

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Psychické změny v těhotenství  
a šestinedělí**

(Mental changes during the pregnancy  
and confinement)

**Diplomová práce**

**Autor práce: Miroslava Kundratová**

**Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné  
školy**

**Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kamila Holásková, PhD.**

**Olomouc 2010**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím všech informačních zdrojů, které jsem uvedla v seznamu pramenů a literatury.

V Olomouci dne 26. března 2010 .....

Na tomto místě bych chtěla poděkovat za vedení diplomové práce paní PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D., za její cenné rady a odborné připomínky k práci.

.....

# **OBSAH**

<b>OBSAH</b> .....	4
<b>ÚVOD</b> .....	5
<b>I. STANOVENÍ CÍLŮ</b> .....	7
<b>II. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	8
<b>1. Období těhotenství</b> .....	8
1.1 Fyziologie těhotenství .....	8
1.1.1 <i>Změny v organismu těhotné ženy</i> .....	9
1.2 Těhotenství jako nová životní situace .....	11
1.3 Faktory negativně ovlivňující těhotné ženy .....	12
1.4 Možnosti, jak příznivě ovlivnit psychickou pohodu těhotných žen .....	15
1.5 Vliv předporodní přípravy .....	18
1.6 Rodina a partner jako opora těhotné ženy .....	19
<b>2. Období šestinedělí</b> .....	21
2.1 Fyziologie šestinedělí .....	21
2.2 Zážitek porodu .....	22
2.3 Péče o ženu v šestinedělí v domácím prostředí .....	26
2.4 Vliv kojení na psychický stav šestinedělky .....	27
2.5 Vytváření mateřské role .....	29
<b>3. Poporodní deprese</b> .....	32
3.1 Charakteristika depresí .....	32
3.1.1 <i>Rizikové faktory pro rozvoj deprese</i> .....	32
3.1.2 <i>Stupně rozvoje deprese</i> .....	33
3.1.3 <i>Příznaky depresí</i> .....	33
3.2 Poporodní deprese .....	33
3.2.1 <i>Příčiny rozvoje poporodních depresí</i> .....	34
3.2.2 <i>Projevy poporodních depresí</i> .....	36
3.2.3 <i>Podpůrné aktivit a léčba poporodních depresí</i> .....	37
<b>III. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	39
3.1 Hypotézy .....	39
3.2 Volba respondentů .....	39
3.3 Metodika .....	39
3.4 Hodnocení a výsledky výzkumu .....	41
<b>DISKUZE</b> .....	70
<b>ZÁVĚR</b> .....	72
<b>POUŽITÁ LITERATURA</b> .....	74
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	76
<b>ANOTACE</b> .....	77

## ÚVOD

V úvodu své diplomové práce vás chci seznámit s tématem, kterým se budu zabývat. Práce nese název Psychické změny v těhotenství a šestinedělí. Už samotný název poměrně jasně vystihuje základní obsah práce. Tím je snaha zmapovat, jaké vnitřní i vnější faktory mohou působit na těhotnou ženu, a to v pozitivním i negativním smyslu. Budu se věnovat také možnostem, jak zmírnit případné negativní projevy těhotenství, např. cvičení v graviditě, přípravě na porod, poradně pro těhotné apod.

Další velkou kapitolou je část věnovaná šestinedělí. Cílem této kapitoly je shrnutí nejrůznějších vlivů, které matku po porodu ovlivňují, spolu s naznačením možností, jak proti některým nepříjemným vlivům a omezením bojovat.

Třetím úsekem práce je text zaměřený na problematiku poporodních depresí jako poměrně častého jevu. Vysvětlím, co obecně znamená slovo deprese a proč se mohou rozvíjet právě v šestinedělí. Zaměřím se také na léčbu těchto projevů a na možnosti, jak negativní vliv depresí co nejvíce kompenzovat.

Předkládaná diplomová práce je rozdělena na dva základní celky – část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zaměřuje na zjištění základních skutečností o tématu, jak již byla popsána výše. Praktická část práce mapuje reálnou situaci mezi respondentkami. Výzkum je realizován dotazníkovou metodou a následným vyhodnocováním odpovědí. Účastnilo se jej sto matek, které rodily nejdéle před jedním rokem. Jejich výběr je nahodilý.

„Těhotenství a porod jsou velmi významnou vývojovou krizí v životě ženy. Změny probíhají v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, psychické i sociální. V době těhotenství se žena vyrovnává s velkým množstvím zásadních životních změn. Vývoj psychických změn a reakcí ženy v době těhotenství a při porodu je z velké části podmíněn osobností těhotné, věkem a zralostí osobnosti, postojem k těhotenství, připraveností na novou roli matky, na jejím sociálním, ekonomickém zázemí, momentálním životním prostředím apod. Těhotná žena se učí a přivyká

nové životní roli, mění staré modely chování, reorganizuje a doplňuje nové typy chování. Dochází k vývoji mateřské identity, kdy žena začleňuje vlastní já do nové role matky. Proto každá těhotná žena potřebuje v tomto období pozornost a podporu ze strany partnera, rodiny a přátel.“<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha, Area 2008, ISBN 978-80-254-2186-4, s. 17.

# **I. STANOVENÍ CÍLŮ**

- Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jaký vliv mělo těhotenství a šestinedělí na psychický stav skupiny náhodně vybraných žen,
- zjistit, jak rozdílně prožívají své těhotenství a šestinedělí prvorodičky a vícerodičky,
- zjistit, jaké obtíže pociťovaly tyto ženy během těhotenství a šestinedělí a jestli měly negativní vliv na jejich psychický stav,
- cíl autora: prostudovat problematiku pomocí dostupných zdrojů, vypracovat a vyhodnotit dotazník,
- cíl výzkumu: oslovit skupinu respondentů a výzkum realizovat,  
získané údaje adekvátně zpracovat,  
výsledky výzkumu graficky zpracovat,

## **II. TEORETICKÁ ČÁST**

### **1. PSYCHICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ**

#### **1.1 Fyziologie těhotenství**

Těhotenství trvá 280 dnů, to znamená deset lunárních měsíců a devět měsíců kalendářních. K oplození vajíčka dochází ve vejcovodu, kde se setkává vajíčko se spermií. Oplozené vajíčko se začne ihned dělit (rýhovat). Postup oplozeného vajíčka vejcovodem je poměrně pomalý. Do dělohy dorazí až za 4 – 6 dnů po oplození. V této době má vajíčko tvar duté koule, ze které se postupně oddělí budoucí placenta a vlastní embryo. V okamžiku, kdy se zárodek dostane do dělohy, se uchytlí na děložní sliznici, kde se zanoří do vysoké a bohatě prokrvené sliznice. Toto uchycení se označuje jako nidace. Poté se vývoj nového organismu vyvíjí dvěma směry.<sup>2</sup>

Jedním z nich je vývoj placenty a placentárního krevního oběhu. Placenta má metabolickou a ochrannou funkci, její vývoj je ukončen ve třetím měsíci těhotenství. Kromě placenty chrání dítě také plodové blány a plodová voda. Plodové blány jsou dvě, vnější a vnitřní. Plodová voda představuje ideální prostředí pro plod. Umožňuje mu pohyblivost a chrání ho před otřesy. Stejně tak chrání placentu a její oběh před tlakem. Do plodové vody přecházejí zplodiny metabolismu plodu, obsahuje v nízké koncentraci glukózu, bílkoviny a močovinu. Jsou v ní také oloupané povrchní buňky sliznic. Na konci těhotenství je její objem 600 – 700 ml.<sup>3</sup>

Současně roste i samotné embryo. Koncem druhého měsíce již mluvíme o plodu. Ten je v této době 3 cm dlouhý, má již téměř lidský tvar. Na konci třetího měsíce má již 9 cm, je vytvořen chrupavčitý základ kosti a vyvíjejí se pohlavní orgány, játra a ledviny začínají plnit svou funkci. Během čtvrtého měsíce plod naroste do délky 16 cm, jeho tělíčko pokrývá jemné chmýří (laguno). O měsíc později má délku již 25 cm. Začínají růst vlasy a nehty, matka již pociťuje pohyby plodu. Od šestého měsíce

---

<sup>2</sup> DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S. *Somatologie 2*. Praha, Avicenum 1990. ISBN 80-201-0039-3, s. 195-196.

<sup>3</sup> MACKŮ, F. *Porodnictví pro 3. ročník středních zdravotnických škol*. Praha, Scientia medica 1996. ISBN 80-85526-45-X, s. 11.



se hmotnost plodu zvyšuje o 0,5 kg měsíčně. Na konci devátého měsíce má plod všechny známky zralosti. Měří 48 – 50 cm, hmotnost kolem 3 400 g.<sup>4</sup>

Během těhotenství se mění také uložení plodu v děloze. To není stálé do 32. – 34. týdne. Definitivní uložení plod zaujímá obvykle v osmém měsíci. Určení polohy plodu je na konci těhotenství a před porodem základem porodnického vyšetření.<sup>5</sup>

### **1.1.1 Změny v organismu těhotné ženy**

Těhotenství vyvolává v organismu řadu změn, které souvisí se zajištěním vývoje a výživy plodu, přípravou na porod a s následným kojením.

Jednou z oblastí, ve které nastávají změny, je endokrinní systém. Tyto změny jsou způsobeny především vznikem placenty. Již předtím se tvoří choriový gonadotropin, který stimuluje k větší sekreci progesteronu a estrogenů. Tyto hormony vyvolávají další změny jako např. vynechání menstruace, zbytnění děložní svaloviny apod. Od třetího měsíce těhotenství přebírá hormonální funkci placenta. Ta zvyšuje produkci některých dalších hormonů. Ty pak způsobí zvětšení štítné žlázy, kde se ve větší míře hromadí jód, bazální metabolismus stoupne o dvacet procent aj.<sup>6</sup>

Významné změny probíhají na rodidlech. Mění se tvar a velikost dělohy, vystýlá se její dutina, zvětší se také cévní zásobenění a průtok krve děložní dutinou. Konzistenci mění také děložní hrdlo (je prosáklé, překrvené). To si zachovává až do konce gravidity svůj tvar. Překrvené a zvýšeně pigmentované jsou také zevní pohlavní orgány. Na laktaci se připravuje mléčná žláza. Vlivem estrogenů a progesteronu se zvětšuje její objem, v mléčné žláze se ukládá tuk, je také zvýšeně prokrvená a kůží prosvítá kapilární síť.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> MACKŮ, F. *Porodnictví pro 3. ročník středních zdravotnických škol*. Praha, Scientia medica 1996. ISBN 80-85526-45-X, s. 9.

<sup>5</sup> Tamtéž, s. 12.

<sup>6</sup> DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S. *Somatologie 2*. Praha, Avicenum 1990. ISBN 80-201-0039-3, s. 198

<sup>7</sup> Tamtéž, s. 199.

Těhotenství zatěžuje také další tělní systémy, např. močové ústrojí. Zvyšuje se průtok krve ledvinami, sliznice jsou překrvené, močový měchýř i močovody jsou vysunuté ze svého obvyklého uložení. Tonus svaloviny je slabší, proto mají těhotné ženy vyšší sklon k infekcím močových cest. Oběhový systém je zatížen také výrazně. Cévní řečiště je zvětšeno, počet srdečních úderů se zvyšuje až o dvacet úderů za minutu. Tonus žilních stěn je snížený, což může vést ke vzniku varixů, především u žen s genetickou dispozicí. Změny se také týkají krve. Její kolující objem se zvyšuje až o třetinu, mění se také složení. Nižší je počet červených krvinek, bílých krvinek je naopak více.<sup>8</sup>

Stejně tak je ovlivněna funkce dýchacího ústrojí. Snížená vitální kapacita plic je způsobena tlakem na bránici koncem těhotenství. Naopak se zvyšuje počet dechů. Nižší tonus svaloviny trávicího traktu jsou často příčinou časté zácpy a nadýmání. Kvůli tlaku na žaludek bývá u těhotných žen přítomno také pálení žáhy. Na počátku těhotenství se u mnohých maminek objevuje těhotenská nevolnost.<sup>9</sup>

Pohybové ústrojí je namáháno především přírůstkem hmotnosti. Ideální přírůstek se pohybuje kolem 10 – 12 kg, mnohdy je ale mnohem vyšší. Mění se statika v oblasti pánevního pletence a zakřivení páteře, kvůli tomu mají gravidní ženy potíže s bolestmi zad. Stejně tak tyto změny ovlivňují celkovou pohyblivost a chůzi, především ke konci těhotenství. Břišní stěna je napjatá, v posledním trimestru se často objevují na podbřišku, hýždích a někdy také nadrech strie. Kůže na zevních pohlavních orgánech a kolem análního otvoru je více pigmentovaná. Na konci těhotenství se u některých žen mohou v oblasti obličeje objevit hnědavé skvrny, které po porodu vymizí.<sup>10</sup>

Organismus těhotné ženy klade vyšší nároky také na hospodaření s vodou a minerály. Celková tělesná voda se zvyšuje o sedm litrů, z toho více než litr připadá

---

<sup>8</sup> KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha, Galén 2005, ISBN 80-7262-315-x, S. 224.

<sup>9</sup> Tamtéž, s. 225.

<sup>10</sup> MACKŮ, F. *Porodnictví pro 3. ročník středních zdravotnických škol*. Praha, Scientia medica 1996. ISBN 80-85526-45-X, s. 13.

na zvětšení krevního objemu. Budoucí matky potřebují ve stravě získat více železa, vápníku, fosforu, hořčíku, draslíku a síry.<sup>11</sup>

Tyto popisované změny ukazují, že těhotenství si klade na fyzický stav budoucí matky nemalé nároky. Díky tomu bývají těhotné ženy často ospalé, zvýšeně unavené a ve většině případů musí snížit tempo své práce a života obecně.

## 1.2 Těhotenství jako nová životní situace

Zpráva, že je žena těhotná, bývá ve většině případů šťastná. Pokud se nastávající matka na své dítě těší, je také vyšší šance na zdárný průběh těhotenství a menší výskyt komplikací. V případech, kdy žena otěhotní neplánovaně, má dvě možnosti. Buď těhotenství přijme jako nečekanou, ale přece jen vítanou životní změnu, nebo začne zvažovat ukončení těhotenství. Často se také stává, že si žena dítě ponechá s tím, že se časem „uvidí a nějak to dopadne“. Během následujících měsíců ji pak může překvapit, s jakým nadšením sleduje změny, které v jejím těle probíhají.

Těchto změn v těle i myšlení nastávajících matek je tolik, že mnohdy nepříjemně překvapí i matky, které se na své dítě velmi těší. Ženy se totiž musí ztotožnit se svou novou rolí – rolí matky. Přestože si žádná z prvorodiček zatím nedovede představit, jaký život ji po porodu čeká, musí se s novou situací takzvaně „sžít“. V této chvíli je důležité, aby nastávající maminku podpořil její partner. Některé ženy si své těhotenství uvědomují velmi zřetelně již od počátku, jiné se poměrně dlouho „necítí těhotné“. Tento fakt je může frustrovat a mohou kvůli tomu mít pocit provinění.<sup>12</sup>

S postupujícím těhotenstvím se mění psychika ženy. Po počáteční radosti a současné zmatenosti se ženy začínají strachovat o dítě. Nastává období častého střídání nálad. Budoucí maminky jsou také často jakoby zahleděné do sebe, v šestém měsíci se začínají nudit. S blížícím se termínem porodu se více bojí, přitom jsou ale netrpělivé a často si své dítě představují a těší se na ně. Na samém konci těhotenství bývají maminky hodně citlivé a podrážděné. Tyto psychické změny mají hormonální návaznost. Popisována bývá benigní těhotenská encefalopatie. Jsou to právě tyto příznaky jako zapomnětlivost, dezorientace, zmatenost a postihují

---

<sup>11</sup> Tamtéž, s. 13 – 15.

<sup>12</sup> [www.gynekologie.cz](http://www.gynekologie.cz)

téměř polovinu těhotných žen, výraznější bývá u vícerodiček. Obecně se dají zásadní změny shrnout takto: v prvním trimestru těhotenství je nejdůležitějším úkolem přijmout těhotenství, druhý trimestr je psychologicky nejstabilnější částí gravidity. Ve třetím trimestru je již dokončena psychologická příprava na porod a přijetí dítěte, s blížícím se porodem stoupá nervozita a úzkostné stavy.<sup>13</sup>

### 1.3 Faktory negativně ovlivňující těhotnou ženu

Jedním z nejčastějších průvodních jevů, které se vyskytují především v prvním trimestru těhotenství, jsou těhotenské nevolnosti. Nemá je každá žena a stejně tak bývají různě silné. Těhotenské nevolnosti spouští hormon HCG, tj. choriový gonadotropin, který zabezpečuje zvýšenou tvorbu dalších hormonů, pro zdravé těhotenství nezbytných. Hladina tohoto hormonu se postupně mění, vrcholu dosahuje mezi 8. – 10. týdnem gravidity. Nevolnosti a s nimi související zvracení je ale v každém případě zásahem do života budoucí matky. Nevolnosti se většinou dostavují ráno (proto bývají také označovány jako ranní nevolnosti), ale není to pravidlem. Ráno se vyskytují kvůli nižší hladině cukru v krvi, proto pomáhá sníst ještě v posteli sušenku nebo kousek sušeného ovoce a pít hodně vody. Výhodou je, pokud se dostavují v pravidelnou dobu, protože žena se na ně může do jisté míry připravit. V každém případě se ale jedná o velmi nepříjemné stavy, které psychické pohodě těhotných žen rozhodně nepomáhají. Při těhotenských nevolnostech je nutné vyzkoušet, které potraviny ženě vyhovují nejlépe, jídlo by mělo být rozloženo do několika dávek a nemělo by být příliš tučné, aby nezatěžovalo trávicí trakt.<sup>14</sup>

Poměrně často se vyskytují i změny chuťového vnímání gravidních žen. Názor, že jsou způsobeny zvýšenou potřebou některé z živin v organismu, nebyl potvrzen. Příčina je spíše ve změně složení krve. Některé potraviny mohou nevolnosti a zvracení vyvolávat. Problémové jsou hlavně ostře aromatické suroviny jako cibule

---

<sup>13</sup> ČEPICKÝ, P. *Psychologie porodnictví*. In: Celostátní kongres gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha, Euroagentur 1999. ISBN 80-238-4740-6, s. 148 – 154.

<sup>14</sup> [www.gynekologie.cz](http://www.gynekologie.cz)

nebo česnek a v dnešní době také fast foodové produkty. Tato citlivost je dána zostřením citlivosti čichu, které je na počátku těhotenství poměrně běžné.<sup>15</sup>

Gravidní ženy mají zvýšenou potřebu spánku. Jsou rychle unavené, bývají pomalejší a klidnější. Tato situace často překvapuje především ženy s prvním těhotenstvím, které jsou zvyklé žít velice aktivní život. Najednou toho nezvládají tolik, což může mnohé zaskočit. Zpravidla se ale na dítě těší, takže jim nečiní velké potíže (jak dokazuje výzkumná část práce) uzpůsobit životní styl novým podmínkám. Pokud mají těhotenství bezproblémové, mohou si užívat pohody a klidu, než se jim potomek narodí. Se zvýšenou unavitelností souvisí také omdlávání, kterým některé gravidní ženy trpí. Týká se to především matek s nízkým krevním tlakem, při déletrvajícím stání na slunci nebo v nevyvětrané místnosti.<sup>16</sup>

Určitou zátěž na psychiku může způsobovat také měnící se postava. Každá žena tyto změny prožívá jinak, některá vůbec, jiné může časem dělat potíže pohybovat se ve společnosti stejně sebejistě jako dřív. V tomto bodě hraje nejdůležitější roli partner a ženino nejbližší okolí. Pokud cítí jejich podporu, nemusí se vůbec cítit méněcenná.

V mnohem složitější situaci se ocitají ženy se slabým sociálním a rodinným zázemím, tedy matky opuštěné, sociálně izolované nebo žijící v nevyhovujících ekonomických podmínkách. Alespoň částečný dostatek hmotných prostředků pomůže zajistit prostřednictvím nejrůznějších dávek sociální pracovnice, klid a pohodu ale těmto ženám nezajistí zcela. Těhotné ženy jsou v důsledku izolace a nedostatku lásky frustrované, upadají do depresivního stavu, častěji rodí předčasně, mají sklon být hostilní a odmítavé vůči dítěti. Pro podobné případy jsou matkám k dispozici podpůrné programy v mateřských centrech. V případě, že se k těhotné ženě obrátí zády její partner, může jí velmi pomoci rodina. Pokud se nemůže spolehnout na nikoho, je neskutečně obtížné, ne-li nemožné, udržet se v optimální psychické kondici.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. Brno, Computer Press 2004, ISBN 80-251-0205-X, s. 21.

<sup>16</sup> [www.gynekologie.cz](http://www.gynekologie.cz)

<sup>17</sup> RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha, Area 2008, ISBN 978-80-254-2186-4, s. 30.

