., SAISTO, T. (2008). *Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (1), 67–73.

ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, A. a kol., 2001. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 339 s. ISBN 80-7013-339-2.

RYDING E., L. et al., 2007. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86 (7), 814 – 820.

SHARI, L., 2008. *Gynekologie po promoci*. č. 3. s. 34. ISSN 0090-3159.

SHARI, L., 2008. *Gynekologie po promoci*. č. 3, 2008. ISSN 0090-3159.

SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na úzkost a strach v těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN: 978-80-247-5469-7

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

SOLTER, A. J., 2014. *Moudrost raného dětství: proč důvěřovat miminkům a batolatům a učit se péči o ně od nich samotných*. 1. vydání. Praha: Triton. 224 s. ISBN 978-80-7387-695-1.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vydání. Boskovice: Albert. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

ŠIMANOVSKÝ, Z., 2002. *Hry pro zvládnutí agresivity a neklidu*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-689-6.

ŠPAŇHELOVÁ, I., 2003. *Dítě : vývoj a výchova od početí do tří let*. 1. vydání. Praha : Grada. 100 s. ISBN 80-247-0552-4.

ŠPAŇHELOVÁ, I., 2003. *Dítě: vývoj a výchova od početí do tří let*. 1. vydání. Praha : Grada. 100 s. (17 s.). ISBN 80-247-0552-4.

ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem*. 1. vydání. Praha: Argo, 2010. 320 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

ŠULOVÁ, L., 2004. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 247 s. ISBN 80-246-0877-4.

ŠULOVÁ, L., 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. Vydání. Praha: Karolinum. 248 s. ISBN 978-80-246-1820-3.

TEIXEIRA, J.M.A., FISK, N.M., GLOVER, V., 1999. *Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: kohort based study*. BMJ, 318, 153 – 157.

TEUSEN, G; GOZE-HÄNEL, I., 2003. *Prenatální komunikace*. 1. vydání. Praha : Portál. 79 s. ISBN 80-7178-753-1.

TEUSEN, G; GOZE-HÄNEL, I., 2003. *Prenatální komunikace*. 1. vydání. Praha : Portál. 79 s.(53 s.) ISBN 80-7178-753-1.

TEUSEN, G., GOZE - HANEL, I., 2015. *Prenatální komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 80 s. ISBN 978-80-2620-970-6.

TRČA, S., 2004. *Partner v těhotenství a při porodu*. 1. vydání. Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.

TRESS, W., KRUSSE, J., OTT. J., 2008. *Základní psychosomatická péče*. 1. vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

TYLOVÁ, V., 2000. Prenatální učení: jak psychologie pomáhá medicíně. *Medicína v praxi*. 2000, č. 3, (s. 40-43). ISSN 1212-8759.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání, rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-802-4621-531.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vydání, rozš. a přeprac. Praha: Karolinum. 531 s. (62-63 s.) ISBN 978-802-4621-531.

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál. 528s. ISBN 80-7178-308-0.

VERNY, T., KELLY, J.,1981: *The Secret Life of he Unborn Child*. Collins, Toronto 1981.

VERNY, T., KELLY, J. 1993. *Tajomný život dieťaťa před narodením*. Přelož. L. Matšálová. Bratislava: SPN, 1993. 177 S. Z angl.. orig. *The Secret Life of the Unborn Child*. ISBN 80 – 08 – 02055 – 5.

VYBÍRAL, Z., 2005. *Psychologie komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2.vydání. Praha: Portál, 319 s. ISBN 978-807-3673-871.

VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2.vydání. Praha: Portál, 319 s.(25 s.) ISBN 978- 807-3673-871.

VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

VYMĚTAL, J., 2004. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vydání. Praha: Portál. 181 s. IBN 80-7178-830-9.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 288s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Internetové zdroje

<https://www.paventia.cz/sluzby/dobrovolnictvi-/porucha-pripoutani/>

http://www.evalabusova.cz/rozhovory/t_indriell.php.

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>

MUDr. Luděk Fiala. Z dějin porodnictví III - Historie - Gynekologie a porodnictví -ZDN.

Z dějin Porodnictví III.

<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-frontazdravotnicke-noviny-zdn/z-dejin-porodnictvi-iii-459170>. Accessed February 15, 2016.