Mnoho žen se musí po zjištění těhotenství obejít bez kouření. Pokud se kuřák rozhodne se svým zlovykem skončit, je to v každém případě situace náročná na sebeovládání. V případě těhotných žen je situace myslím jednodušší. Vědomí, že by mohla poškozovat zdraví dítěte, jim situaci alespoň z psychického hlediska ulehčuje a nemají s odnaučením většinou žádný výraznější problém. Pokud kouří těhotné ženy dál, mohou způsobit předčasný porod, nikotin snižuje prokrvení placenty, takže k plodu jde méně kyslíku. I když přestanou kouřit v 7. – 8. měsíci, je patrný kladný vliv na vývoj dítěte.<sup>18</sup>

Negativním faktorem, který může těhotenství ovlivnit, bývají nejrůznější obavy. Jsou obvyklé u každého těhotenství, především u prvního, ale neměly by překročit zdravou mez. Strach mohou nastávající matky pociťovat z různých důvodů. Mladé maminky se mohou bát celkově nové situace, naopak ženy po třicátém či pětatřicátém roce se obávají spíše o zdraví miminka. Tyto pocity má každá gravidní žena a opět záleží na přístupu ošetřujícího lékaře a rodiny, do jaké míry se jim podaří podobné obavy eliminovat.

Nejnáročnější bývá především třetí trimestr gravidity, a to z několika důvodů. Jedním z nich je změna postavy a tím pádem větší omezenost v pohybu. Ženy bývají nervózní z faktu, že jim všechno déle trvá a jsou okamžitě unavené. Otékání nohou a bolesti zad v samém konci těhotenství také psychické kondici neprospějí. Proto se maminky v tomto období velmi těší na blízký porod a bývají většinou nedočkavé, přestože mnoho z nich se samotného porodu bojí. Větší úzkost je v konečné fázi těhotenství normální, převažují obavy, aby se dítě narodilo zdravé a všechno proběhlo bez komplikací.<sup>19</sup>

Psychicky náročná je také situace, kdy těhotná žena v minulosti potratila nebo porodila mrtvé dítě a s tímto neúspěchem se musí vyrovnat. Žena může být úzkostnější, je pod větším psychickým tlakem, protože je více sledována a její současné těhotenství je bráno jako rizikové. Žena může mít také problémy s emoční

---

<sup>18</sup> [www.gynekologie.cz](http://www.gynekologie.cz)

<sup>19</sup> Tamtéž.

angažovaností k tomuto dítěti, reaguje často labilně, proto potřebuje neustálou podporu rodiny a zdravotnického personálu.<sup>20</sup>

## **1.4 Možnosti, jak příznivě ovlivnit psychickou pohodu těhotných žen**

Možností, jak ulehčit těhotným ženám jejich čekání, je mnohem víc než v minulosti. Existují specializovaná centra (často bývají součástí porodnic a pracují v nich tamní porodní asistentky), kde mohou budoucí matky cvičit, plavat, dochází sem na kurzy pro těhotné, kde se teoreticky i prakticky připravují na samotný porod. Kromě toho se především ve větších městech rozšířila nabídka těhotenských masáží. Ty jsou zaměřeny hlavně na relaxaci. Jemné doteky stimulují nervová zakončení a prokrvují, současně mají velmi pozitivní vliv na psychický stav. Masér může používat rostlinné oleje, nutné je ale dávat pozor na to, jaké silice který olej obsahuje. Některé bylinky jsou totiž v těhotenství absolutně nevhodné (např. třezalka). Masáže jsou také důležitou součástí předporodní přípravy a během porodu mírní bolesti.<sup>21</sup>

K dobré psychické kondici obecně přispívají činnosti, které těhotná žena měla ráda již před otěhotněním. Ideální proto je, pokud se jim může věnovat i nadále. V případě dobrého zdravotního stavu mohou ženy v období gravidity bez větších omezení navštěvovat nejrůznější kulturní akce, chodit do společnosti apod. Přesto je vhodné vyhýbat se příliš hlučnému prostředí, v horkých dnech chodit ven spíše ráno a navečer a nechodit do zakouřených prostor. Pořád ale platí známé tvrzení, že těhotenství není nemoc a není tudíž nutné se nějak striktně omezovat, pokud nemá těhotná žena nařízení přímo od lékaře.

Pro těhotné ženy je nejdůležitější mít kolem sebe partnera, rodinu a přátele, kteří mohou fungovat jako opora, pokud je to potřeba. Díky nim se ženy nedostávají do takové sociální izolace. Této otázce bude později věnována samostatná podkapitola.

---

<sup>20</sup> RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha, Area 2008, ISBN 978-80-254-2186-4, s. 29.

<sup>21</sup> BEJDÁKOVÁ, J. *Cvičení a sport v těhotenství*. Praha, Grada publishing 2006. ISBN 80-247-1214-8, s. 24.

Důležitá je kvalitní strava gravidních žen, a to z několika důvodů. Nejpodstatnějším z nich je správný vývoj plodu. Kromě toho zajišťuje vyvážená strava větší pohodlí samotné ženy. Těžké jídlo organismus zbytečně zatěžuje a způsobuje zácpu, která je v těhotenstvím dost častým problémem.<sup>22</sup>

Velmi prospěšně působí na fyzický i psychický stav gravidních žen pohyb. Nejlepší je, pokud byla žena v dobré kondici již před otěhotněním. Organismus se v tomto případě nastalým změnám lépe přizpůsobuje a po porodu má menší problémy se zotavováním. Pokud žena nikdy příliš nesportovala, měla by se v rozumné míře pohybovat alespoň během těhotenství. Byl vypracován systém cviků, které zlepšují celkovou kondici, podporují látkovou výměnu a povzbuzují krevní oběh. Kromě toho zabraňují jednostrannému přetěžování kloubů a některých svalových skupin a připravují na porod nácvikem správného dýchání a relaxace. Jednotlivé cviky jsou uzpůsobeny pokročilosti těhotenství.<sup>23</sup>

Sport v těhotenství je velmi specifický a každá žena k němu musí přistupovat jinak. Je hodně aktivit, které již nesmí vykonávat. Jak už bylo řečeno, hodně závisí na minulé sportovní aktivitě a trénovanosti. Těhotenství proto rozhodně není dobou vhodnou pro zahájení pravidelného cvičení v posilovně apod. Veškerá pohybová aktivita v graviditě by měla vzhledem ke zvýšeným nárokům na organismus probíhat v mírném klidovém tempu. Některé sportovní aktivity jsou v těhotenství naprosto nepřijatelné a s některými je naopak vhodné začít. Mezi takové aktivity patří speciální těhotenská gymnastika. Ta pomáhá mimo jiné proti rozvoji plochých nohou a bolestem zad. Veškerá aktivita musí být schválena gynekologem.<sup>24</sup>

Mezi sporty, které jsou v graviditě rizikové, patří jízda na koni, tenis, bruslení, lyžování, terénní běh, squash, aerobic, míčové hry a silové aktivity, tedy všechny vytrvalostní namáhavé sporty. S přihlédnutím ke zdravotnímu stavu konkrétní ženy jsou vhodné např. těhotenská gymnastika, plavání, chůze, mírný jogging, jízda

---

<sup>22</sup> MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. Brno, Computer Press 2004, ISBN 80-251-0205-X, s. 48.

<sup>23</sup> MACKŮ, F. *Porodnictví pro 3. ročník středních zdravotnických škol*. Praha, Scientia medica 1996. ISBN 80-85526-45-X, s. 18.

<sup>24</sup> BEJDÁKOVÁ, J. *Cvičení a sport v těhotenství*. Praha, Grada publishing 2006. ISBN 80-247-1214-8, s. 9 - 10.



na kole či rotopedu, tanec (vhodné jsou orientální tance, prospívají i děti, které od 26. týdne slyší a vnímá hudbu) a gravidjóga. Nutné ovšem je veškeré vyjmenované aktivity provádět v mírném tempu, aby nedocházelo ke zbytečnému vysílení. Důležité je dále respektovat některá pravidla: před samotným cvičením postupně zahřát organismus a na závěr je stejně důležité pozvolné uklidnění a protažení.<sup>25</sup>

Z hlediska psychiky těhotných žen je nevhodnějším druhem pohybu gravidjóga. Ta učí ženu, jak zvládnout problémy a stresující faktory v těhotenství. Základem zvládnutí tohoto cvičení je nácvik relaxačních technik. Vlastní cvičení pak vede k uvolnění svalového napětí a uvědomování si vlastního těla. Nikdy by nemělo být nepříjemné, je absolutně nevhodné zacházet na hranici bolesti. Gravidjóga se cvičí při relaxační hudbě, proto pomáhá budoucím matkám fyzicky i psychicky. Kromě jógy působí proti bolestem zad také sezení na gymnastickém míči.<sup>26</sup>

Velmi častou pohybovou aktivitou v době těhotenství je plavání. To se doporučuje v průběhu celého fyziologického těhotenství, přestat by s ním žena měla v 38. týdnu gravidity. Voda příznivě působí na organismus a vzhledem ke zvyšování hmotnosti pomáhá ulevovat od bolestí zad. Plavání vyvolává pocit pohody a klidu, proto pozitivně působí i na psychiku žen. Ta může navštěvovat speciální kurzy pro těhotné, které jsou pořádány ve specializovaných klubech nebo veřejných bazénech. Nutné ovšem je zvýšeně dbát na čistotu a teplotu vody, která má mít 29 – 30 °C. Ve veřejných bazénech existuje vyšší riziko infekce, proto je potřebné striktně dodržovat hygienu.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. Brno, Computer Press 2004, ISBN 80-251-0205-X, s. 55.

<sup>26</sup> BEJDÁKOVÁ, J. *Cvičení a sport v těhotenství*. Praha, Grada publishing 2006. ISBN 80-247-1214-8, s. 16.

<sup>27</sup> Tamtéž, s. 50.

## 1.5 Vliv předporodní přípravy

Předporodní příprava hraje v době těhotenství velmi pozitivní roli, a to v oblasti fyzické i psychické. Pro prvorodičky je těhotenství naprosto novou zkušeností, proto velmi prožívají radosti i strach, které přináší. Čím více se blíží termín porodu, tím více se zaobírají myšlenkou, jak bude jejich porod probíhat. V tomto ohledu se neliší od vícerodiček, přestože ty již ví, co na ně čeká. Předporodní kurzy se snaží připravit tyto ženy na porod co nejlépe.

Většina zařízení, organizujících předporodní kurzy, doporučují začít s návštěvami asi dva měsíce před termínem porodu. Jejich náplň bývá většinou rozdělena do několika částí: v první části jsou ženám poskytovány informace týkající se předporodní přípravy. Maminky se dozví, co si s sebou vzít do porodnice, školený personál (většinou porodní asistentky) jim vysvětlí, co se během samotného porodu děje a jak bude probíhat šestinedělí. Důležité je také poučení o správné hygieně a životosprávě. Neméně důležitá je také fyzická příprava. V rámci ní se ženy učí základům těhotenské gymnastiky, trénují správné dýchání a nacvičují relaxační techniky. Tato část ale nebývá součástí všech předporodních kurzů, proto je dobré, pokud maminka navštěvuje ještě specializované kurzy, které se tímto cvičením přímo věnují.<sup>28</sup>

Některé předporodní kurzy se věnují také problematice péče o novorozence. Tuto část využijí především prvorodičky, které se zde dozví, jak miminko koupat a ošetřovat.<sup>29</sup>

Náplň předporodních kurzů by tedy měla směřovat hlavně k jednomu cíli - ke zvýšení informovanosti těhotné ženy, tím by měly předporodní kurzy přispívat k její větší psychické pohodě. Správná psychická podpora dokáže v podstatné míře zmírnit nejrůznější negativní emoce: strach z porodu, z bolesti, obavy o dítě,...Ideální je, pokud porodní asistentka na kurzu nabídne a vysvětlí princip nefarmakologických metod tlumení bolesti. Větší informovanost by měla ženám pomoci najít potřebnou sebedůvěru. Cílem předporodních kurzů je také seznámit

---

<sup>28</sup> MACKŮ, F. *Porodnictví pro 3. ročník středních zdravotnických škol*. Praha, Scientia medica 1996. ISBN 80-85526-45-X, s. 18.

<sup>29</sup> [www.gynekologie.cz](http://www.gynekologie.cz)

ženu s porodnicí, ve které bude rodit (v dnešní době tuto návštěvu většina porodnic umožňuje). Kurzy mohou ženy navštěvovat společně se svým partnerem. Ten by měl být díky nim na nastávající období lépe připraven.<sup>30</sup>

Získat informace není v současnosti žádný problém. Tomuto účelu slouží nepřeberné množství literatury, které popisuje jak těhotenství, tak samotný porod a následující šestinedělí. Kniha zabývající se péčí o dítě je také obrovské množství. Předporodní kurzy by přesto měly ženám poskytovat i něco navíc, co získané teoretické poznatky doplní a prohloubí, a to větší jistotu a klid.

## **1.6 Rodina a partner jako opora těhotné ženy**

V období těhotenství procházejí partnerské vztahy proměnou. Žena očekává více pozornosti, péče a zájmu ze strany partnera a blízkých. Reakce muže na těhotenství partnerky bývají různé a plně odpovídají osobnostní zralosti daného muže. Gravidita klade i na něj vysoké nároky. Má být ženinou oporou, poskytovatelem bezpečí, jistotou a současně chápavým a citlivým partnerem. Proto prochází proměnami a zatěžkávacími zkouškami i jeho psychika. Stejně jako žena má muž občas obavy, jak nastanou životní změny oba zvládnou, většinou se na své dítě těší, ale současně si uvědomuje, o co jeho narozením přichází. Na počátku těhotenství dokonce mohou projít stádiem šoku a popření, kdy se chovají odmítavě až agresivně a mohou partnerku nutit k interrupci. Příčinou tohoto jevu bývá strach ze ztráty svobody, z celoživotního závazku a přemrštěné pocity zodpovědnosti. I přes tento bouřlivý začátek by mělo dojít ke smíření a přijetí nové role. Ve druhé třetině těhotenství se někteří muži mohou cítit vyřazení z partnerčina života, protože ženy bývají ve svém stavu více zahleděny samy do sebe. Je nutno vyvinout úsilí, aby udrželi vztah ve stejné intenzitě, protože do něj aktivně vstupují jiní lidé.<sup>31</sup>

Z těchto důvodů je dobré zapojovat partnera do dění, brát ho na ultrazvukové vyšetření, na předporodní kurzy, kde se setká s tatínky ve stejné pozici apod. Další prevencí různých problémů je otevřená komunikace a tolerance mezi partnery. Záleží přitom na zralosti obou a na jejich schopnosti hledat kompromis.

---

<sup>30</sup> RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha, Area 2008, ISBN 978-80-254-2186-4, s. 53.

<sup>31</sup> Tamtéž, s. 46.

Stejně jako se žena učí roli matky, muž se musí naučit roli otce. V otázce přítomnosti u porodu se může ocitnout bezradný, protože se nemůže opřít o zkušenost vlastního otce, který u porodu své ženy přítomen nebyl. Svou přítomnost u porodu může chápat jako povinnost, ačkoliv má strach, že selže. Po porodu, který je pro muže také velmi emotivním zážitkem, odchází sám domů. Za několik dnů se žena s dítětem vrátí z porodnice a jeho život nabere zcela nový směr. Tak má většina novopečených otců velmi krátkou dobu na to, aby se v otcovské roli našli.<sup>32</sup>

Obrovský vliv na těhotnou ženu má také její rodina. Všichni její členové si musí navyknout na svou novou sociální roli (prarodiče, sourozenci,..). Výrazná je úloha matky těhotné ženy, která jí může být oporou nebo ji naopak může velmi negativně ovlivňovat. Prarodiče mají často tendence zasahovat do výchovy dítěte, tyto sklony se objevují již během těhotenství. Proto je i zde na místě komunikace a domluva.<sup>33</sup>

Velkou změnou je narození sourozence pro starší dítě. Rodiče by jej proto měli připravovat postupně a od počátku. Narození sourozence skoro pravidelně vyvolává žárlivou reakci, která při rozumné výchově trvá krátce a odeznívá bez jakýchkoliv následků. Rodičům mohou být v přípravě nápomocny obrázkové knížky, ultrazvukové snímky, rozhovory a zapojování dítěte do příprav na příchod nového člena rodiny.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha, One Woman Press 2004, ISBN 80-86356-32-9, s. 139.

<sup>33</sup> RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha, Area 2008, ISBN 978-80-254-2186-4, s. 45.

<sup>34</sup> Tamtéž, s. 47.

## 2. PSYCHICKÉ ZMĚNY V ŠESTINEDĚLÍ

Psychika matek v období šestinedělí je vystavena vysoké zátěži. Zdrojem této zátěže jsou změny hormonální, fyzické a adaptace na novou roli matky. Všechny vlivy, které šestinedělku ovlivňovaly během gravidity, působí i nadále. K nim se přidávají zážitky spojené s porodem. Přestože je rodička vyčerpaná, často několik hodin po porodu nemůže usnout a v mysli se jí znovu odehrává celý porod. Psychika se vyrovnává s přijetím novorozence jako samostatné bytosti.<sup>35</sup>

### 2.1 Fyziologie šestinedělí

Šestinedělí je období, kdy se po porodu vrací pohlavní orgány do stejného stavu jako před otěhotněním. Hojí se porodní poranění a zahajuje se činnost mléčné žlázy. Většina těhotenských změn vymizí do šesti týdnů (odtud pochází název šestinedělí). Toto období probíhá obvykle bez komplikací, v tomto případě mluvíme o fyziologickém šestinedělí. Pokud nastávají větší komplikace, nazývá se tento stav nepravidelné šestinedělí. V době šestinedělí je matka v nejužším spojení se svým dítětem.

Změny jsou nejvíce patrné na děloze, která se během gravidity téměř jedenáctkrát zvětšila. Po porodu sahá 2 – 3 prsty pod pupek, po několika hodinách vystoupí opět na úroveň pupku. Od druhého dne se děloha opět zmenšuje – zavinuje se. K dobrému zavinování přispívá také kojení. Vazy, které dělohu drží ve fyziologické poloze, se opět zkrátí, zůstanou už ale slabší než před otěhotněním. V šestinedělí odcházejí také tzv. očišky. Po odloučení placenty zůstala na jejím místě mokvající ranka. Sekret z této ranky spolu s útržky děložní sliznice odchází z dělohy právě v podobě očišků. První 3 – 4 dny mají krvavé zabarvení, další dva dny hnědavé, pak přecházejí do žluté barvy. Od třetího týdne už jsou bílé. Jejich množství se postupně zmenšuje a koncem šestinedělí vymizí úplně.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Tamtéž, s. 82 – 85.

<sup>36</sup> KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha, Galén 2005, ISBN 80-7262-315-x, s. 232 – 235.

Do původního stavu se musí dostat také břišní stěna a svalstvo hráze. Ty postupně nabývají dřívější pevnosti. Rychlejšímu návratu k původnímu stavu pomáhá poporodní gymnastika. Trvalého charakteru jsou strie, které se na kůži objevily. Zvýšená pigmentace kůže ale obvykle rychle vymizí.

Šestinedělí je období, kdy vlivem hormonu prolaktinu naplno rozvíjí svou funkci mléčná žláza. První dva dny se tvoří tzv. kolostrum – hustá tekutina s vysokým obsahem bílkovin. Od třetího dne se již tvoří mléko. Po porodu nastávají také další hormonální změny. Snižuje se množství hormonů, které byly během gravidity vylučovány zvýšeně.<sup>37</sup>

### Rané šestinedělí

Po porodu, v době tzv. ranného šestinedělí (cca 10 dnů), zůstávají matka s dítětem na porodnickém oddělení. Zde je žena pravidelně kontrolována gynekologem. Dochází k jejímu prvnímu kontaktu s miminkem, což je v životě žen neopakovatelný emoční zážitek. V současnosti se uplatňuje systém rooming-in, kdy je dítě na pokoji přímo se svou maminkou. Také díky tomu dochází k upevnění jejich společných vazeb. Díky tomuto společnému pobytu se matka naučí s dítětem manipulovat a v ideálním případě si za pomoci porodních asistentek osvojí základní dovednosti v péči o dítě.<sup>38</sup>

## **2.2 Zážitek porodu**

Narození dítěte je jedním z nejsilnějších okamžiků, které mohou ženy prožít. Čekají na něj více než půl roku, který mnohdy stráví na lůžku kvůli rizikovému těhotenství. U každé rodičky probíhá porod trochu jinak a každá z žen jej také různě prožívá. V českých podmínkách se absolutní většina dětí narodí v porodnici. Tyto porodnice jsou různé kvality. Ne všechny umožňují rodičkám zvolit způsob porodu, který si přejí, přihlížet se přitom musí také k momentálnímu zdravotnímu a fyzickému stavu matky. Porod se tak může stát zážitkem, na který bude žena i přes protrpěnou bolest vzpomínat ráda, ale stejně tak se na něj může snažit raději zapomenout.

---

<sup>37</sup> MACKŮ, F. *Porodnictví pro 3. ročník středních zdravotnických škol*. Praha, Scientia medica 1996. ISBN 80-85526-45-X, s. 56.

<sup>38</sup> ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha, Argo 1995, ISBN 80-85794-05-2, s. 85.

Záleží většinou na personálu, jaký přístup k rodičce zvolí. Od tohoto personálu se odvíjí také společenský status rodiček. Ty se často setkávají s nepochopením, jsou vnímány jako osoby neplnohodnotné, které necítí bolest a nemají právo rozhodovat o vlastním těle. Samotný porod přitom v mnoha případech ovlivňuje průběh následujícího šestinedělí. Po případném traumatizujícím zážitku jsou matky náchylnější k různým obtížím.<sup>39</sup>

Standardní způsob vedení porodu, běžný v mnoha českých porodnicích, není úplně ideální. Propagovány jsou spíše alternativní způsoby jako např. porod do vody nebo na porodní stoličce, v praxi ale mezi časté rozhodně nepatří. Rodička je vesměs vnímána jako „pacientka“, která dané problematice nerozumí a její názor nebývá brán příliš vážně, porod je považován za čistě medicínskou záležitost. Dítě se narodí do hlučného prostředí s jasným osvětlením a ne vždy je novopečené matce dopřáno soukromí a čas, aby se seznámila se svým potomkem. Přitom bylo dokázáno, že právě první okamžiky jsou velmi důležité pro jejich budoucí vztah.

Porodní bolesti prožívá a vnímá každá rodička jinak. Organismus na ně reaguje vylučováním adrenalinu, který dodává sílu, endorfinů, které tlumí bolest a oxytocinu, který způsobuje určitý útlum paměťových center a zvyšuje práh bolesti. Rozlišujeme práh a toleranci bolesti. Prahem bolesti rozumíme nejnižší intenzitu vjemu, který člověk pociťuje za bolestivý. Tolerance je pak míra bolesti, kterou je člověk ochoten snést a mění se podle okolností. Způsobů, jak bolest snížit, je mnoho. Od medikamentózních, které patří mezi méně vhodné, po psychologické metody. Při porodu cítí většina žen i strach a obavy. Na jejich míře záleží, jak porod samotný ovlivní. Rozumná míra strachu může rodičku motivovat k tomu, aby si osvojila techniky zvyšující toleranci bolesti. Naopak přílišné obavy zvyšují citlivost a snižují účinnost kontrakcí. Vliv na vnímání bolesti má i předchozí zkušenost. Mezi psychologické metody, které při porodu mohou pomoci, patří sugesce, relaxace, odvedení pozornosti, kognitivní a behaviorální metody, psychoterapeutický vztah mezi rodičkou a porodní asistentkou, vliv prostředí, hypnóza (vhodná je u extrémně úzkostných žen) nebo využití placebo efektu.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální status ženy – rodičky v české porodnici*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2004, ISBN 80-86559-31-9, s. 36.

<sup>40</sup> RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha, Area 2008, ISBN 978-80-254-2186-4, s. 69 – 70.

Porod bývá vypjatým zážitkem nejen z fyzického, ale také emočního hlediska. Podle definice Rity Atkinson jsou emoce komplexní stav, vznikající v reakci na určité afektivně zbarvené zážitky. Emoce se skládají ze šesti složek, všechny jsou při porodu přítomny. Každá rodička jej prožívá trochu odlišně a jinak své emoce projevuje. Mezi tyto složky patří subjektivní prožitek emoce, vnitřní tělesná reakce, kognitivní hodnocení a přesvědčení, že se odehrává pozitivní nebo negativní událost, výraz obličeje, reakce na emoci a tendence jednání. Prožívání emocí způsobuje také řadu fyzických změn, jako zrychlené dýchání, zvýšení krevního tlaku, zúžení zornic apod.<sup>41</sup>

Emoce mohou být při nešetrném vedení porodu utlačovány, což se ale v současnosti stává čím dál méně. Ve francouzské porodnici v Pithiviers se v 70. letech minulého století zaměřili na zkoumání vnímání právě rodící ženy. Zjistili, že u mnoha rodiček dochází ke změnám úrovně vnímání. V očích se jim objevuje nepřítomný výraz, zapomínají se ovládat a uvědomovat si samy sebe. Vyzozorovali také to, že ženy mají v této fázi sklon chovat se instinktivně, hledají polohu, která jim nejvíce vyhovuje. Tato možnost ale bývá mnohdy potlačována. Zkušenosti této porodnice ukázaly, že pokud se porod „demedikalizuje“, obnoví se důstojnost porodu a navrací matce kontrolu nad porodem. Zároveň zaznamenali pokles rizikových porodů a dalších negativních následků.<sup>42</sup>

Vhodnost přítomnosti partnera u porodu je velmi individuální. Rodící ženy si většinou přejí, aby jim byl nablízku někdo, koho znají. Během porodu si potřebují vytvořit speciální vztah alespoň k jedné osobě. Především v první době porodní mohou rodičky pociťovat osamělost, potřebují proto citovou podporu, kterou by jim partner měl poskytnout. U porodu mohou být přítomny i jiné osoby, např. matka rodičky nebo dula. Jejich činnost ještě není v České republice rozvinutá. Dula je žena, která poskytuje základní informace o vedení porodu a zná různé ošetřovatelské postupy. Nezasahuje do kompetence zdravotnického personálu, jejím úkolem je vytvořit klidnou atmosféru a ulehčit ženě prožívání porodu. Mnohé studie dokazují,

---

<sup>41</sup> ATKINSON, R. *Psychologie*. Praha, Portál 2003, ISBN 80-7178-640-3, s. 389 – 390.

<sup>42</sup> ODEMENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha, Argo 1995, ISBN 80-85794-05-2, s. 36 - 40.



že přítomnost dul má pozitivní účinek: zkrácenou dobu porodu, nižší medikaci, lepší stav novorozence nebo lepší rozvoj vazby matky – dítě.<sup>43</sup>

Přítomnost některých mužů u porodu má příznivý vliv, jiní porod spíše zpomalují. Pokud je takový muž vystrašený, může to maskovat mluvením, tím ale rodičku znervózňuje a ona se pak nemůže na porod soustředit. V takovém případě je lepší, pokud partner počká mimo porodní sál. Úzkostnost a nervozita ženina průvodce je nežádoucí také z toho důvodu, že takové emoce se na matku snadno přenáší. Stres s sebou přináší fyziologické reakce, které prodlužují první dobu porodní a ženu vyčerpávají. Tento jev se vyskytuje u primipar i multipar.<sup>44</sup> Přítomnost partnera může být zatěžující také z jiného důvodu. Ženy se mohou stydět před ním křičet, přestože cítí, že by se jim ulevilo. Mnoho žen popisuje křik jako prostředek, který jim pomohl snášet bolest, která se pak zdála menší.<sup>45</sup>

Přítomnost partnera u porodu by se v žádném případě neměla vynucovat a měli by s ní souhlasit oba rodiče. Pokud se partner rozhodne, že u porodu chce být, může sehrát velice významnou roli jako matčina opora. Nejlepší situace nastává, pokud vycítí, jaký způsob podpory rodička právě potřebuje. Během první doby porodní jí může ulevovat od bolestí zad masáží apod. Tato záležitost je silně individuální a žádná matka dopředu neví, jak se bude během porodu chovat. Na tuto skutečnost je dobré připravit partnera předem, není poté tolik překvapený a cítí se jistější. Může se také stát, že jeden z rodičů si v průběhu porodu partnerovu přítomnost u něj rozmyslí. I tato varianta by měla být tolerována.

Jednou z nejzákladnějších věcí, které rodička potřebuje především zpočátku porodu, je dostatek informací. V této fázi bývají ženy nesoustředěné, je proto nutné, aby byl zdravotnický personál trpělivý a nechoval se k rodičce lhostejně. Pozor by si měl personál dávat také na nonverbální komunikaci.<sup>46</sup> Nedostatek informací také vede

---

<sup>43</sup> RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha, Area 2008, ISBN 978-80-254-2186-4, s. 73.

<sup>44</sup> HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální neverbální komunikace se ženou v první době porodní*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2007, ISBN 978-80-86559-80-3, s. 24.

<sup>45</sup> ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha, Argo 1995, ISBN 80-85794-05-2, s. 79.

<sup>46</sup> HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální neverbální komunikace se ženou v první době porodní*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2007, ISBN 978-80-86559-80-3, s. 23 – 25.

k formulování vlastních konstrukcí. Stresované a neinformované rodičky mají sklon uvažovat negativisticky. Pokud je porodní asistentky či lékař průběžně neinformují ani o stavu dítěte, může je to vést i k přesvědčení, že se s dítětem něco stalo. Některé matky mohou myslet až na smrt, což může vést k apatii a ztrátě kontrakcí.<sup>47</sup>

Psychologicky nejobtížněji vnímají ženy akutní císařský řez. Operaci přijímají ambivalentně, časté jsou pocity sebeobviňování nebo pocit podvedení. Žena potřebuje na přípravu na císařský řez alespoň dvě hodiny. Pokud se musí zakročit náhle a okamžitě, může dojít k panické reakci. Ženy s pooperačním syndromem mají více psychosomatických symptomů, jsou zaměřeny více na sebe a cítí se méně schopné pečovat o dítě.<sup>48</sup>

Zvláštní kapitolou jsou dnes populární porody do vody. Některé rodičky cítí, že je to k vodě „táhne“ a chtějí v ní strávit alespoň první dobu porodní. Ve vodním prostředí probíhá porod lépe, je méně bolestivý a plynulejší. Je to z důvodů, že voda ženu nadnáší a teplota vody snižuje uvolňování adrenalinu do organismu a uvolňuje svalstvo. Pobyt v bazénu pomáhá také ženám s bolestivými a přitom neúčelnými stahy. Ženy většinou vycházejí z bazénu na konci první doby porodní. Ve vodě mohou dítě i porodit. Novorozenec se tak dostane do jemu přirozeného prostředí. Vdechovat vzduch do plic začne až poté, kdy se vynoří nad hladinu.<sup>49</sup>

## 2.3 Péče o ženu v šestinedělí v domácím prostředí

Z porodnice jsou matky propouštěny obvykle 4. den po nekomplikovaném spontánním porodu a 6. – 7. den po porodu císařským řezem. Domácí péče o novorozence je náročná a pro matku představuje značnou zátěž. Stejně jako v těhotenství potřebuje žena stále pomoc své rodiny a okolí. V období šestinedělí hraje významnou úlohu matka šestinedělky, která jí může pomoci s péčí o dítě.<sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální status ženy – rodičky v české porodnici*. In: Sborník referátů.

Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2004, ISBN 80-86559-31-9, s. 34.

<sup>48</sup> RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha, Area 2008, ISBN 978-80-254-2186-4, s. 71.

<sup>49</sup> ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha, Argo 1995, ISBN 80-85794-05-2, s. 73 – 74.

<sup>50</sup> ČEPICKÝ, P. *Péče o ženu v porodnici a šestinedělí*. Praha, Státní zdravotní ústav 2004, ISBN 80-7071-244-9, s. 10.

Ženy v šestinedělí jsou pravidelně kontrolovány svým gynekologem a s dětmi docházejí do mateřských poraden. Tím je u nás zajištěna základní lékařská péče v tomto období. Kromě ní je ale zapotřebí také pomoc. O té jsem se zmiňovala ve více kapitolách této práce. Ženy by měly mít kolem sebe někoho, kdo jim alespoň zpočátku pomůže se základními domácími pracemi, nákupy apod., což jsou činnosti, které unavené matce ubírají síly potřebné k obnově vlastní tělesné rovnováhy a péči o dítě. Ušetřený čas mohou šestinedělky využít k aromaterapeutickým koupelím či jiným způsobům relaxace, které dotyčné matce vyhovují. Pokud je v rodině více dětí, měla by matka mít možnost trávit čas také se staršími dětmi. Kojící matky se musí také vyváženě stravovat (podobně jako v těhotenství). Vyšší nároky jsou kladeny na osobní hygienu. Neméně důležité je šestinedělku chválit a poskytovat jí psychickou oporu.<sup>51</sup>

## **2.4 Vliv kojení na psychický stav šestinedělky**

Kojení a jeho úspěšnost jsou jedním z faktorů, které ve velké míře ovlivňují psychickou pohodu ženy v šestinedělí. Pokud je správně zvládnuto, pomáhá vytvářet jistotu kojící matky. Pokud kojení naopak provází problémy, stává se více stresující záležitostí.

Kojení také pomáhá utvářet vztah mezi matkou a jejím dítětem. Je zřejmé, že právě tato počáteční fáze života je u dítěte rozhodující pro rozvoj zdravého pocitu vlastní hodnoty. Pomáhá také ke zdárnému tělesnému vývoji dítěte a podporuje jeho imunitu. V oblasti psychického a sociálního vývoje dítěte hraje také podstatnou roli. Při kojení je totiž podporován pocit sounáležitosti mezi matkou a dítětem a buduje se jejich vzájemná důvěra.<sup>52</sup>

Na samotnou kvalitu kojení má vliv také důkladná příprava. Důležitou roli v tomto bodě zastává porodnický personál, který by měl šestinedělkám všechno trpělivě vysvětlit. Realita ale může být mnohdy odlišná.

---

<sup>51</sup> GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha, One Woman Press 2004, ISBN 80-86356-32-9, s. 188.

<sup>52</sup> WEIGERT, V. *Všechno o kojení*. Praha, Portál 2006, ISBN 80-7367-071-2, s. 15 - 16.

Důležitost kojení potvrdila i iniciativa „Porodnice podporující kojení“. Vznikla společným úsilím Světové zdravotnické organizace a UNICEF. Tyto organizace vypracovaly program Deset kroků k úspěšnému kojení. Porodnice, které je splní, jsou klasifikovány jako „Baby Friendly Hospital“. V České republice bylo takových porodnic v roce 2004 celkem 56. V tomto programu organizace pamatují na důležitost přítomnosti vyškoleného personálu, informovanost rodiček, umožnění zahájit kojení již půl hodiny po porodu, praktickou ukázkou matkám nebo praktikování systému rooming-in.<sup>53</sup>

Na tyto podmínky je třeba pamatovat okamžitě po porodu. Jak již bylo výše řečeno, matka, případně přítomný partner, by měli mít možnost se s dítětem důkladně seznámit hned po porodu. V ideálním případě má být dítě položeno na matčinu hrud'. Tam často samo hledá prs, snaží se sát a seznamuje se s novým prostředím.

V případě, že dítě začne sát co nejdříve, nastartuje se v matčině organismu řada změn. Např. hormon prolaktin je produkován již během těhotenství. Po vypuzení placenty ale jeho činnost prudce stoupne. Na vrcholu je druhý den po porodu. Je to právě hormon prolaktin, díky kterému matky zčásti zapomínají na prodělanou bolest. Změny nastávají také v hypotalamu. Při kojení je uvolňuje oxytocin. Tomu se říká také „hormon lásky“, protože zvyšuje potřebu matek starat se o své dítě a být s ním v trvalém kontaktu.<sup>54</sup> Další hormony, jejichž produkce se zdvojnásobuje již během porodu, jsou endorfiny. Množství endorfinů se při porodu zvyšuje i v krvi novorozence. Endorfinový systém přispívá k vytváření vzájemné závislosti mezi matkou a dítětem a k upevnění jejich vazby. Hladina endorfinů v krvi matky přitom dosahuje vyšší hladiny po vaginálním porodu, než po císařském řezu.<sup>55</sup> Tyto látky zvyšují stav pohody a tlumí nepříjemné pocity. Hladina endorfinů je vysoká již během porodu, aby pomáhala tlumit bolest. Aby tyto látky mohly působit ve správné míře, neměly by být rodičce podány silná narkotika či analgetika. Toto je kromě císařského řezu také případ např. epidurální anestezie. Ta z výše zmíněných důvodů blokuje přirozený průběh kojení v období těsně po porodu.<sup>56</sup>

---

<sup>53</sup> Tamtéž, s. 24.

<sup>54</sup> Tamtéž, s. 30.

<sup>55</sup> ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha, Argo 1995, ISBN 80-85794-05-2, s. 92.

<sup>56</sup> WEIGERT, V. *Všechno o kojení*. Praha, Portál 2006, ISBN 80-7367-071-2, s. 27 – 30.

Aby kojení probíhalo optimálním způsobem, je důležité dodržet následující zásady:

- dítě by nemělo být předčasně dokrmováno z láhve,
- dítě by se nemělo před kojením a po něm vážit,
- praktikovat systém rooming-in,
- dítě by mělo být přiloženo k prsu během jedné hodiny po porodu,
- k epidurální anestezii a císařskému řezu by se mělo přistupovat jen v naléhavých případech,
- nepomáhat při prvním přikládání dítěte k prsu,
- nechat dítě dotýkat se nahé kůže matky

Kojení se může i přes svou přirozenost stát zdrojem stresu šestinedělky. Pokud se vyskytnou při kojení problémy, je vhodné ihned vyhledat odbornou pomoc. Může jít např. o pomoc ze strany centra, kam šestinedělka chodila na předporodní přípravu. Matky by neměly přestat kojit i přes přetrvávající obtíže. V případě, že by vynechaly, zvýšil by se objem mléka a problémy by se zhoršily.<sup>57</sup>

Stres může podporovat také změněný denní rytmus, zvláště v případech, kdy je dítě aktivní především v noci. V této situaci je nutná ohleduplná spolupráce ze strany partnera, případně dalšího okolí. Šestinedělí je obdobím, kdy by měla matka odpočívat a věnovat se dítěti, přesto bývá často nadměrně zatěžována. Je proto vhodné, pokud využije čas, kdy dítě spí, aby si sama odpočinula. Ideální je, pokud se jí rodina nabídne pomoc v konkrétních činnostech, např. donáška obědů apod. Alespoň jednou v týdnu se také doporučuje změnit prostředí a věnovat se vlastním zájmům.<sup>58</sup>

## 2.5 Vytváření mateřské role

Role matky je v dnešní době jednou z nejnáročnějších rolí, jakou může žena zastávat. Ženy mají dostatek informací o základech vývojové psychologie, je jim vštěpováno, že novorozenecký a kojenecký věk má obrovský význam na budoucí vývoj dítěte. Matky tak na sebe často kladou přehnaně vysoké nároky, čímž se zvyšuje možnost, že v některé složce výchovy selžou, byť mnohdy jen ve

---

<sup>57</sup> MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. Brno, Computer Press 2004, ISBN 80-251-0205-X, s. 110.

<sup>58</sup> Tamtéž, s. 93.

vlastních očích. Existuje přitom velký rozpor. Na jedné straně jsou očekávání na matky kladená, na druhé straně ženy často nenacházejí potřebnou oporu.<sup>59</sup>

Problémy s hraním role matky mají především primipary, u kterých se častěji objevuje emoční labilita. Tyto ženy teprve sbírají své zkušenosti a učí se pečovat o své dítě. Určité nároky klade období šestinedělí také na ženino okolí a rodinu, která musí projevovat dostatek trpělivosti a ohleduplnosti. Přestože rodina by měla být tělesem, ve kterém se šestinedělka cítí bezpečně, není tomu tak vždy. Také v tomto prostředí se matka může cítit opuštěná, nepochopená a manipulovaná. Rodina proto může její přijetí role matky urychlit, ale i značně komplikovat. Může nastat také situace, kdy je rodina plně schopna poskytnout ženě potřebné emoční a existenční zázemí, přesto má ale šestinedělka problémy a obavy, že novou úlohu nezvládne. Za významný ukazatel dobré adaptace na roli matky lze považovat kojení.<sup>60</sup>

Různým životním rolím se člověk postupně učí, jsou utvářeny především sociální zkušeností. Proto žena, která má zkušenosti s rolí matky, bude úspěšnější v hraní role matky při porodu i v průběhu šestinedělí. Jak již bylo v předcházejícím odstavci řečeno, žena, která o dítě nikdy nepečovala, bude mít potíže větší. Proto je nutná podpora primipar v průběhu porodu i po něm. Pociťuje-li prvorodička selhání např. při komplikovaném porodu nebo při degradujícím chování nemocničního personálu, její schopnost rychlé adaptace je snížena.<sup>61</sup>

Podstatou vytváření mateřské role je také vývoj vztahu matky a dítěte. Tento vztah přitom nevzniká až dnem porodu, ale žena si během celého těhotenství buduje podobu sebe samé jako matky, mění se její osobnost.<sup>62</sup>

Utváření mateřské role napomáhá také produkce některých hormonů, zmiňovaných již v kapitole zabývající se kojením. Jsou to např. hormony oxytocin, endorfiny

---

<sup>59</sup> GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha, One Woman Press 2004, ISBN 80-86356-32-9, s. 27.

<sup>60</sup> HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální interakce se ženou v období šestinedělí*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2008, ISBN 978-80-86559-99-5, s. 29.