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. Medicabáze. Prenatální péče.

http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=13&cname=Gynekologie+a+porodnictv%C3%AD&letter=P&termId=2955&tname=Prenat%C3%A1ln%C3%AD+p%C3%A9%C4%8De&h=empty#jump. Accessed February 15, 2016.

8. Seznam příloh

Příloha č. 1 Souhlas s výzkumem

Příloha č. 2 Obrázky

Příloha č. 3 Průzkum respondentek – Excel formát, CD

Příloha č. 4 Souhrn respondentek – Pdf formát, CD

Příloha č. 5 Význam slov

Příloha č. 6 Freyberghova škála

9. Přílohy

Příloha 1 – Souhlas s výzkumem

Prof. MUDr. PhDr. Peter G. Fedor-Freybergh, DrSc., Dr. H. c. mult.

a

Bc. Alžběta Šimečková

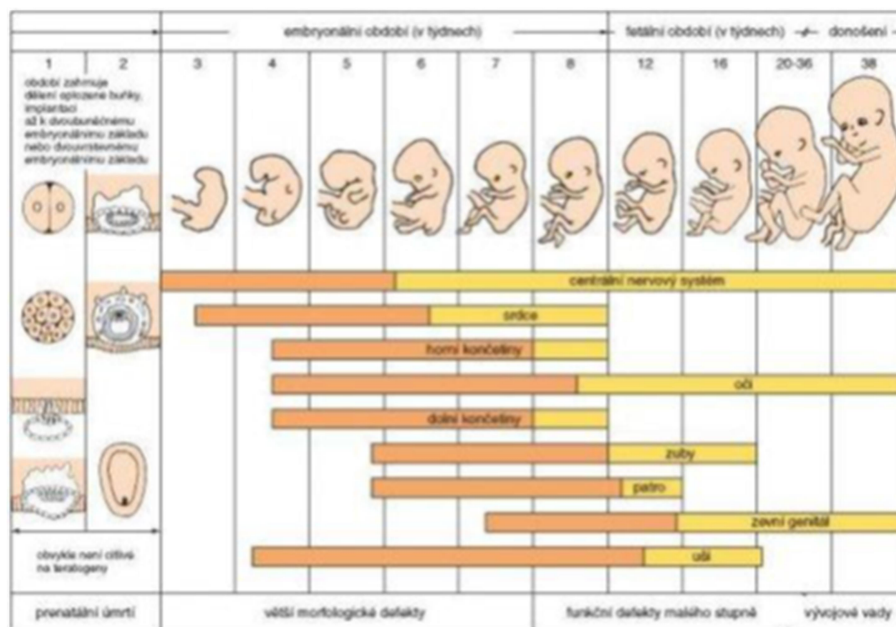
Vážený pane profesore,

obracím se na Vás s žádostí o povolení použití Freyberghovy škály v mé závěrečné diplomové práci s názvem Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte. Cílem diplomové práce je zhodnotit psychosomatickou situaci těhotné ženy a její vliv na prenatální vývoj dítěte a určit míru psychické (ne)pohody během těhotenství a po porodu.

.....
Prof. MUDr. PhDr. Peter G. Fedor-Freybergh, DrSc., Dr. H. c. mult.

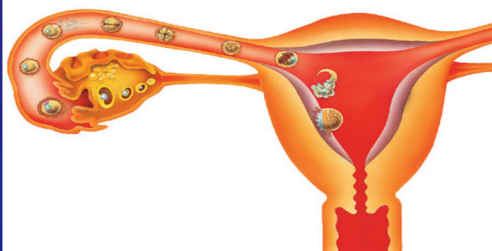
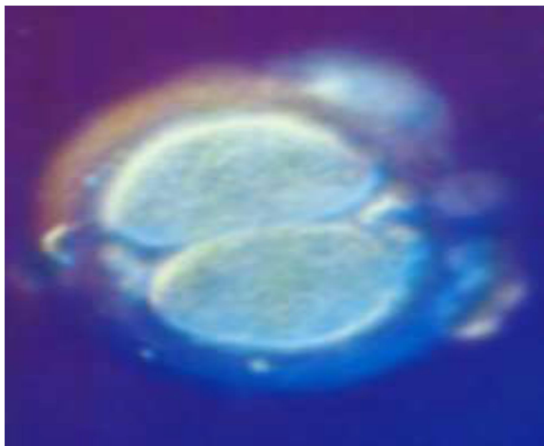
Příloha č. 2 - Obrázky

Obrázek č. 1 Vývoj plodu



Zdroj: Vývoj plodu. *Mimibaby.webnode.cz: Vše o dětech a rodičích* [online]. 2012 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://mimibaby.webnode.cz/tehotenstvi/vyvoj-plodu/>

Obrázek č. 2 - Dělení oplozeného vajíčka v prvních 24 hodinách



Obrázek č. 3 – 8. týden



Obrázek č. 4 – 16. týden



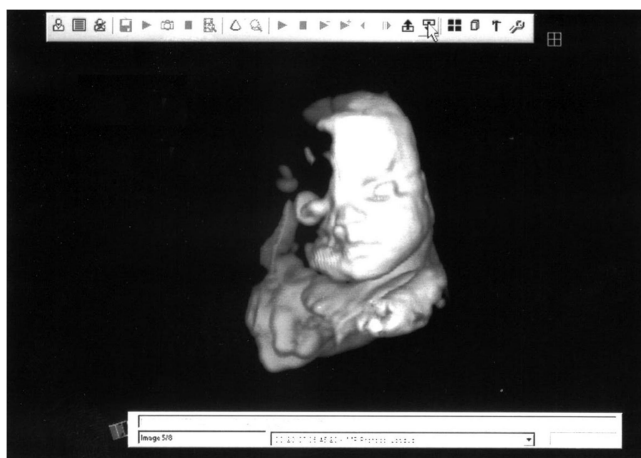
Obrázek č. 5 – 3. měsíc



Obrázek č. 6 – 17–20. týden (5. měsíc)



Obrázek č. 7 – 29–32. týden (8. měsíc)



Obrázek č. 8. – Novorozenec



Zdroje:

Jak miminko roste. Femibion: 2015 - 2018 MERCK spol. s r.o.. [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.femibion.cz/jak-miminko-roste/>

Novorozenec. Aktuálně: [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <https://www.aktualne.cz/novorozenec-ilustracni-foto/r~i:photo:444941/r~i:wiki:2984/>

Ultrazvuková vyšetření. GYNAP: Gynekologie a porodnictví [online]. 2008 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: http://www.gynap.cz/ultrazvukova_vysetreni.html

Kolektiv autorů, 2009. *Těhotenství a vývoj plodu týden po týdnu*. Praha: Mindsoft s.r.o. [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.mujuvztah.cz/sms-download/tehotenstvi-tyden-po-tydnu-ebook.pdf>

Moje těhotenství. Aktuálně [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.happybaby.cz>

Příloha č. 5 – Význam slov

Abrupce placenty – odloučení placenty

Apgar skóre – je označení pro mezinárodně užívaný bodovací systém používaný k orientačnímu posouzení zdravotního stavu novorozence bezprostředně po narození. Vyjadřuje se třemi čísly v rozpětí od nuly do desítky (například 9 – 10 – 10), které jsou součtem hodnot zjištěných v první, páté a desáté minutě

Bedding in – pokoj dítěte s matkou v posteli

Blastogeneze – první fáze vzniku zárodku

Blastocysta – 5–6 dní staré embryo, které se uhnízdí v děloze

Bonding – v užším smyslu slova sepejetí matky a dítěte při přiložení porozeného dítěte na hrudník matky

Dialog – rozhovor mezi dvěma nebo více osobami

Dula – je starořecký název, jenž se dnes používá pro speciálně vyškolenou ženu, která poskytuje především psychickou (ale i fyzickou) oporu novoroďičce. Dulu nelze zaměňovat s porodní asistentkou, nemá totiž potřebné zdravotní vzdělání, popř. Výchování.