<sup>61</sup> HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální status ženy – rodičky v české porodnici*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2004, ISBN 80-86559-31-9, s. 33.

<sup>62</sup> GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha, One Woman Press 2004, ISBN 80-86356-32-9, s. 41.

a prolaktin. Prolaktin je hormon, který podporuje známý instinkt „hnízdění“. Těhotné ženy se dlouho před porodem připravují, pořizují vybavičku a nakupují další potřeby pro péči o dítě. Přestože mají většinou všechno připraveno, pociťují najednou silnou potřebu stále něco chystat. Tento jev se vyskytuje především v sedmém měsíci gravidity a později. Instinkt hnízdění má většinou podobu silného přílivu energie, kdy nastávající matky do noci uklízí, vaří do zásoby a jsou obecně velmi aktivní. Hormon prolaktin také způsobuje snížení libida. V době kojení podporují prolaktin spolu s oxytocinem touhu starat se o dítě, posiluje altruismus a schopnost o dítě správně pečovat.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Tamtéž, s. 62 – 63.

## 3. POPORODNÍ DEPRESE

### 3.1 Charakteristika depresí

Deprese je nemoc stejně jako např. žaludeční vředy či migréna. V povědomí lidí je většinou spojena se stavem špatné nálady, což je značně zjednodušený pohled, jde totiž o nemoc celého organismu. Nedá se přitom v žádném případě mluvit o nedostatku vůle či sebekázně. Často navazuje na nepříjemné události v životě, ale není jenom reakcí na ně. U většiny lidí jsou deprese léčitelným onemocněním, k úplnému uzdravení dochází u 80 % pacientů. Důležité je ale začít s léčbou včas. Pokud se tak nestane, stav se prohlubuje, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti ze života a celkovému zhoršení zdravotního stavu člověka.<sup>64</sup>

V některých případech se může v depresi prohloubit také smutek. Při depresi však nejde jen o intenzitu smutku, ale o hluboký zásah do každodenního života. Od běžného smutku nebo špatné nálady se deprese liší zejména v tom, že deprese:

- je intenzivnější a hlubší než smutek,
- trvá déle,
- narušuje každodenní fungování.

#### 3.1.1 Rizikové faktory pro rozvoj deprese

Deprese postihuje alespoň jednou za život každého pátého člověka. Jde přitom o jev nezávislý na věku (ačkoli děti onemocní jen v minimální míře). Ženy onemocní dvakrát častěji než muži. Žádnou roli při jejím vzniku nehraje ani vzdělání, inteligence nebo povolání. Deprese však může také navazovat na konkrétní události v životě člověka. U žen na klimakterium, u mladistvých na pubertu, může se objevit také ve stáří, při ovdovění nebo po odchodu do důchodu. U žen je vyšším rizikem právě šestinedělí a především mateřská dovolená. Žena je dlouhodobě relativně izolována od okolí, což nepříspěvá k dobré psychické pohodě. K dalším rizikovým faktorům patří osamělost, chudoba nebo příslušnost k nějaké etnické skupině.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a beznaději*. Praha, Portál 2003, ISBN 80-7178-809-0, s. 26.

<sup>65</sup> Tamtéž, s. 27 – 28.



### **3.1.2 Stupně rozvoje deprese**

Rozlišujeme:

- mírnou depresi: postižený je schopen běžně fungovat, ale všechno mu jde hůř a pomaleji, postupně se uzavírá do sebe, léčba bývá ambulantní,
- středně těžkou depresi: většinou neumožňuje pracovní zatížení. Člověk bývá netečný nebo naopak nadměrně napjatý, nedokáže se soustředit, je zpomalený a izoluje se od okolí. Léčba probíhá v pracovní neschopnosti s docházkami do sanatoria,
- těžkou depresi: postižený není schopen postarat se o sebe ani o okolí, opět je buď absolutně apatický nebo zvýšeně agitovaný, léčba tohoto stupně probíhá vždy v rámci hospitalizace,
- melancholie: jde o nejzávažnější formu těžké deprese. V rámci tohoto stavu se vyskytují bludy (nevývratná nepravdivá přesvědčení). Ty mohou být mikromanické (obviňuje se), hypochondrické či vztahovačné (všichni jsou proti mě).<sup>66</sup>

### **3.1.3 Příznaky depresí**

Hlavním příznakem deprese je porucha nálady. Zasaženo je také myšlení, chování a celkové fungování organismu. Kromě toho se změny projevují v oblasti pocitů, emocí, pohledu na sebe, svět a budoucnost. Jako při všech nemocech, jsou i zde individuální rozdíly. Většina lidí ale shodně pociťuje únavu, malátnost, vyčerpání. Intenzita obtíží často kolísá během dne.<sup>67</sup>

## **3.2 Poporodní deprese**

Narození dítěte je v drtivé většině případů šťastnou událostí. Přesto ale občas dochází u rodiček k projevům, které za pozitivní nelze označit. Souhrnně nesou název poporodní deprese. Tento termín se používá pro označení emočních a psychiatrických obtíží po porodu. Poporodní deprese se může vyskytnout u rodiček během prvních dvanácti měsíců po porodu.<sup>68</sup> Nemusí jít ale vždy přímo

---

<sup>66</sup> Tamtéž, s. 29.

<sup>67</sup> Tamtéž, s. 45.

<sup>68</sup> NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha. Grada Publishing, 2001, ISBN 80-7169-938-1, s. 32.

o deprese. U 50 – 80 % žen se třetí až sedmý den po porodu dostavuje převážně kratší období zhoršené nálady, podrážděnosti, kolísání nálad a záchvatů pláče. Tento jev se nazývá „baby blues“. Některé matky se mohou cítit i zmatené, přestože objektivně k tomu nemají žádný důvod. Tyto změny jsou způsobeny prudkým poklesem estrogenů a progesteronu. Většinou jsou podobné stavy celkem neškodné a samy odeznívají. Nejčastější jsou u prvorodiček a častěji se také objevují u žen, které před těhotenstvím trpěly premenstruační tenzí. Jde o stav, který je poměrně běžný, přesto je ale dobré připravit na tuto možnost maminku i její okolí předem. Žena samotná pak není zbytečně vystrašená, stejně tak její partner. Ten hraje v období raného šestinedělí důležitou roli, protože je především na něm, aby ženu ujistil o tom, že si vede ve své nové roli dobře.<sup>69</sup>

Déletrvajícím zhoršením nálad různého stupně a trvání postihuje 10 – 15 % žen po porodu. Přímo poporodní deprese se objevují u 8 – 14 % rodiček. Tyto závažnější poruchy se vyskytují zvláště u adolescentních matek (26 %).<sup>70</sup>

Byly zveřejněny studie, které dokázaly, že existuje spojení mezi délkou trvání poporodní deprese a pozdějším chováním dítěte. Pokud tato deprese trvá déle než rok, je zvýšeno riziko vzniku poruch chování u potomka. Některé výzkumy potvrdily také vztah mezi úzkostností matky a pozdější hyperaktivitou a agresivitou dítěte.<sup>71</sup>

### **3.2.1 Příčiny poporodních depresí**

Příčiny poporodních depresí nejsou zcela objasněné a zkonkretizované, jsou do jisté míry individuální. Existují ale biologické a negativní psychosociální rizikové faktory, které se v období kolem porodu mohou objevit.

Biologickými rizikovými faktory jsou:

- deprese, které se objevily už před těhotenstvím (až u 30 % těchto žen se poporodní deprese rozvine),

---

<sup>69</sup> ČEPICKÝ, P. *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*. Praha, Státní zdravotnický ústav 2004, ISBN 80-7071-244-9, s. 10.

<sup>70</sup> PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a beznadějí*. Praha, Portál 2003, ISBN 80-7178-809-0, s. 41.

<sup>71</sup> HOLÁSKOVÁ, K. *Poporodní deprese – informovanost žen v ČR*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2005, ISBN 80-86559-41-6, s. 35.

- přítomnost poporodních depresí po minulém porodu (u 52 – 62 % žen se situace opakuje),
- depresivní porucha u pokrevních příbuzných,
- poruchy denních rytmů v období náhlých hormonálních změn,

Mezi psychosociální rizikové faktory patří:

- nedostatečná sociální podpora,
- negativní životní události,
- nestabilita partnerského vztahu,
- ambivalence týkající se těhotenství,<sup>72</sup>

Postavením ženy v odlišných kulturách se zabývají etnografické studie. Ty dokázaly, že v kulturách, kde se ženám a mateřství prokazuje úcta, se nevyskytují poporodní deprese, ani premenstruační syndrom a klimakterické obtíže. Nároky, které na matky klade moderní civilizace, tedy ženám přináší spoustu vnitřních konfliktů. Matky prochází nevratnou životní změnou a to je už samo o sobě psychicky zatěžující proces. Různé ambivalentní emoce proto pociťují také ženy, které své mateřství vnímají jako šťastné. Na jedné straně jsou spokojené, na druhé straně cítí obavy a úzkost. Není proto v silách žádné ženy dokonale mateřství zvládnout, tím spíše, pokud jsou vyčerpané náročným porodem a jejich zdravotní stav není zcela ideální. Přesto společnost na matku klade nadměrnou odpovědnost za vše, co se okolo jejího dítěte děje. Následkem toho často ztrácejí vlastní identitu a mají potíže s její obnovou.<sup>73</sup>

Otázkou je, jestli se na rozvoji poporodních depresí podílí také zážitky porodu a do jaké míry. Zkušenosti porodnice v Pithiviers ukazují, že ano. V této porodnici se již během 70. let minulého století začal prosazovat trend nezasahovat do průběhu porodu, pokud to není nezbytně nutné. Pod vedením doktora Michela Odenta zde ženy rodily v polohách, které si samy instinktivně zvolily a porody nebyly nijak urychlovány. Právě tato porodnice vykázala podstatně menší výskyt poporodních depresí u maminek, které zde přivedly své děti na svět. Doktor Odent

---

<sup>72</sup> PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a beznaději*. Praha, Portál 2003, ISBN 80-7178-809-0, s. 42.

<sup>73</sup> HOLÁSKOVÁ, K. *Poporodní deprese – informovanost žen v ČR*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2005, ISBN 80-86559-41-6, s. 36 – 39.

tento jev ve své knize *Znovuzrozený porod* vysvětluje tím, že během přirozeného způsobu porodu není narušena hormonální rovnováha a útulné, různě barevně laděné prostředí porodnických místností působí na maminky pozitivním a velmi uklidňujícím dojmem.<sup>74</sup>

Prokázán byl také vztah mezi vývojem poporodních depresí a císařským řezem. Pooperační poskytování péče a podpory není na odděleních šestinedělí často takové, jaké by matky potřebovaly. V závislosti na této deprivaci dochází k vylučování hormonů ze skupiny kortikoidů (tyto hormony brzdí produkci prostaglandinů, které jsou velmi důležité již během porodu). Studie také potvrzují, že úspěšnost kojení bývá v případech císařského řezu nižší.<sup>75</sup>

### **3.2.2 Projevy poporodních depresí**

Projevy poporodních depresí se mohou lišit, stejně jako se liší projevy deprese „klasické“. Typické jsou ale tři hlavní typy poporodních depresí:

#### „Baby blues“

Jde o mírný emoční problém krátkého trvání, projevuje se především plačtivostí, kolísáním nálad, úzkostností, podrážděností nebo strachem. Matka může pociťovat odstup od miminka, může mít potíže s navázáním užšího vztahu s dítětem. Z toho následně pramení matčino sebeobviňování a další výčitky. Tyto příznaky se objevují zpravidla 3. – 4. den po porodu, vrcholí 5. – 7. den, do 12. dne pak vymizí. Příznaky, které trvají déle než dva týdny, mohou znamenat riziko rozvoje vážnější poporodní deprese.<sup>76</sup>

#### Poporodní deprese:

U matek trpících touto poruchou jsou typické pocity selhávání, nerozhodnost, úzkost, strach ze samoty a zároveň sociální izolace, katastrofické obavy z budoucnosti, ztráta zájmu o okolí, nechutenství nebo někdy naopak přejídání. Rodičky mohou mít pocit, že je dítě nechtěné, nedokážou si k němu najít vztah,

---

<sup>74</sup> ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha, Argo 1995, ISBN 80-85794-05-2, s. 109.

<sup>75</sup> GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha, One Woman Press 2004, ISBN 80-86356-32-9, s. 48.

<sup>76</sup> Tamtéž, s. 24.

bojí se ho dotýkat ani se o něj nedovedou dobře postarat. Tyto ženy trpí nespavostí, obvyklý bývá i pocit, že situaci nemají pod kontrolou.

Rozvoj příznaků poporodní deprese může být následující: prvním, zpočátku nenápadným příznakem bývá smutná nálada, která se postupně proměňuje ve skutečně hlubokou depresi. Schopnost postarat se o dítě značně klesá. Žena se odsuzuje za to, že ke svému dítěti necítí buď nic, nebo jsou její pocity vůči němu spíše odmítavé. Je přesvědčena, že jako matka selhala. Obává se také, že ji opustí partner a zanechá ji s dítětem samotnou. Začne se vyhýbat kontaktu s okolím, aby to na ní nepoznalo, uzavírá se v bytě a postupně ztrácí radost z běžných věcí. V souvislosti s těžkým stresem ztrácí chuť k jídlu, nemůže spát a často bezdůvodně pláče.<sup>77</sup>

Tento typ poporodní deprese se objevuje většinou za 6 – 12 týdnů po porodu, ale může se objevit i během prvního roku věku dítěte.

### Poporodní psychóza

Objevuje se zřídka, u 1 – 2 případů na 1000 porodů. Příznaky jsou stejné jako u předchozích typů deprese, k těm se ale přidávají bludy, halucinace apod. Nutná je urgentní hospitalizace, protože v tomto stavu jsou rodička i dítě v ohrožení života.<sup>78</sup>

### **3.2.3 Podpůrné aktivity a léčba poporodních depresí**

Jak již bylo několikrát zmíněno, po porodu má zásadní vliv pomoc okolí. Kromě toho existuje řada dalších činností, na které mnoho žen v šestinedělí nemá čas a které přitom zabraňují rozvoji těch depresivních stavů, které nevznikají na biologickém či sociálním podkladě.

Jednou z věcí, které působí pozitivně na psychiku, jsou barvy kolem nás. Matky v šestinedělí často nemají čas ani energii na péči o samu sebe. Přitom volba oblečení v pozitivně působících barvách může napomoci jejich náladě a momentální

---

<sup>77</sup> Tamtéž, s. 25.

<sup>78</sup> NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha. Grada Publishing, 2001, ISBN 80-7169-938-1, s. 43.

psychické kondici. Oranžová barva působí antidepresivně, podporuje pocit optimismu a u kojících žen napomáhá tvorbě mléka. Žlutá barva stimuluje nervový systém a svalstvo, modrá zvyšuje empatii a zosťruje intuitivní schopnosti. Kromě oblečení se dá vliv barev využít i v podobě stěn, květin, obrázků apod. Neméně důležitý je spánek, který je často kvůli obrácenému dennímu režimu dítěte nedostatečný. Praktický je systém, kdy k dítěti v noci vstávají oba rodiče a střídají se. To podporuje nejen jejich spolupráci a soudržnost, ale i vztah otce a dítěte. Během dne je možné vypracovat „hodinový rozvrh“, podle kterého se matky řídí a mají tak představu o využití času. Zpívání ukolébavek dítěti má také své opodstatnění. Opět rozvíjí vztah mezi matkou a dítětem a prostřednictvím něj se mohou uvolnit potlačené emoce. Podobně funguje také poslech klidné relaxační hudby. Při psychických obtížích pomáhá pohyb, např. tanec či procházky. Tyto aktivity fungují jako stimuly, které potřebuje narušený vegetativní systém k tomu, aby se vytvořila nová biochemická rovnováha. Mezi další metody, jak psychickou kondici udržet, patří využívání vůně aromalamp. V šestinedělí se doporučují vůně jako např. jalovec, borovice nebo grapefruit, které se mohou využít také u dětí. Pozor je třeba dát na dávkování a způsob použití. Některé silice jako rozmarýn, máta, skořice nebo hřebíček jsou pro děti nevhodné.<sup>79</sup>

Léčba poporodních depresí je také farmakologická. Vůči psychofarmakům existují určité předsudky, lidé se bojí závislosti apod. Správné dávkování naopak dodá mozku potřebné substance, aby mohl začít normálně fungovat. Závislost by v tomto případě neměla nastat ani při dlouhodobém užívání. Při užívání antidepresiv je také třeba dbát na to, aby byly léky vhodné i při kojení. Před zahájením takové léčby je vhodné začít s výše popsanými postupy, tělesnou aktivitou apod. Závratě, úzkost a záchvaty paniky může způsobovat nízký krevní tlak. Možnými alternativami jsou také nižší hladina hormonů štítné žlázy, nedostatek draslíku nebo anémie.<sup>80</sup>

---

<sup>79</sup> GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha, One Woman Press 2004, ISBN 80-86356-32-9, s. 202 - 210.

<sup>80</sup> Tamtéž, s. 215.

## **III. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1 Hypotézy**

Pro výzkumnou část diplomové práce jsou formulovány následující hypotézy:

1. předpokládám, že rozdíly mezi prvorodičkami a vícero dičkami budou spočívat především ve vnímání průběhu porodu,
2. předpokládám, že většina respondentek vnímala své těhotenství a šestinedělí jako relativně bezproblémové,
3. předpokládám, že 50 % prvoro diček pociťovala obavy z toho, že svou úlohu matky nezvládnou,
4. předpokládám, že 50 % respondentek prošlo v šestinedělí fází baby blues,
5. předpokládám, že psychickou podporu ze strany partnera pociťovaly více multipary než primipary,

### **3.2 Volba respondentů**

Samotný výzkum byl realizován formou oslovení náhodně vybrané skupiny žen. Tyto ženy bydlí v různých částech České republiky, nespojuje je kritérium vzdělání, věku ani sociální příslušnosti. Dotazník vyplnilo celkem sto respondentek, při vyhodnocování jsem se soustředila zvláště na skupinu prvoro diček a vícero diček, aby mohlo dojít ke srovnání.

### **3.3 Metodika**

Ve své diplomové práci jsem pro zpracování výzkumu zvolila dotazníkovou metodu. Dotazník obsahuje 25 otázek (viz příloha č. 1). Tyto dotazníky jsem rozdala skupině žen různého věku, vzdělání, sociální příslušnosti a místa bydliště. Přestože některé ženy se na výzkumu nechtěly podílet, absolutní většina projevila ochotu. Základem skupiny respondentek byly ženy různého věku v mém okolí. Mnoho z nich si poté dotazníky předávalo mezi sebou a svými dalšími známými, takže skupina respondentek se rozrůstala a stávala se více pestrou. Posléze se mi vyplněné dotazníky začaly vracet z nejrůznějších míst České republiky.

Výsledky tohoto šetření jsem zpracovala a vyhodnotila v podobě tabulek a grafů tak, aby byl jasně zřetelný rozdíl mezi prvorodičkami a vícerodičkami. Pomocí grafů jsem zdůraznila procentní podíly jednotlivých odpovědí, kvůli přehlednosti jsou procenta zaokrouhlena směrem nahoru.



### 3.4 Hodnocení a výsledky výzkumu

V této kapitole diplomové práce budou analyzovány a vyhodnoceny odpovědi respondentek. Hlavním cílem je srovnat zkušenosti primipar a multipar.

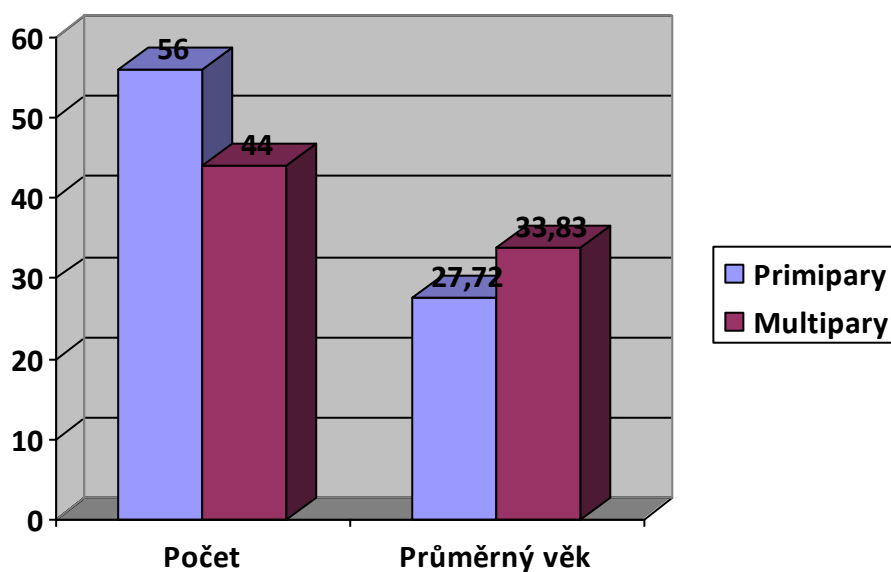
#### Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Cílem této otázky je zjistit, jaká věková skupina mezi respondentkami převažuje a jaký je průměrný věk sledovaných prvorodiček a vícerodiček.

Tabulka č. 1

	<b>Celkem</b>	<b>Primipary</b>	<b>Multipary</b>
<b>Počet</b>	100	56	44
<b>Průměrný věk</b>	31,28	27,72	33,83

Graf č. 1



Z výše uvedených údajů vyplývá, že průměrný věk sledovaných respondentek je 31,28 roku. Poprvé sledované ženy rodily v 27,72 letech, průměrný věk

vícerodiček je vyšší, 33,83 roku. Při srovnání s údaji, které poskytuje Český statistický úřad, tak tato čísla tak plně odpovídají novodobému českému průměru.<sup>81</sup>

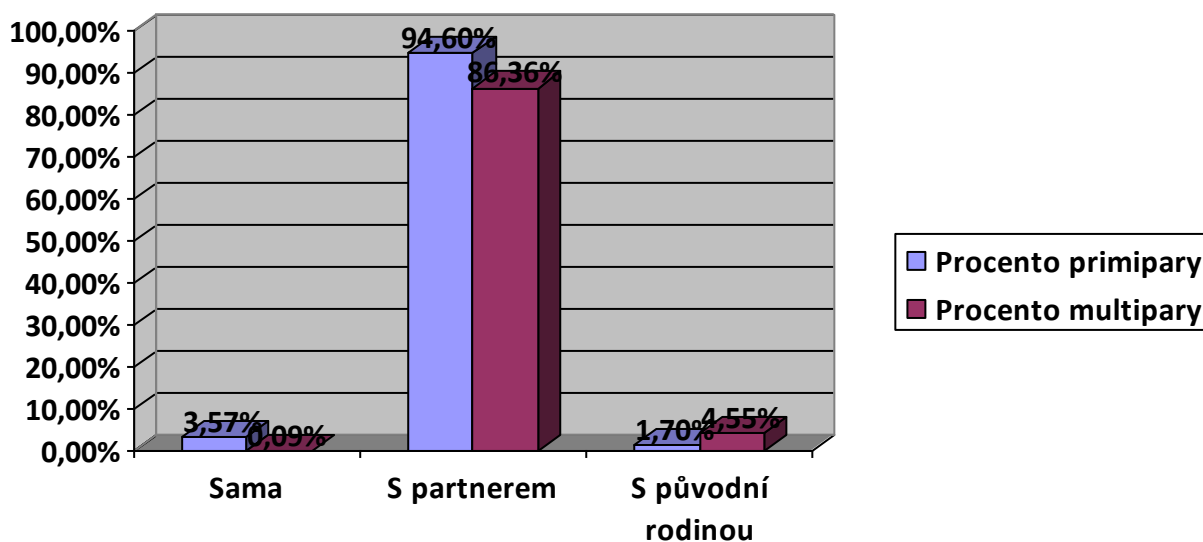
## Otázka č. 2: S kým žijete ve společné domácnosti?

Dotazník uvádí čtyři možnosti, ze kterých si respondentky mohly vybrat. Tuto otázku považují za důležitou kvůli zjištění, jestli měla žena kolem sebe někoho, kdo by jí poskytoval potřebnou pomoc a oporu.

Tabulka č. 2

2. S kým žijete ve společné domácnosti?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Sama</b>	2	3,57 %	4	0,09 %
<b>S partnerem</b>	53	94,6 %	38	86,36 %
<b>S původní rodinou</b>	1	1,7 %	2	4,55 %
<b>S jinými lidmi</b>	0	0,00 %	0	0,00 %

Graf č. 2



V odpovědích na tuto otázku se prvorodičky i vícerodičky velmi přiblížily. V naprosté většině žijí obě skupiny respondentek se svým partnerem (v této možnosti jsou zahrnuty také případné starší děti). Zbývající ženy žijí více samy, než se svou

<sup>81</sup> [www.czso.cz](http://www.czso.cz)

původní rodinou. Díky těmto údajům víme, že sledované ženy měly ve své blízkosti rodinu, která by jim měla situaci ulehčit.

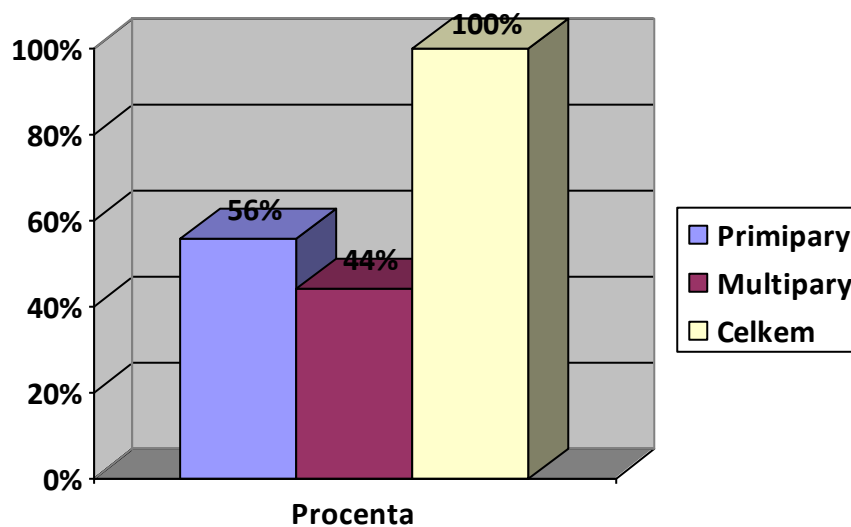
### Otázka č. 3: Jste prvorodička nebo vícerodička?

Díky této otázce mi bylo umožněno rozčlenit skupinu respondentek na primipary a multipary, což je základním kritériem, podle kterého jsem výzkum posuzovala.

Tabulka č. 3.

	<b>Celkem</b>	<b>Primipary</b>	<b>Multipary</b>
<b>Počet</b>	100	56	44
<b>Procenta</b>	100 %	56 %	44 %

Graf č. 3



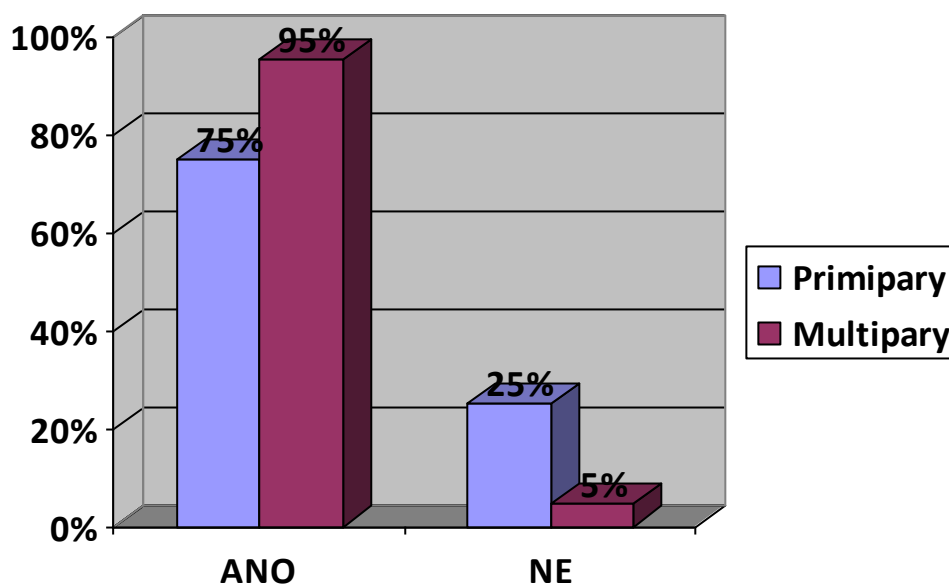
#### Otázka č. 4: Bylo Vaše těhotenství plánované?

Otázku, zda bylo těhotenství plánované, pokládám za důležitou, protože neočekávané (popř. nechtěné) těhotenství může mít vliv na psychické prožívání těhotné ženy.

Tabulka č. 4

4. Bylo Vaše těhotenství plánované?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
Ano	42	75,00 %	42	95,45 %
Ne	14	25,00 %	2	4,55 %

Graf č. 4



Výsledky ukazují, že početí potomka plánují ve větší míře vícerodičky než prvorodičky, u nichž je rozdíl mezi plánovaným a neplánovaným početím menší. Přesto své dítě plánovaly tři čtvrtiny z dotazovaných respondentek.

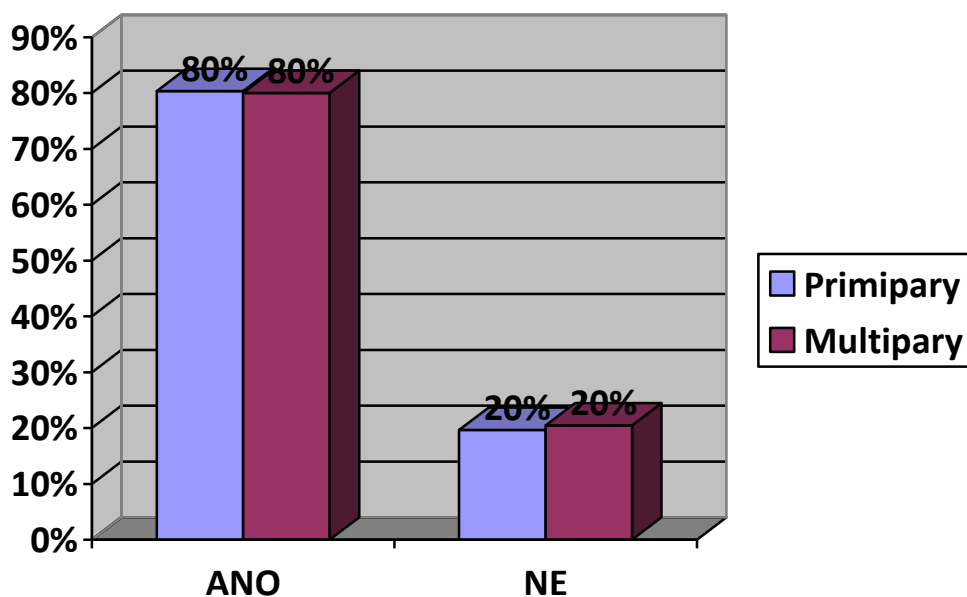
### Otázka č. 5: Cítíte ze strany partnera psychickou podporu?

Podpora ze strany partnera je zásadní věcí, která ovlivňuje ženino prožívání těhotenství, proto má tato otázka místo v tomto výzkumu. Podpora se dá chápat v různých souvislostech, proto je tato oblast rozčleněna do tří otázek. Cílem této otázky bylo zjistit názor žen na psychickou podporu jejich partnera.

Tabulka č. 5

5. Cítíte ze strany partnera psychickou podporu?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
Ano	45	80,36 %	35	79,55 %
Ne	11	19,64 %	9	20,45 %

Graf č. 5



Kladná odpověď je u prvorodiček i vícerodiček vyjádřena poměrně vysokým číslem, které je téměř totožné. Záporně odpověděla zhruba čtvrtina primipar i multipar. Výsledek této otázky proto považuji za velmi pozitivní. Hypotéza č. 5, která tvrdila, že psychickou podporu partnera pociťují více multipary, se tak nepotvrdila. Důvodem pro tuto hypotézu byl předpoklad, že část prvorodiček otěhotněla neplánovaně a podpory partnera se tedy nemusela vždy dočkat.

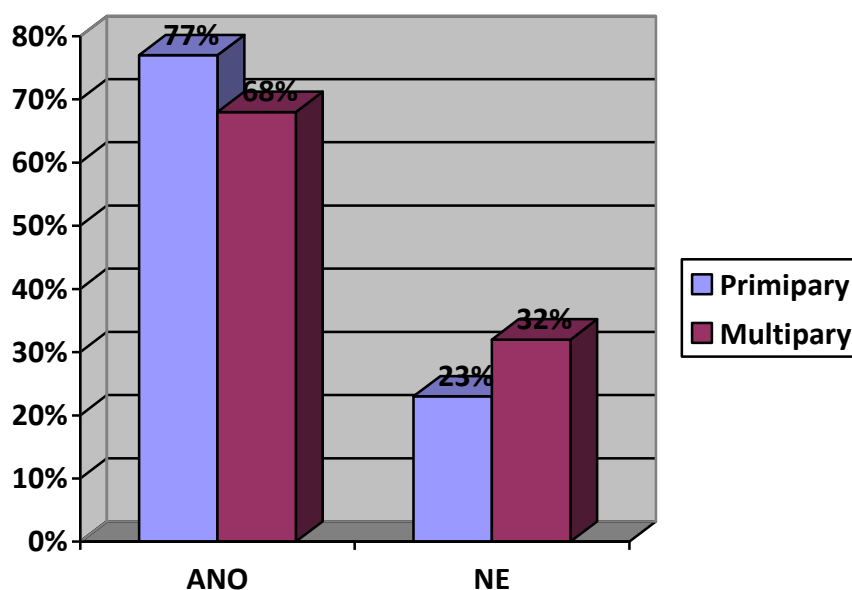
**Otázka č. 6: Měl partner zájem doprovázet Vás na ultrazvuk, případně do cvičení či plavání pro těhotné, na procházky apod.?**

Tato otázka je další z těch, které směřují k postoji partnera. Ne všechny páry mají možnost absolvovat spolu plavání či předporodní kurzy, proto jsou obsahem otázky i další aktivity (např. procházka).

Tabulka č. 6

<b>6. Měl partner zájem doprovázet Vás na ultrazvuk, případně do cvičení či plavání pro těhotné, na procházky apod. ?</b>				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	43	76,78 %	30	68,18 %
<b>Ne</b>	13	23,21 %	14	31,81%

Graf č. 6



V této otázce se zkušenosti prvorodiček a vícerodiček více liší, přestože v zásadě jsou si opět procentuelně podobné. Partneři tedy doprovázeli ženy na dotazované kurzy a aktivity více v případě prvorodiček. I přesto ale graf ukazuje příznivý vývoj v této oblasti.

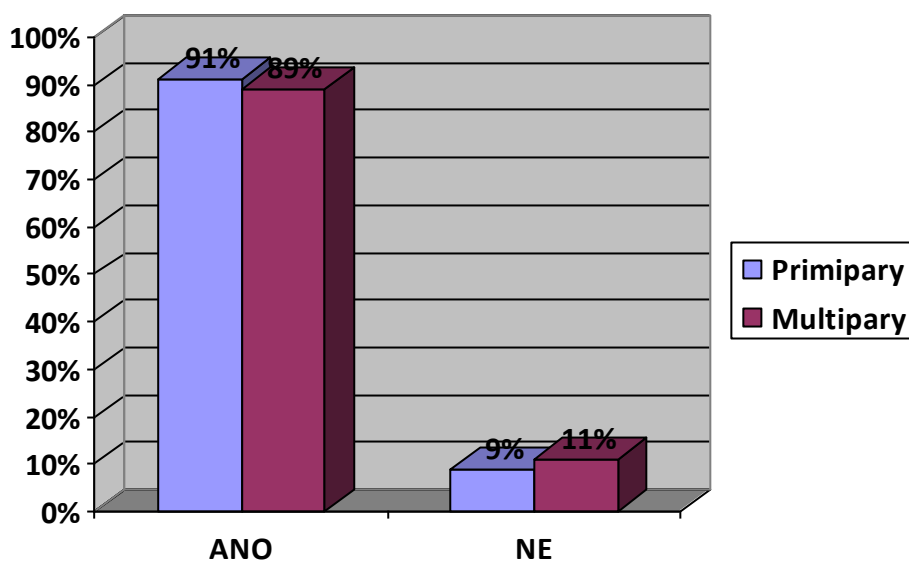
**Otázka č. 7: Pomáhal Vám partner s praktickými přípravami na narození dítěte? (např. úprava ložnice, postýlka, kočárek,...)**

U této otázky jsem předpokládala nejvyšší poměr kladných odpovědí k záporným, a to jak u prvorodiček, tak u vícerodiček. Motivem tohoto předpokladu byl fakt, že většina mužů se zapojuje spíše v praktických činnostech oproti doprovázení na cvičení apod., které na vesnicích a menších městech ještě není samozřejmostí.

Tabulka č. 7

7. Pomáhal Vám partner s praktickými přípravami na narození dítěte ? (např. úprava ložnice, postýlka, kočárek,...)				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	51	91,07 %	39	88,63 %
<b>Ne</b>	5	8,93 %	5	11,36 %

Graf č. 7



Vyhodnocení odpovědí výše uvedený předpoklad potvrdilo, u této otázky také nastal nejvyšší rozdíl mezi počtem kladných a záporných odpovědí, a to jak u primipar, tak u multipar. Praktické podpory partnera se tak dočkalo až 90 % ze všech respondentek.

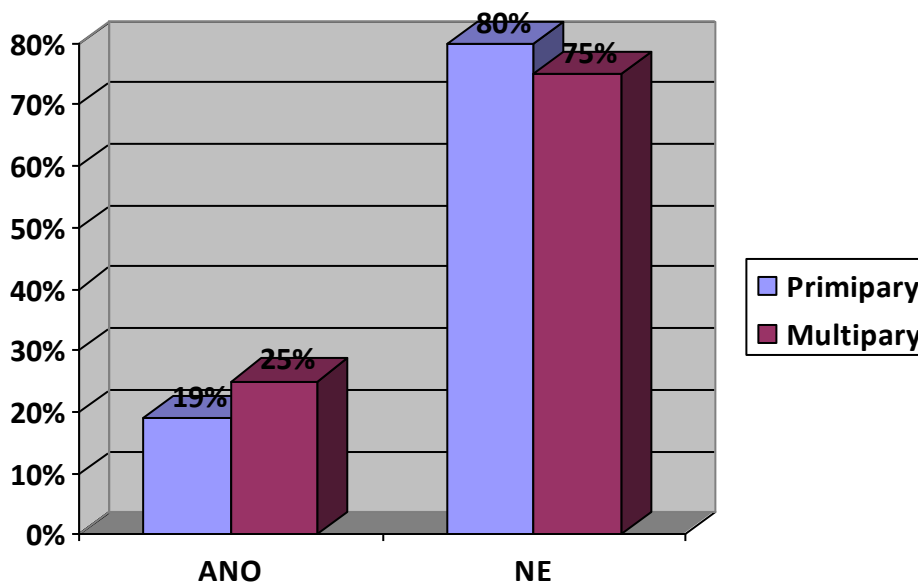
**Otázka č. 8: Cítíte se s měnící se postavou/s narůstající hmotností méněcenná, popř. měla jste potřebu vyhýbat se kvůli tomu společnosti?**

Tato otázka sleduje, jak psychiku dotazovaných žen ovlivnil fakt, že přibírají na hmotnosti a mění se jejich postava. Na některé ženy mohou podobné změny působit negativně, a to i přesto, že se na dítě jinak velmi těší. Proto je otázka rozšířena o dodatek, zda se nastávající matka z těchto důvodů vyhýbala společnosti. Očekávaným výsledkem této otázky bylo zjištění, že u naprosté většiny žen (primipar i multipar) se žádné podobné pocity nevyskytovaly.

Tabulka č. 8

<b>8. Cítíte se s měnící se postavou/s narůstající hmotností méněcenná, popř. měla jste potřebu vyhýbat se kvůli tomu společnosti?</b>				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	11	19,46 %	11	25 %
<b>Ne</b>	45	80,36 %	33	75 %

Graf č. 8



Výše popisované pocity méněcennosti podle výzkumu pociťovalo 19 % prvorodiček. U vícerodiček je rozdíl mezi kladnou a negativní odpovědí menší, pocity studu trpěla



čtvrtina žen. Tento fakt je možné vysvětlit tím, že prvorodičky nemají zkušenost s obdobím po porodu a s návratem k původní postavě. Matky, které již rodily, tuto zkušenost mají. Dalším důvodem může být to, že vícerodičkám se postava po prvním porodu nevrátila do normálu a tak na ně působí fakt, že po dalším porodu se situace může ještě zhoršit.