Edukace – výchova, vyučování

Embryo – zárodek

Experiment – pokus, metoda výzkumu

Felicitas – štěstí, pocit spokojenosti

Fetus – plod

Fyziologické – normální, přirozený

Gravidita – těhotenství

Hypnóza – uměle navozený změněný stav vědomí, připomínající spánek

Individuum – jedinec, jednotlivec

Kontrakce – pravidelné stahy dělohy

Lanugo – ochmýření plodu a novorozence

Maternice – děloha

Mekonium – smolka

Multipara – vícečetné těhotenství

Nedělka, šestinedělí – je proces probíhající u žen bezprostředně po porodu dítěte, při němž se navrácí anatomické a fyziologické změny jejího těla do normálního stavu před těhotenstvím

Nidace – uhnízdění oplodněného vajíčka v děložní sliznici

Ontogeneze – individuální vývoj jedince od zárodečného vývoje do zániku

Oxytocin – hormon podporující kontrakce děložního svalstva

Per rectum – vyšetření přes konečník

Pica stav – podivná změna chuti těhotné ženy

Placenta – plodový koláč, plodové lůžko

Postnatálně – po narození

Prenatální – před narozením, od doby mezi početím a narozením

Primipara – prvorodička

Rooming in – nemocniční pobyt matky s novorozencem po porodu v jedné místnosti

Somatika – tělesný, vztahující se k tělu

Sonografické zobrazení, sonografie – diagnostická metoda, vyšetření ultrazvukem

Symbióza – vzájemně výhodné soužití, plodná spolupráce

Trimestr – období tří měsíců v těhotenství

Uterus – děloha

Příloha č. 6 Freyberghova škála

Vážené nastávající maminky.

Jmenuji se Bc. Alžběta Šimečková a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Pediatrie. Píši diplomovou práci na téma Vliv psychosomatické situace matek v těhotenství na prenatální vývoj dítěte. Proto Vás chci poprosit o vyplnění Freyberghovy škály, která obsahuje 70 otázek. Výzkum je anonymní a získané informace budou použity pouze v rámci mé diplomové práce jako výsledek výzkumného šetření.

V předložené škále označte prosím vždy jen jednu odpověď, s níž se ztotožňujete.

Předem děkuji za vaši vstřícnost, spolupráci a čas. S vyplněním této škály dáváte souhlas s anonymním zpracováním vámi uvedených údajů.

Měsíc/ týden ve kterém právě jste:

Datum vyplnění:

Freybergová škála

Číslo	Kategorie	Otázka	Nikdy, vůbec	Zřídka, výjimečně	Někdy, příležitostně	Často	Vždy, stále, pořád
1	SG	Se svou existencí jsem spokojená.	10	7	5	3	0
2	F	Když se partner ohlédne po cizí ženě, zůstávám klidná a vyrovnaná.	10	7	5	3	0
3	A	Užívám si život plnými doušky.	10	7	5	3	0
4	SG	Mívám pocit, že na mě klade mé okolí velké nároky.	0	3	5	7	10
5	D	Plně zvládám své emoce.	10	7	5	3	0
6	R	Chtěla bych se opět stát dítětem, abych měla méně starostí.	0	3	5	7	10
7	AG	Vážím si svých rodičů.	10	7	5	3	0
8	SG	Mám pocit, že působím na své okolí kladně/dobře.	10	7	5	3	0
9	F	Jsem spokojená se svým sexuálním životem.	10	7	5	3	0
10	A	Jsem přesvědčena, že situaci zvládnu, i kdyby partner dlouhodobě onemocněl.	10	7	5	3	0
11	S	Můj vztah k rodinným příslušníkům je pozitivní.	10	7	5	3	0
12	D	Cítím se být sebevědomá v kontaktu s mým okolím.	10	7	5	3	0
13	R	Chtěla bych své dětství prožít znovu.	10	7	5	3	0
14	AG	Daří se mi zůstávat klidná, i když se situace vyvíjí stresově.	10	7	5	3	0
15	SG	Jsem sama se sebou spokojená.	10	7	5	3	0
16	F	Při eventuální psychické krizi se mohu obrátit na rodinu.	10	7	5	3	0
17	A	Můj spánek je kvalitní.	10	7	5	3	0
18	S	Dívám se optimisticky na vývoj do budoucna.	10	7	5	3	0
19	D	Mám pocit, že mé okolí chápe mé současné chování.	10	7	5	3	0
20	R	V současné době jsem spokojená.	10	7	5	3	0