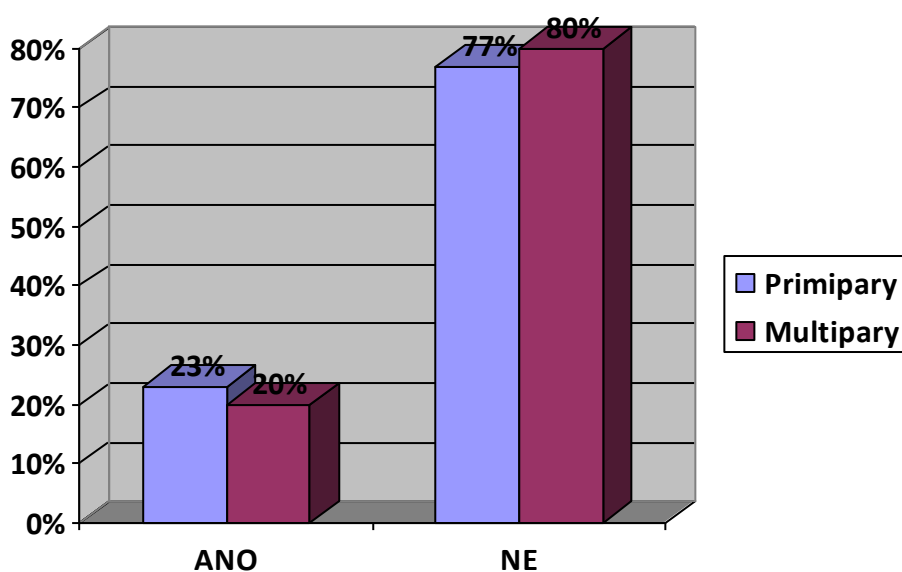
### Otázka č. 9: Musela jste radikálněji změnit svůj životní styl?

Těhotenství s sebou nese řadu změn a jednou z nich je bezesporu omezení aktivit, na které byla žena zvyklá. Tento fakt může působit na psychiku negativně. Je ale velmi individuální, co dotyčná žena považuje za změnu životního stylu a co ne. Přesto byla otázka formulována poměrně obecně. Jejím cílem totiž není vymezit definici životního stylu, ale zjistit působení tohoto faktu na psychiku ženy.

Tabulka č. 9

9. Musela jste radikálněji změnit svůj životní styl?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	13	23,21 %	9	20,45 %
<b>Ne</b>	43	76,78 %	35	79,54 %

Graf č. 9



Graf ukazuje, že mnohem více žen žádnou dramatickou změnu životního stylu během těhotenství nepodstoupilo. Zhruba čtvrtina všech respondentek ji naopak pocítilo. Rozdíly mezi vnímáním prvorodiček a vícerodiček jsou opět velmi malé, přesto změny v životním stylu udává méně multipar. Tento fakt si vysvětlují tím, že multipary již mají doma dítě a proto musela případná změna životního stylu přijít již dříve.

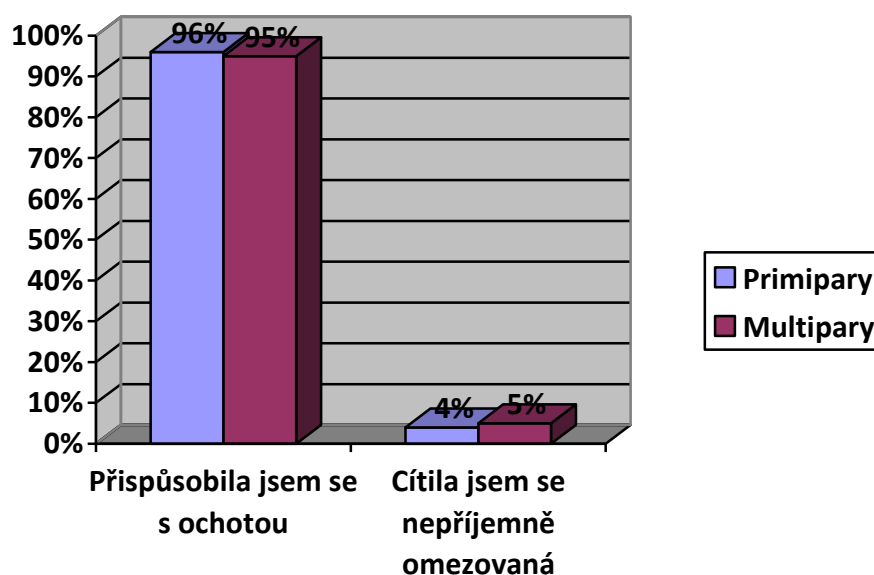
**Otázka č. 10: Většina matek se chová zodpovědně vůči svému dítěti, jí zdravě, spí, nekouří, nepije,...**

Tato otázka se úzce týká otázky předchozí. Ženy měly za úkol doplnit, se kterým ze dvou nabízených tvrzení souhlasí. Význam má otázka především u žen, které v otázce číslo 9 odpověděly pozitivně. Mohly se zachovat dvojnásobným způsobem. Buď se s novou situací rychle sžít, nebo se jí trápit delší dobu. Právě na tento fakt se otázka ptá. Předpokládám, že absolutní většina všech matek odpoví, že se přizpůsobily s ochotou.

Tabulka č. 10

<b>10. Většina matek se chová zodpovědně vůči svému dítěti, jí zdravě, spí, nekouří, nepije,...</b>				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Přizpůsobila jsem se s ochotou</b>	54	96,42 %	42	95,45 %
<b>Cítla jsem se nepříjemně omezovaná</b>	2	3,57 %	2	4,54 %

Graf č. 10



Výsledky ukázaly, že původní předpoklad byl správný – matky neměly větší problémy se s novou situací vypořádat a těhotenství se dokázaly bez problémů přizpůsobit. Omezování pociťovaly v těhotenství zhruba 4 % ze všech respondentek.

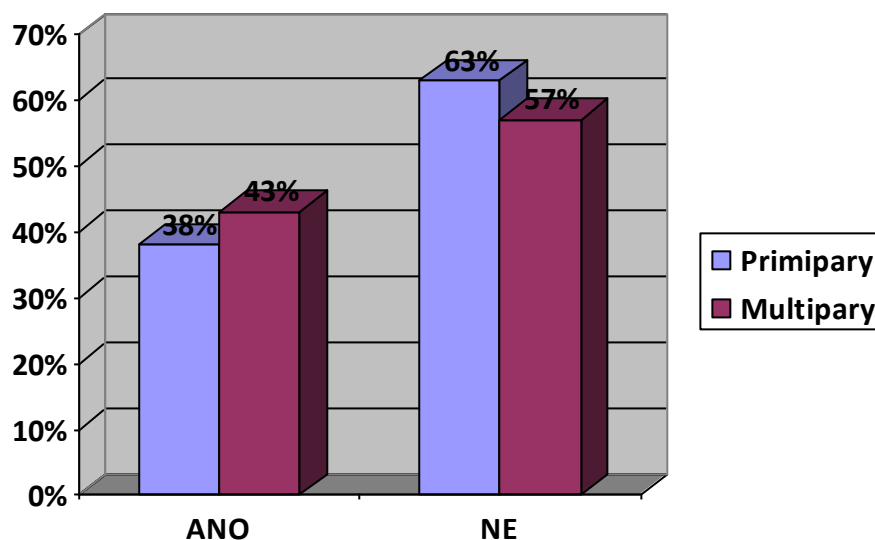
#### Otázka č. 11: Trpěla jste těhotenskými nevolnostmi, mdlobami apod.?

Přestože tato otázka není přímo zaměřená na psychickou stránku těhotenství nebo šestinedělí, zařadila jsem ji do dotazníku z toho důvodu, že nevolnosti či mdloby (zvláště, jsou-li úporné a dlouhodobé) mohou těhotným ženám velmi zneprůjemnit počáteční období gravidity.

Tabulka č. 11

11. Trpěla jste těhotenskými nevolnostmi, mdlobami apod.?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	21	37,5 %	19	43,18 %
<b>Ne</b>	35	62,5 %	25	56,81 %

Graf č. 11



Zpracování odpovědí na tuto otázku ukázalo, že v tomto případě se zmenšují rozdíly jak mezi prvorodičkami a vícerodičkami, tak mezi kladnými a zápornými odpověďmi. Grafy jsou tak poměrně vyrovnané, přesto je zřetelné, že více respondentek nevolnostmi netrpělo. Opět se také ukázalo, že odpovědi multipar jsou méně rozdílné a poměr kladných a záporných odpovědí se zmenšuje. Během sbírání vyplněných dotazníků se také mnoho matek vyjádřilo v tom smyslu, že každé těhotenství u nich probíhalo zcela odlišně. První těhotenství zvládly bez problémů, druhé již probíhalo hůř, či naopak.

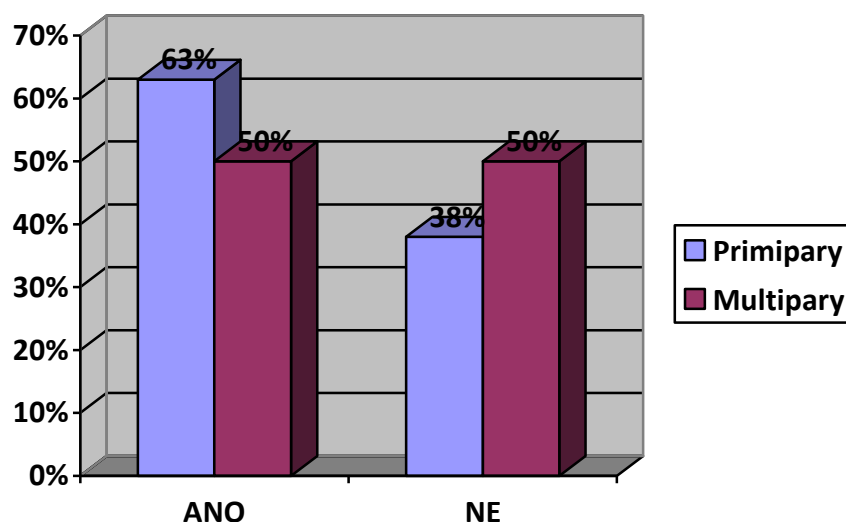
#### **Otázka č. 12: Měla jste strach z porodu?**

U této otázky předpokládám převážnou většinu kladných odpovědí a to především u primipar. Informace o porodech (zvláště dramatických) dnes přicházejí ze všech stran a k budoucím matkám se tak mohou dostat i nereálné informace z naprosto nevhodných zdrojů, které je ještě více vyděsí. Zkušené matky vědí, jak porodní bolesti vypadají a mohou se proto bát také. Přesto tento strach nepovažují za samozřejmý u všech žen, proto je otázka součástí dotazníku.

Tabulka č. 12

12. Měla jste strach z porodu?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	35	62,5 %	22	50 %
<b>Ne</b>	21	37,5 %	22	50 %

Graf č. 12



Vyhodnocení této otázky pro mě bylo překvapivé, protože se nepotvrdila má domněnka, že prvoroďičky se porodu převážně bojí. Více žen sice opravdu odpovědělo kladně, přesto těch, které strach nepociťovaly, je téměř 40 %. U víceroďiček je poměr kladných a negativních odpovědí naprosto vyrovnaný.

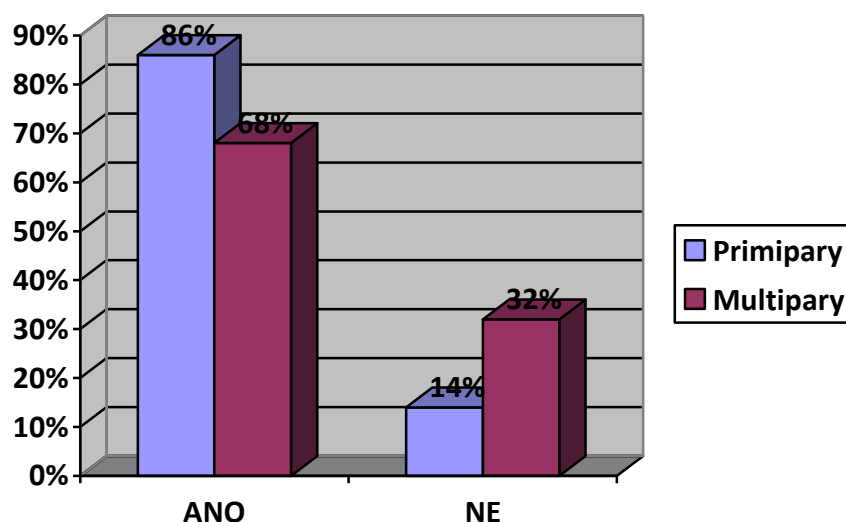
### Otázka č. 13: Přípravovala jste se teoreticky na porod?

Předporodní příprava je důležitá po stránce teoretické i praktické, této problematice jsem se věnovala v teoretické části diplomové práce. U této otázky jsem se chtěla zaměřit také na souvislost mezi obavami z porodu a přípravou na něj. Kvalitní, dostatečná, ale ne přemrštěná příprava může efektivně snížit strach z porodu.

Tabulka č. 13

13. Přípravovala jste se teoreticky na porod?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	48	85,71 %	30	68,18 %
<b>Ne</b>	8	14,28 %	14	31,81 %

Graf č. 13



Odpovědi prvorodiček a vícerodiček se v této otázce liší již více. 86 % prvorodiček se na porod připravovalo. Tím se potvrzuje pozitivní vliv kvalitní předporodní přípravy (i doma díky vhodné literatuře) na těhotenství a na snížení strachu a obav z porodu (ideální je srovnání s předchozí otázkou). Oproti prvorodičkám se zkušenější matky zabývaly teoretickou přípravou v menším měřítku, a to v 68 %. Tento jev je pravděpodobně způsoben tím, že tyto ženy vycházejí především z vlastních zkušeností a méně se spoléhají na odbornou literaturu.

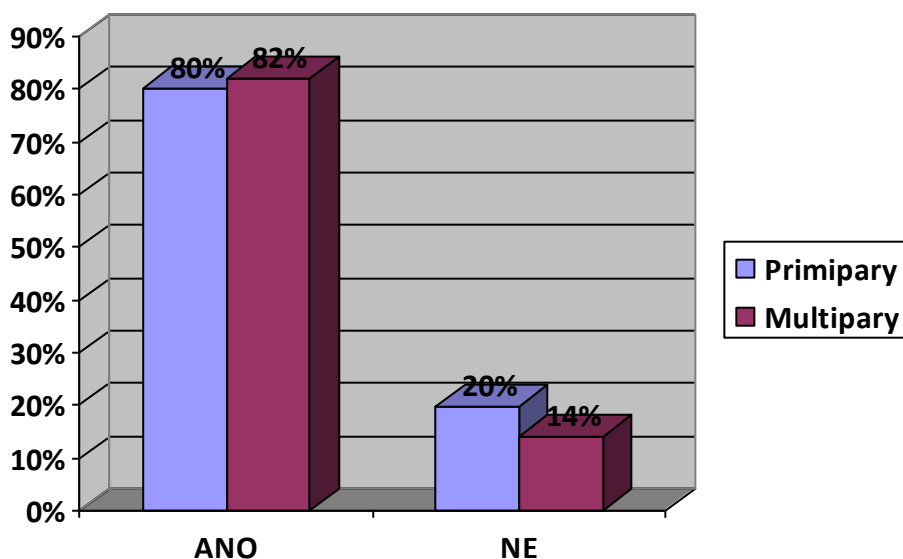
#### Otázka č. 14: Probíhal Váš porod bez větších komplikací?

Touto otázkou se výzkum posouvá od problematiky gravidity k samotnému porodu. Jak již bylo v teoretické části vysvětlováno, způsob porodu má emoční a psychický dopad na rodičku i na dítě, proto je třeba věnovat mu dostatečnou pozornost. Tato otázka je úvodní k dané problematice a jejím cílem je zjistit, jak svůj porod vnímají samotné rodičky.

Tabulka č. 14

14. Probíhal Váš porod bez větších komplikací?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	45	80,35 %	36	81,81 %
<b>Ne</b>	11	19,64 %	8	13,63 %

Graf č. 14



Odpovědi na tuto otázku jsou velmi podobné u prvorodiček i vícerodiček. 80 % všech respondentek vnímá svůj porod jako bezproblémový. Rozdíl v kladných a záporných odpovědích je o trochu větší u prvorodiček, což vede k závěru, že porod lépe vnímají ženy zkušenější.

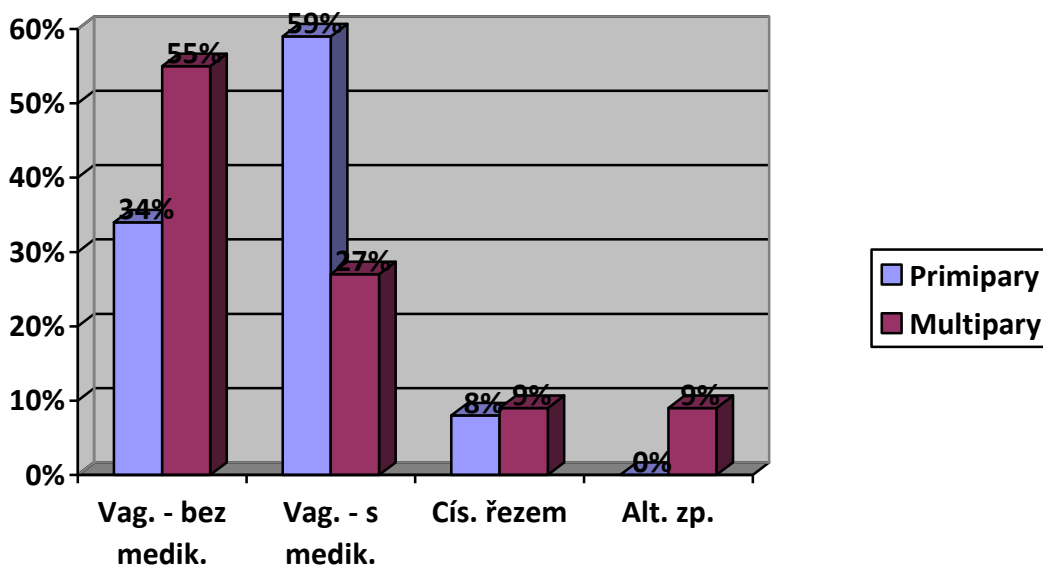
### Otázka č. 15: Rodila jste...

Tato otázka je rozdělena na dvě části. V první části ženy odpovídaly na to, jakým způsobem rodily. Na výběr měly čtyři možnosti: vaginálně bez medikamentů, vaginálně s medikamenty (infuze apod.), císařským řezem či alternativním způsobem (do vody, na porodním křesle,...). Ve druhé části jsem chtěla zjistit, jestli způsob, kterým rodily, vnímají pozitivně či negativně. Kvůli větším nárokům na grafické zpracování je druhá část otázky rozdělena do dvou grafů. Ve druhém z nich jsou použity zkratky odkazující na předchozí tabulku.

#### 1. část – tabulka č. 15

15. Rodila jste...				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
Vaginálně - bez medikamentů	19	33,92 %	24	54,54 %
Vaginálně – s medikamenty	33	58,92 %	12	27,27 %
Císařským řezem	4	7,74 %	4	9,09 %
Alternativním zp.	0	0 %	4	9,09 %

Graf č. 15





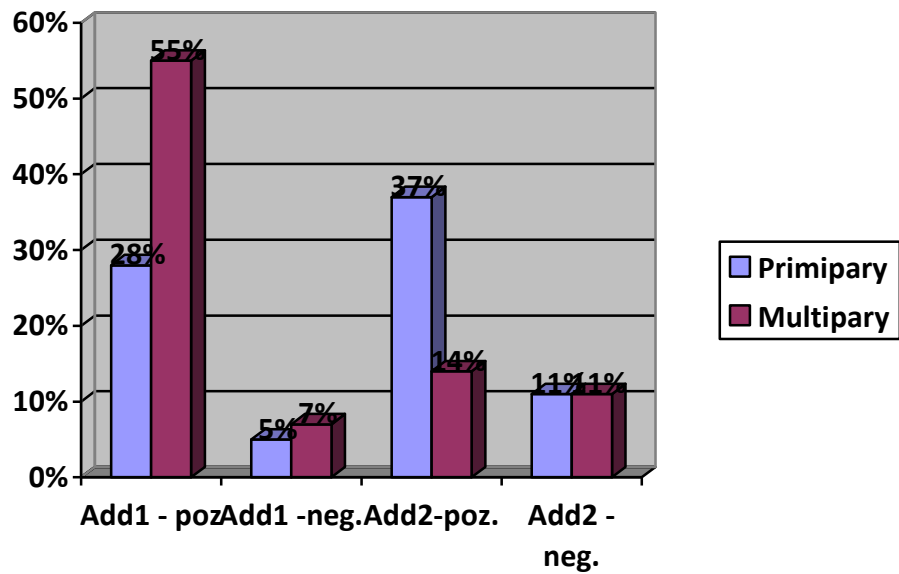
Převážná většina dotazovaných žen rodila vaginální cestou. Zásadní rozdíl je v otázce medikace u primipar a multipar. S medikací rodilo téměř 60 % prvorodiček, zatímco téměř stejný počet víceroďiček rodil bez medikace. Tyto výsledky ukazují, že porod probíhá spontánněji u žen, které již minimálně jednou rodily. Císařský řez absolvovalo 7 – 9 % rodiček. Alternativní způsob porodu zažily jen matky. Žádná ze sledovaných primipar tuto zkušenost nemá.

## 2. část – tabulka č. 16

Následující tabulka se zaměřuje na zjištění, zda prvorodičky a víceroďičky vnímaly svůj prožitý způsob porodu pozitivně či negativně.

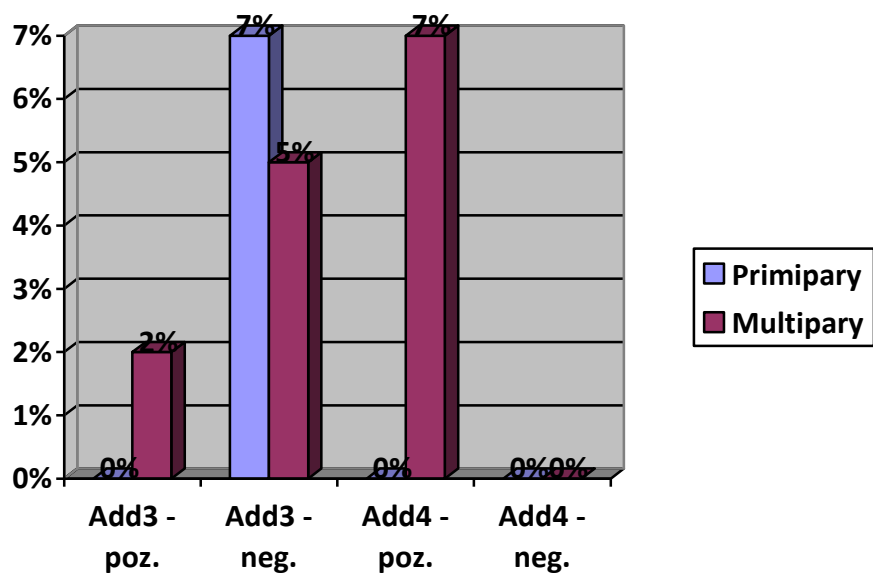
<b>Způsob porodu</b>	<b>Vnímání</b>	<b>Primipara</b>	<b>Multipara</b>	<b>Celkem</b>
<b>1.Vaginálně - bez medikamentů</b>	<i>pozitivní</i>	16 (28,57 %)	24 (54,54 %)	40 (40%)
	<i>negativní</i>	3 (5,35 %)	3 (6,81 %)	6 (6%)
<b>2.Vaginálně – s medikamenty</b>	<i>pozitivní</i>	21 (37,5 %)	6 (13,63 %)	27 (27%)
	<i>negativní</i>	12 (21,42 %)	5 (11,36 %)	17 (17%)
<b>3.Císařským řezem</b>	<i>pozitivní</i>	0 (0%)	1 (2,27 %)	1 (1%)
	<i>negativní</i>	4 (7,14 %)	2 (4,54 %)	6 (6%)
<b>4.Alternativním zp.</b>	<i>pozitivní</i>	0 (0%)	3 (6,81 %)	3 (3%)
	<i>negativní</i>	0 (%)	0 (0%)	0 (0%)

Graf č. 16



V tomto grafu jsou znázorněny dojmy rodiček z průběhu vaginálních porodů – medikamentózních i bez použití léků. Prvorodičky vnímají pozitivněji vaginální porod za podpory medikamentů, takto se vyjádřilo 37 % žen. Vaginální porod bez medikamentů je v „oblíbenosti“ na druhém místě s 28 %. Naopak vícerodičky se v podstatně vyšší míře (55 %) vyslovily pro vaginální porod bez podávání léků. Medikamentózní porod vnímá pozitivně jen 14 % respondentek.

Graf č. 17



V tomto grafu jsou zaznamenány reakce na méně běžné způsoby porodu – císařský řez a alternativní vedení. Dotazované primipary mají zkušenost pouze s císařským řezem a tato zkušenost je plně negativní, vnímá ji tak celých 7 % žen, které tímto porodem prošly. Vícerodičky zažily oba způsoby porodu. Císařský řez vnímají spíše negativně. Alternativní způsob vedení porodu oproti tomu posuzují jako pozitivní, takto se vyjádřily všechny rodičky, které s ním mají zkušenost.

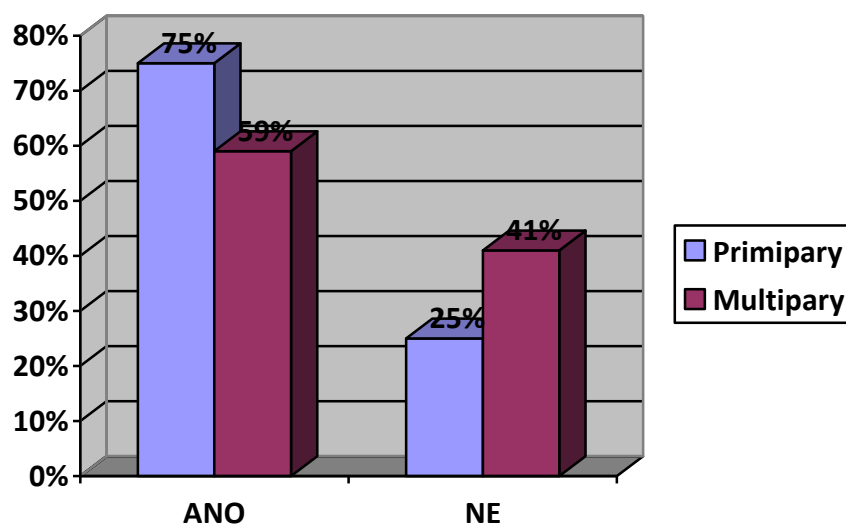
### Otázka č. 16: Byl u porodu přítomný partner?

Problematika přítomnosti partnera u porodu byla také rozebírána v teoretické části diplomové práce. Z výzkumu vyplynulo, že partneři při porodech většinou byli. Osobně podporovali 75 % prvorodiček a 59 % vícerodiček. Bez jejich přítomnosti na porodním sále se obešla čtvrtina primipar a 41 % multipar.

Tabulka č. 16

16. Byl u porodu přítomný partner?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	42	75 %	26	59,09 %
<b>Ne</b>	14	25 %	18	40,90 %

Graf č. 18



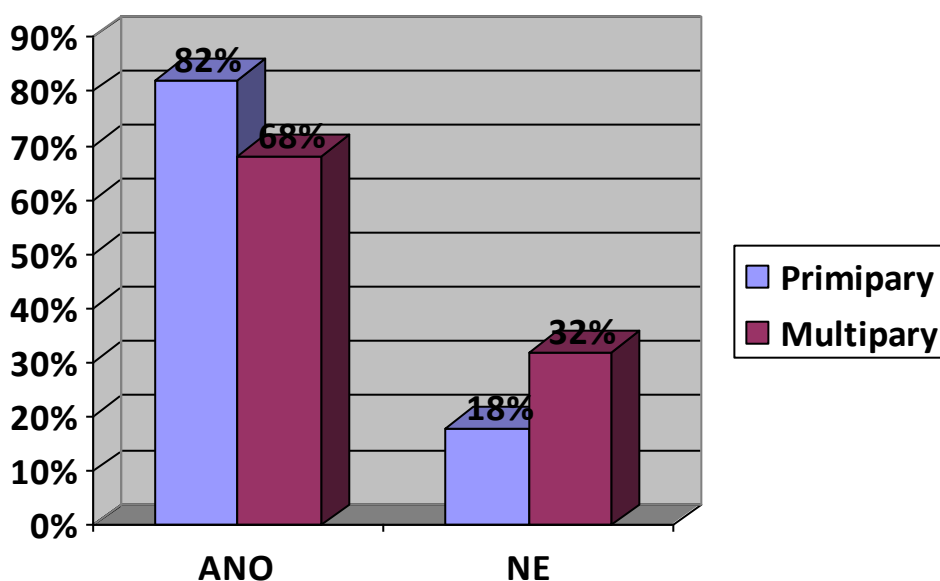
### Otázka č. 17: Cítíte v porodnici emocionální podporu ze strany personálu?

Cílem otázky je zjistit, jak rodičky vnímají porodnický personál a jejich přístup na oddělení šestinedělí. Několik prvních dní po porodu je velmi důležitých, matky se učí starat o dítě a potřebují rady, které jim tento personál může poskytnout. Naopak, pokud nemohou počítat s podporou personálu, stává se toto období pro matku stresující.

Tabulka č. 17

17. Cítíte v porodnici emocionální podporu ze strany personálu?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	46	82,14 %	30	68,18 %
<b>Ne</b>	10	17,85 %	14	31,81 %

Graf č. 19



Jak ukazují výsledky, emocionální podporu v nemocnici cítily ve větší míře prvorodičky, pozitivně se vyjádřilo 82 % z nich. Také se potvrdil jev, který se vyskytuje ve velké části výzkumu – pozitivní a negativní odpovědi vícerodiček jsou více vyrovnané než u prvorodiček. Celkově ale vyhodnocená otázka ukazuje na pozitivní dojem rodiček z porodnického personálu.

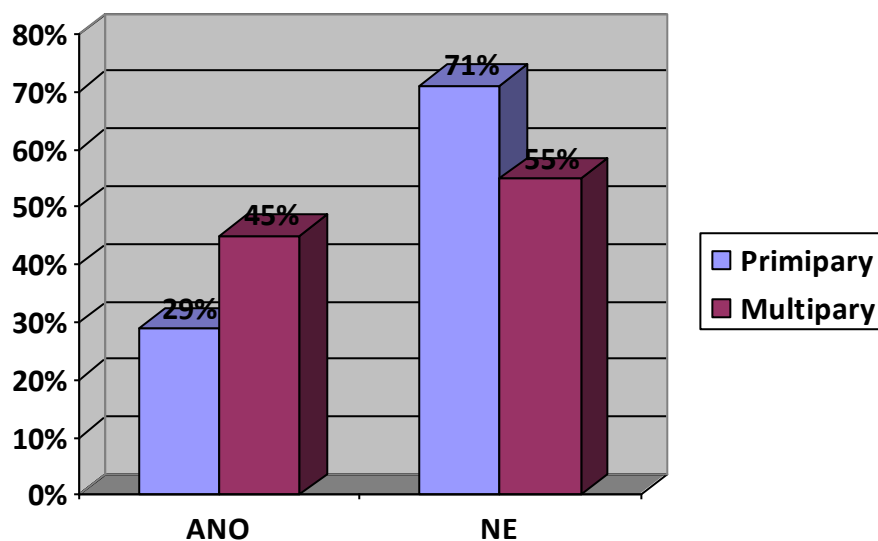
### Otázka č. 18: Měla jste problémy s kojením?

Kojení má na psychiku matky v šestinedělí (ale i později) velký vliv, proto jsem tuto problematiku zařadila do výzkumu. Potíže s kojením jsem předpokládala především na straně prvorodiček, které ještě nemají potřebné zkušenosti a zručnost.

Tabulka č. 18

18. Měla jste problémy s kojením?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
Ano	16	28,57 %	20	45,45 %
Ne	40	71,42 %	24	54,54 %

Graf č. 20



Vyhodnocení výsledků ukázalo, že můj předpoklad nebyl úplně správný a přesný. Primipary měly potíže s kojením jen ve 29 % případů, oproti tomu u multipar byl poměr obou možností téměř stejný, jen s malým převýšením záporných odpovědí. Překvapující na těchto výsledcích je pro mě především to, že potíže s kojením měly více multipary, a to v 45 % případů.

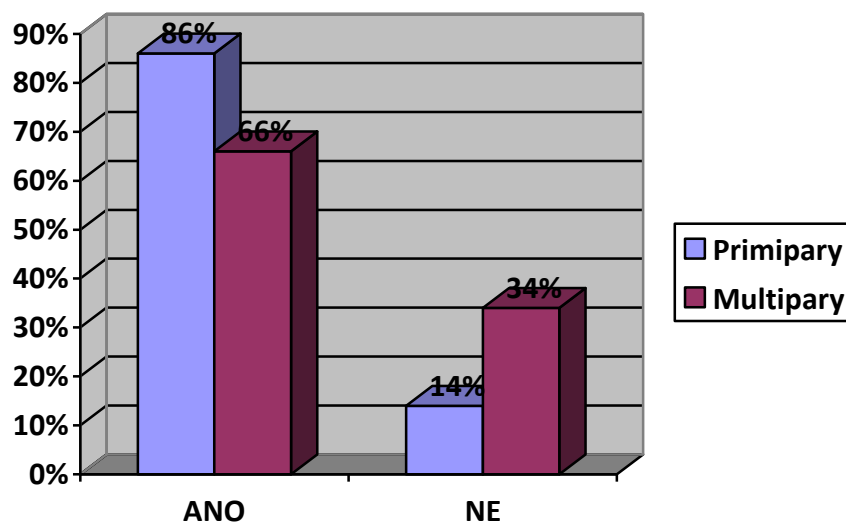
### Otázka č. 19: Pomáhal Vám personál s kojením?

Tato otázka souvisí s otázkou předchozí. Pomoc s kojením potřebují vesměs všechny šestinedělky. Prvorodičky sbírají nové zkušenosti a potřebují ukázkou vedení, vícerodičky ale pomoc mnohdy potřebují také.

Tabulka č. 19

19. Pomáhal Vám personál s kojením?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
Ano	48	85,71 %	29	65,90 %
Ne	8	14,28 %	15	34,09 %

Graf č. 21



Personál pomáhal s kojením v podstatné míře, a to jak prvorodičkám, tak i vícerodičkám. U primipar je procento, kdy se jim dostalo pomoci, vyšší než u vícerodiček. To může být způsobeno také tím, že vícerodičky jsou považovány za zkušenější a samostatnější. Nemusí jít vždy o neochotu personálu pomoci.

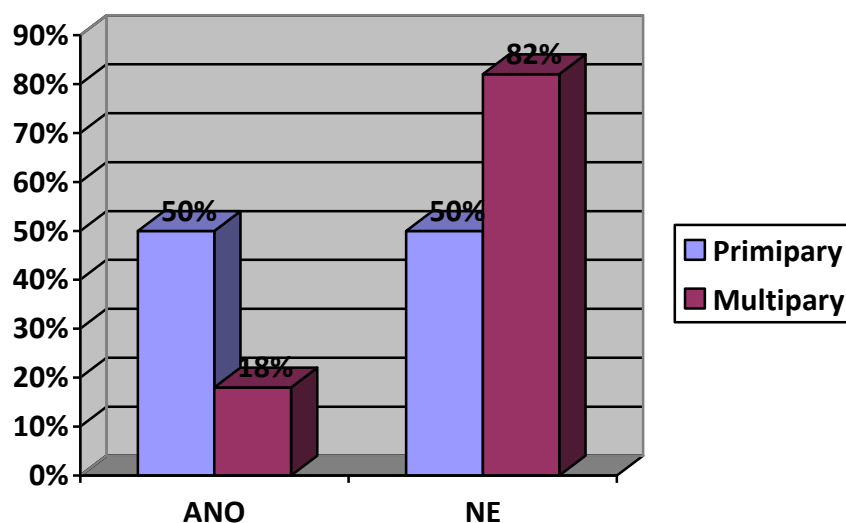
**Otázka č. 20: Měla jste pocit bezmoci, strachu, že svou novou úlohu nezvládnete?**

Podobné pocity se vyskytují více u primipar, nedají se ale zcela vyloučit nikdy. Protože ovlivňují ženino vnímání nové situace, je cílem této otázky zjistit, do jaké míry se podobné uvažování vyskytlo u prvorodiček a vícerodiček.

Tabulka č. 20

<b>20. Měla jste pocit bezmoci, strachu, že svou novou úlohu nezvládnete?</b>				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	28	50 %	8	18,18 %
<b>Ne</b>	28	50 %	36	81,81 %

Graf č. 22



Při vyhodnocení výsledků se plně ukázal rozdíl mezi prvorodičkami a zkušenějšími matkami. U prvorodiček je poměr těch, které strach měly či neměly dokonce 50 %. U vícerodiček je počet matek, které obavami trpěly, mnohem menší než u matek, které si podobné pocity nepřipouštěly nebo je ani nenapadly.

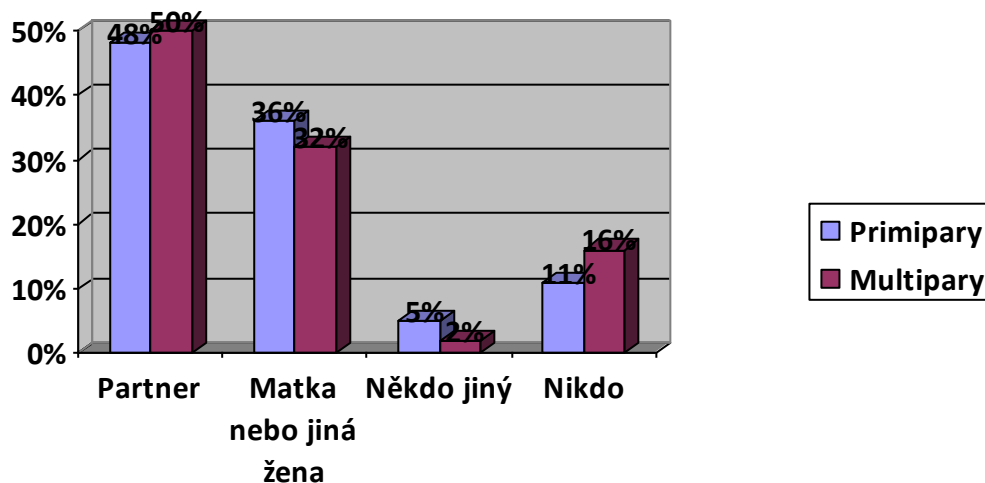
**Otázka č. 21: Kdo Vám pomáhal zvládnout náročnější situace v šestinedělí a péči o dítě?**

Cílem této otázky je zjistit, z jaké strany směřovala pomoc šestinedělce. V tomto ohledu se mohou výsledky u prvorodiček a vícerodiček různit. Proto měly respondentky na výběr čtyři možnosti, zda to byl partner, matka či jiná žena (tchyně,..), někdo jiný (respondentky mohly doplnit, kdo) nebo nikdo. Nutné je také přihlídnout k dalším souvislostem, např. pokud nikdo nepomáhal prvorodičce, je zřejmé, že měla situaci mnohem těžší a pravděpodobně ji nenesla psychicky nejlépe. U vícerodičky to naopak může znamenat, že byla zcela soběstačná a dovedla si zorganizovat čas, protože touto zkušeností již prošla.

Tabulka č. 21

21. Kdo Vám pomáhal zvládnout náročnější situace v šestinedělí a péči o dítě?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Partner</b>	27	48,21 %	22	50 %
<b>Matka nebo jiná žena</b>	20	35,71 %	14	31,81 %
<b>Někdo jiný...</b>	3	5,35 %	1	2,27 %
<b>Nikdo</b>	6	10,71 %	7	15,90 %

Graf č. 23





Prvorodičkám pomáhal v nejvíce případech partner, na druhém místě to byla matka. Ve třech případech označily možnost „někdo jiný“ a do vyznačeného místa vepsaly kamarádku. 11 % z nich nepomáhal nikdo. U vícerodiček jsou poměry podobné. Nejvíce se na pomoci podílel také partner, na druhém místě matka, kamarádka pomáhala v jednom případě a samy si respondentky vystačily v sedmi případech.

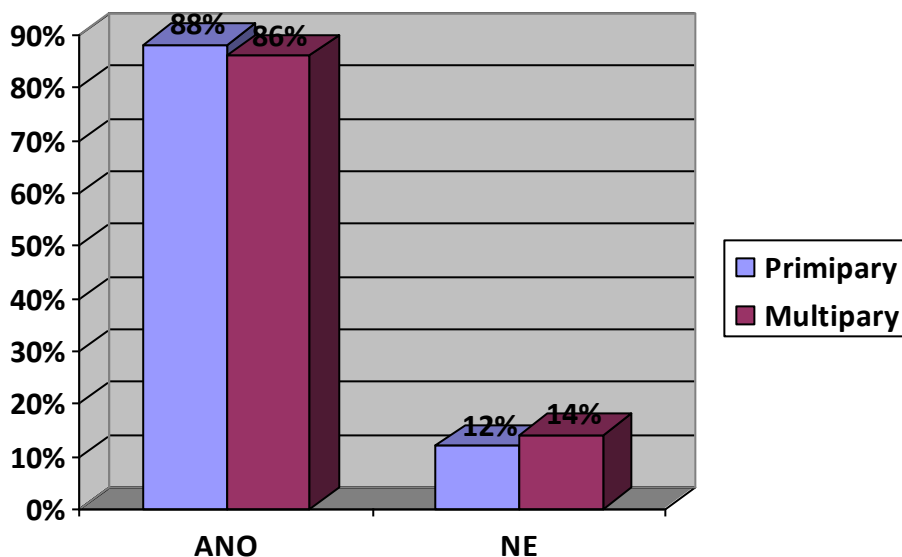
### Otázka č. 22: Hodnotíte své těhotenství jako relativně bezproblémové?

Cílem této otázky je zjistit, jak respondentky subjektivně vnímaly své těhotenství. Jejich psychický stav se v tomto vnímání projeví, proto je otázka součástí dotazníku.