21	AG	Jsem opatrná při svém jednání s okolím.	10	7	5	3	0
22	SG	Řekla bych o sobě, že jsem bezproblémová.	10	7	5	3	0
23	F	Má rodina projevuje o mé city a pocity zájem.	10	7	5	3	0
24	A	Jednám tak, abych nikomu ze svého okolí neublížila (psychicky nebo fyzicky).	10	7	5	3	0
25	S	Zažívám chvíle, kdy toužím být sama.	0	3	5	7	10
26	D	Mám pocit, že mé okolí má o mě zájem.	10	7	5	3	0
27	R	Cítím se bezpečně.	10	7	5	3	0
28	AG	Mám hezké vzpomínky na své dětství.	10	7	5	3	0
29	SG	Moji rodiče jsou na mě pyšní.	10	7	5	3	0
30	F	S penězi vyjdu v pohodě.	10	7	5	3	0
31	A	Pocity strachu a úzkosti se mi vyhýbají.	10	7	5	3	0
32	S	Bolesti břicha a hlavy se mi vyhýbají.	10	7	5	3	0
33	D	Myšlenky na sebevraždu jsou mi naprosto cizí.	10	7	5	3	0
34	R	Jsem sebevědomá.	10	7	5	3	0
35	AG	Setkávám se v mé rodině s pochopením.	10	7	5	3	0
36	SG	Mám pocit, že jsem dostatečně milá ke svému partnerovi.	10	7	5	3	0
37	F	Můj partner se mi věnuje dostatečně.	10	7	5	3	0
38	A	Můj partner mě miluje.	10	7	5	3	0
39	S	Cítím se plná energie.	10	7	5	3	0
40	D	Trpím nechutenstvím.	0	3	5	7	10
41	R	Mám pocit, že jsem na těhotenství připravená.	10	7	5	3	0
42	AG	Má (ne)spokojenost se odvíjí od chování partnera.	0	3	5	7	10
43	SG	Těším se na své dítě.	10	7	5	3	0
44	F	Pocituji nedostatek spánku.	0	3	5	7	10
45	A	Cítím, že rodiče mi budou chtít pomoci s péčí o mé dítě.	10	7	5	3	0
46	S	V průběhu těhotenství si hlídám svoji hmotnost.	10	7	5	3	0

47	D	Jsem přesvědčena, že těhotenství a porod zvládnou.	10	7	5	3	0
48	R	Cítím se být zralá na to, abych se stala matkou.	10	7	5	3	0
49	S	Dělám něco pro to, abych po porodu nemusela shazovat příliš mnoho na váze.	10	7	5	3	0
50	SG	Mám pocit, že během těhotenství dodržuji správně svou životosprávu.	10	7	5	3	0
51	F	Mám pocit, že těhotenství mi komplikuje mou pracovní kariéru.	0	3	5	7	10
52	A	Na porod jsem psychicky připravená.	10	7	5	3	0
53	S	Věřím, že průběh těhotenství bude bezproblémový.	10	7	5	3	0
54	D	Spím dobře, bez problémů.	10	7	5	3	0
55	R	Během těhotenství chodím ráda do společnosti.	10	7	5	3	0
56	AG	Znepokojuje mě myšlenka, že bych mohla zranit city mého partnera.	0	3	5	7	10
57	SG	Uvědomuji si, že v průběhu těhotenství se vztah k partnerovi změní.	10	7	5	3	0
58	F	Věřím, že v budoucnu budu schopna sexuálního kontaktu.	10	7	5	3	0
59	A	Na péči o své dítě jsem připravena tak, abych mu neublížila.	10	7	5	3	0
60	S	Těším se, jak budu o své dítě pečovat.	10	7	5	3	0
61	D	Těším se, že život po porodu se změní k lepšímu.	10	7	5	3	0
62	R	Na období porodu a po porodu se dívám s nejistotou.	0	3	5	7	10
63	AG	Mám pocit, že mi mé těhotenství naplňuje život láskou.	10	7	5	3	0
64	SG	Mám pocit, že život před otěhotněním jsem si užila dosyta.	10	7	5	3	0
65	F	Jsem přesvědčena, že ať nastane po porodu cokoli, zvládnou to.	10	7	5	3	0
66	A	Věřím, že se mému partnerovi nestane neštěstí.	10	7	5	3	0
67	S	V souvislosti s těhotenstvím se cítím dobře.	10	7	5	3	0
68	D	Ráno vstávám s dobrým pocitem a těším se na nový den.	10	7	5	3	0
69	R	Stává se, že čelím krizovým situacím.	0	3	5	7	10
70	AG	Kvalita mého života je ovlivňována tím, co se děje v mém okolí.	0	3	5	7	10