Tabulka č. 22

22. Hodnotíte své těhotenství jako relativně bezproblémové?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	49	87,5 %	38	86,36 %
<b>Ne</b>	7	12,5 %	6	13,63 %

Graf č. 24



Všechny respondentky se v odpovědi na tuto otázku shodly, rozdíly mezi prvorodičkami a vícerodičkami jsou zanedbatelné. Většina odpovědí respondentek je kladná. U prvorodiček je to 88 %, u vícerodiček 86 %.

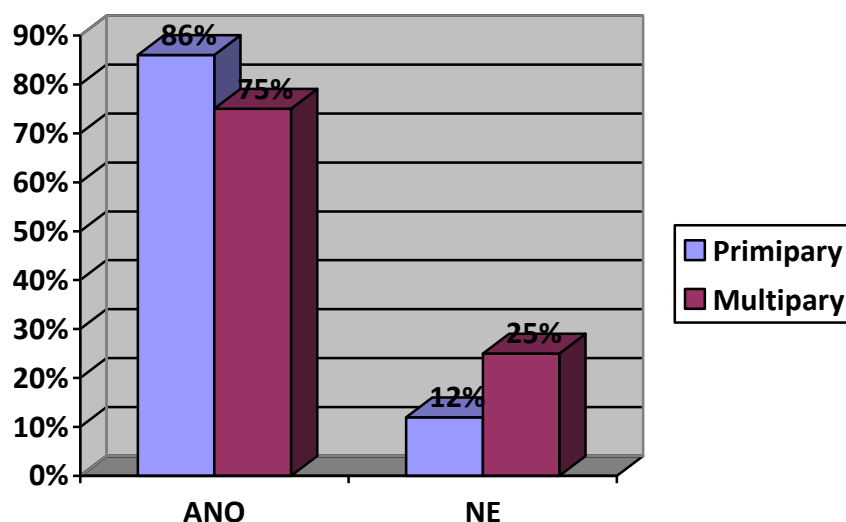
### Otázka č. 23: Hodnotíte své šestinedělí jako relativně bezproblémové?

Tato otázka je modifikovanou otázkou předchozí a má stejný cíl.

Tabulka č. 23

23. Hodnotíte své šestinedělí jako relativně bezproblémové?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Ano</b>	48	85,71 %	33	75 %
<b>Ne</b>	8	14,28 %	11	25 %

Graf č. 25



Prvorodičky i vícerodičky opět shodně odpověděly většinou kladně. Procento primipar, které šestinedělí nehodnotily jako bezproblémové, je stejně jako u předchozí otázky 12 %. Větší rozdíly jsou u vícerodiček. Průběh šestinedělí hodnotí hůře než průběh těhotenství. Původních 14 % záporných odpovědí stoupl na plných 25 %.

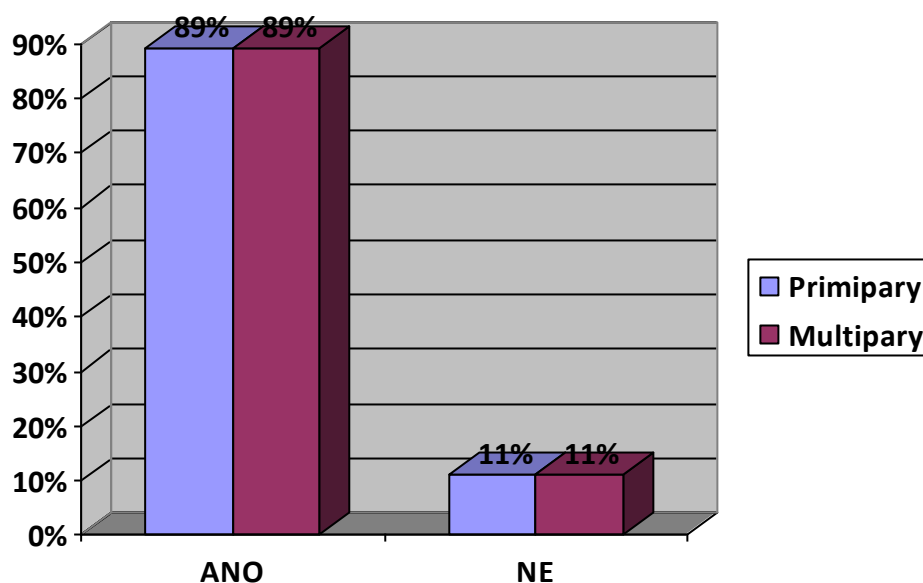
### Otázka č. 24: Měla jste důvěru ve zdravotníky a jejich vedení?

Tato otázka směřuje k zjištění, jak respondentky vnímaly působení zdravotnického personálu. Jeho případná neochota nebo dokonce chybné postupy mají negativní vliv na prožívání šestinedělí.

Tabulka č. 24

24. Měla jste důvěru ve zdravotníky a jejich vedení?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
Ano	50	89,28 %	39	88,63 %
Ne	6	10,71 %	5	11,36 %

Graf č. 26



Prvorodičky a vícerodičky ve zdravotníky důvěru měly. Tím zjištěné výsledky korespondují s otázkou číslo 19, která se dotazovala na pomoc personálu s kojením. Primipary a multipary se přitom vyjádřily kladně v 89 % případů.

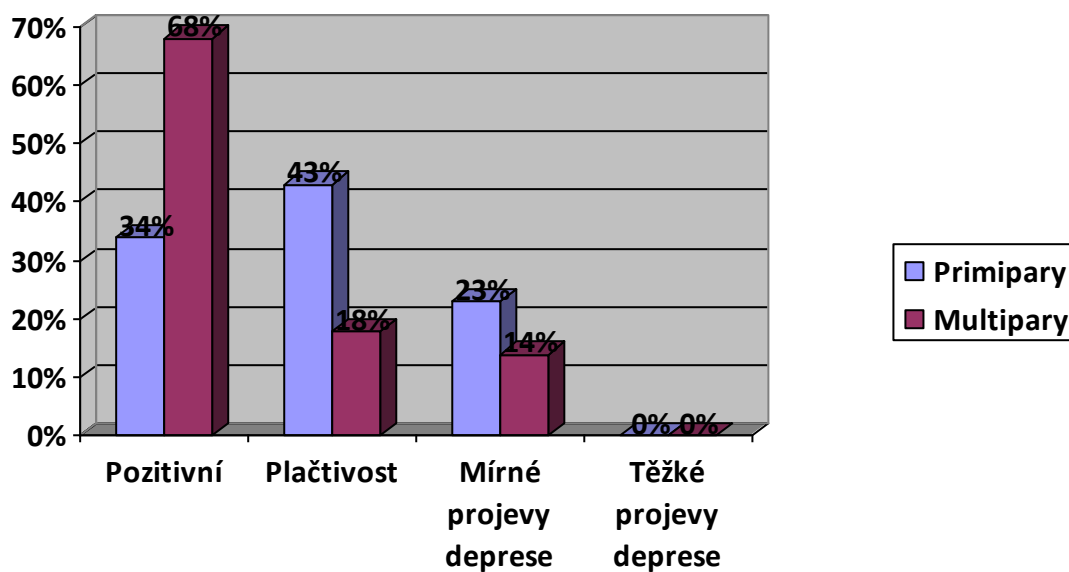
### Otázka č. 25: Jaké byly Vaše emoce v době šestinedělí?

Tato otázka se zaměřila na problematiku poporodních depresí. Cílem práce není zjistit informovanost rodiček, proto měly v dotazníku čtyři možnosti odpovědí. U každé z nich bylo vysvětleno, jaké příznaky do konkrétní kategorie patří, na základě toho otázku zodpověděly. První možností byly jen pozitivní pocity, druhou bylo typické baby blues, poté mírné a těžké projevy poporodní deprese.

Tabulka č. 25

25. Jaké byly Vaše emoce v době šestinedělí?				
	Primipara		Multipara	
	Počet odpovědí	Procento	Počet odpovědí	Procento
<b>Jen pozitivní</b>	19	33,92 %	30	68,18 %
<b>Plačtivost (baby blues)</b>	24	42,85 %	8	18,18 %
<b>Mírné projevy poporodní deprese</b>	13	23,21 %	6	13,63 %
<b>Těžké projevy poporodní deprese</b>	0	0 %	0	0 %

Graf č. 27



V otázce poporodních depresí se trochu liší zkušenosti prvorodiček a vícero diček. Prvorodičky ve vyšší míře (43 %) prošly fází baby blues, která je pro šestinedělí typická. Druhé nejčastější byly pocity pozitivní (34 %), o něco méně (23 %) je postihly mírné projevy poporodní deprese. U vícero diček naopak výrazně převládaly pozitivní emoce, které cítilo 68 % žen, baby blues se vyskytlo u 18 % žen. Mírné projevy poporodní deprese byly přítomné u 23 % prvorodiček a 14 % vícero diček. Těžké projevy poporodní deprese se ve skupině sta respondentek nevyskytly vůbec.

## DISKUZE

Výsledky, které vyplynuly z výzkumu, poměrně dobře odpovídají tomu, co je ve sledovaném období považováno za běžné. Některé stanovené hypotézy se sice nepotvrdily, přesto ale nedošlo k žádnému nečekanému závěru.

Průměrný věk dotazovaných respondentek je třicet let. Ne všechny vyplněné dotazníky mi byly předány přímo osobně, proto jsem nemluvila se všemi ženami, které se výzkumu zúčastnily. Přesto mi mnohé z nich řekly svůj názor na některé problémy, se kterými se setkaly. Rodičky, které mi dotazníky zasílaly mailem, často připojily pár vět, kterými vysvětlovaly některé své odpovědi. Jedna z matek, kterou partner nechtěl doprovázet na ultrazvuk, tuto skutečnost vysvětlila tím, že na rozdíl od ní nechtěl znát pohlaví miminka. Nejruznější vysvětlující poznámky se tak v dotaznících vyskytovaly poměrně často. Stejně tak jsem v dotaznících našla několik „vzkazů“, kdy mi matky popisovaly zvláštnosti, které je potkaly a se kterými nepočítaly. To mi umožnilo rozšířit si povědomí o problematice a zařadit tyto zkušenosti do teoretické části práce. Několik žen se shodlo také v tom, že např. stres z měnící se postavy ve druhém trimestru gravidity pociťovaly, na konci těhotenství však převládly pocity jakési hrdosti, proto v dotazníku odpověděly na otázku záporně. Respondentky, které se do výzkumu zapojily, jej celkově hodnotily jako přínosný a několik z nich projevilo zájem si celou práci po dokončení přečíst. Pozitivně kvitovaly také to, že má dostatečný počet otázek, přesto jeho vyplnění netrvá dlouho.

Z pěti stanovených hypotéz se tři potvrdily, jedna se potvrdila částečně a jedna hypotéza byla vyvrácena:

Hypotéza č. 1 – předpokládám, že rozdíly mezi prvorodičkami a víceroďičkami budou spočívat především ve vnímání průběhu porodu – *potvrdila se*.

Hypotéza č. 2 – předpokládám, že většina respondentek vnímala své těhotenství a šestinedělí jako relativně bezproblémové – *potvrdila se*.

Hypotéza č. 3 – předpokládám, že 50 % prvorodiček pociťovala obavy z toho, že svou úlohu matky nezvládnou – *potvrdila se*.

Hypotéza č. 4 – předpokládám, že 50 % respondentek prošlo v šestinedělí fází baby blues – *potvrdila se částečně*.

Hypotéza č. 5 – předpokládám, že psychickou podporu ze strany partnera pociťovaly více primipary než multipary – *nepotvrdila se*.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zmapovat, jakými nejdůležitějšími psychickými změnami prochází těhotné ženy a matky v šestinedělí. Tyto změny jsem sledovala jak v pozitivním, tak i negativním smyslu. Dalším cílem bylo srovnat zkušenosti prvorodiček a vícerodiček a potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

Při vypracování práce jsem použila dva základní zdroje. Tím prvním byla odborná literatura, druhým pak internetové zdroje. Ty ale fungovaly spíše jako zdroj doplňkový. V teoretické části diplomové práce se zabývám i tématy, které s psychologií přímo nesouvisí, ale pro tuto práci mají svůj význam. Jde o krátké kapitoly zabývající se fyziologií těhotenství a šestinedělí. V dalších kapitolách jsem se zabývala pozitivními i negativními vlivy, které na těhotné ženy působí, předporodní přípravou jako důležitým prvkem a samozřejmě samotným porodem a jeho působením na rodičku. V části věnované šestinedělí jsem se zaměřila na proces vytváření mateřské role, na vliv a pomoc matčiny rodiny. S tím úzce souvisí třetí blok teoretické části práce, který jsem věnovala poporodním depresím.

Dotazník, který je základem pro vypracování praktické části práce, jsem se snažila sestavit tak, aby bylo možno z vyhodnocených odpovědí usoudit, zda byly stanovené hypotézy správné a tyto výsledky graficky zpracovat. U všech otázek jsem zpracovala zvlášť poznatky primipar i multipar. Jedním z rysů, které spojovaly většinu vyhodnocených odpovědí, je to, že u prvorodiček byl mnohem větší rozdíl v kladných a záporných odpovědích. Výsledky odpovědí vícerodiček byly naopak více vyvážené. Z celkového pohledu na výsledek výzkumu vyplývá, že psychická kondice dotazovaných respondentek nebyla většinou vystavována žádným větším zátěžím a průzkum tedy dopadl poměrně pozitivně. Pokud se zaměřím na vyhodnocení konkrétních hypotéz, můžu čtyři z nich potvrdit, jednu vyvrátit a jedna hypotéza se potvrdila částečně. Hypotéza č. 1 (rozdíly mezi primiparami a multiparami budou spočívat především ve vnímání porodu) se potvrdila. Kromě vnímání porodu se větší rozdíly projevily i u odpovědí na otázku, zda pociťovaly strach z nové úlohy matky. Hypotéza č. 2 (většina respondentek vnímala své těhotenství a šestinedělí jako relativně bezproblémové) se také potvrdila a obě



skupiny žen se v kladných odpovědích shodly. Hypotéza č. 3 (50 % primipar cítilo obavy, že svou novou roli matky nezvládnou) se potvrdila dokonce přesně, kladně odpovědělo 50 % prvorodiček. Jen pro srovnání, vícerodičky tento strach vesměs nepocitovaly. 4. hypotéza (50 % respondentek prošlo fází baby blues) se potvrdila částečně. V případě primipar se hypotéza ukázala jako správná, v případě multipar se nepotvrdila, protože převažovaly odpovědi, kdy vícerodičky své pocity hodnotily jako pozitivní. Poslední hypotéza č. 5 (psychickou podporu pocitovaly spíše vícerodičky než prvorodičky) se nepotvrdila. I v tomto ohledu odpověděly téměř všechny respondentky kladně, bez ohledu na pořadí jejich porodu.

Téma této diplomové práce je široké a poskytuje ještě spoustu možností, jakým směrem se dá výzkum obrátit. Rozhovorem s některými respondentkami jsem zjistila, že většinu z nich zaujala např. poslední otázka týkající se poporodních depresí a některé dokonce podnítila k tomu, aby se s touto problematikou trochu blíže seznámily. Výzkum měl proto také další a pro mě nečekaný pozitivní efekt.

## POUŽITÁ LITERATURA

ATKINSON, R. *Psychologie*. Praha, Portál 2003, ISBN 80-7178-640-3.

BEJDÁKOVÁ, J. *Cvičení a sport v těhotenství*. Praha, Grada publishing 2006. ISBN 80-247-1214-8.

ČEPIČKÝ, P. *Péče o ženu v porodnici a šestinedělí*. Praha, Státní zdravotní ústav 2004, ISBN 80-7071-244-9.

ČEPIČKÝ, P. *Psychologie porodnictví*. In: Celostátní kongres gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha, Euroagentur 1999. ISBN 80-238-4740-6.

DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S. *Somatologie 2*. Praha, Avicenum 1990. ISBN 80-201-0039-3.

GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha, One Woman Press 2004, ISBN 80-86356-32-9.

HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální neverbální komunikace se ženou v první době porodní*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2007, ISBN 978-80-86559-80-3.

HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální status ženy – rodičky v české porodnici*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2004, ISBN 80-86559-31-9.

HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální interakce se ženou v období šestinedělí*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2008, ISBN 978-80-86559-99-5.

HOLÁSKOVÁ, K. *Poporodní deprese – informovanost žen v ČR*. In: Sborník referátů. Praha, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu 2005, ISBN 80-86559-41-6.

KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha, Galén 2005, ISBN 80-7262-315-x.

MACKŮ, F. *Porodnictví pro 3. ročník středních zdravotnických škol*. Praha, Scientia medica 1996. ISBN 80-85526-45-X.

MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. Brno, Computer Press 2004, ISBN 80-251-0205-X.

NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha. Grada Publishing, 2001, ISBN 80-7169-938-1.

ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha, Argo 1995, ISBN 80-85794-05-2.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat. Stop zoufalství a beznaději*. Praha, Portál 2003, ISBN 80-7178-809-0.

RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha, Area 2008, ISBN 978-80-254-2186-4.

WEIGERT, V. *Všechno o kojení*. Praha, Portál 2006, ISBN 80-7367-071-2.

Zdroje dostupné na internetu:

[www.gynekologie.cz](http://www.gynekologie.cz)

[www.czso.cz](http://www.czso.cz)

<http://slovník-cizich-slov.abc.cz>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

1. Dotazník
2. Slovník
3. Příběh rodičky zveřejněný v knize Znovuzrozený porod
4. Česká asociace dul
5. Fotografie

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Miroslava Kundratová
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Kamila Holásková, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	Psychické změny v těhotenství a šestinedělí
<b>Název v angličtině:</b>	Mental changes during the pregnancy and confinement
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zaměřuje na problematiku psychických změn v těhotenství a šestinedělí. Popisuje také, s jakými problémy se ženy mohou v tomto období setkat. Pomocí dotazníkové metody zjišťuje rozdíly mezi prvoroďčkami a víceroroďčkami a srovnává jejich zkušenosti.
<b>Klíčová slova:</b>	těhotenství, šestinedělí, rodička, psychická změna, deprese
<b>Anotace v angličtině:</b>	This diploma work is focusing on issues mental changes during pregnancy and confinement, describes what kind of problems women can go through during this time and via a questionnaire detects differences between first and second birth and compares their experiences.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	pregnancy, confinement, para, mental changes, depression

<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dotazník</li><li>2. Slovník</li><li>3. Příběh rodičky zveřejněný v knize Znovuzrozený porod</li><li>4. Česká asociace dul</li><li>5. Fotografie</li></ol>
<b>Rozsah práce:</b>	78 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český jazyk

## DOTAZNÍK

- 1.) Kolik je Vám let? .....
- 2.) S kým žijete ve společné domácnosti?
  - a) sama
  - b) s partnerem (případně i svými dětmi)
  - c) se svou původní rodinou
  - d) s jinými lidmi, kterými:.....
- 3.) Jste prvorodička nebo vícerodička?
  - a) prvorodička
  - b) vícerodička
- 4.) Bylo Vaše těhotenství plánované?
  - a) ano
  - b) ne
- 5.) Cítila jste ze strany partnera psychickou podporu?
  - a) ano
  - b) ne
- 6.) Měl partner zájem doprovázet Vás na ultrazvuk, případně do cvičení či plavání pro těhotné, na procházky apod.?
  - a) ano
  - b) ne
- 7.) Pomáhal Vám partner s praktickými přípravami na narození dítěte? (např. úprava ložnice, kočárek, postýlka,...)
  - a) ano
  - b) ne
- 8.) Cítila jste se s měnící se postavou/s narůstající hmotností méněcenná, popř. měla jste potřebu vyhýbat se kvůli tomu společnosti?
  - a) ano
  - b) ne
- 9.) Musela jste radikálněji změnit svůj životní styl?
  - a) ano
  - b) ne

- 10.) Většina matek se chová zodpovědně vůči sobě i svému dítěti, zdravě jí, spí, nekouří, nepije,..  
a) přizpůsobila jsem se s ochotou  
b) cítila jsem se nepříjemně omezovaná
- 11.) Trpěla jste těhotenskými nevolnostmi, mdlobami apod.?  
a) ano  
b) ne
- 12.) Měla jste strach z porodu?  
a) ano  
b) ne
- 13.) Připravovala jste se teoreticky na porod?  
a) ano  
b) ne
- 14.) Probíhal Váš porod bez větších komplikací?  
a) ano  
b) ne
- 15.) Rodila jste:  
a) vaginálně – bez medikamentů  
b) vaginálně – s medikamenty (infuze, injekce,...)  
c) císařským řezem  
d) alternativním způsobem (porod do vody, na křesle apod.)  
Způsob, jakým jste rodila, vnímáte a) pozitivně  
b) negativně
- 16.) Byl u porodu přítomný partner?  
a) ano  
b) ne
- 17.) Cítila jste v porodnici emocionální podporu ze strany personálu?  
a) ano  
b) ne



- 18.) Měla jste problémy s kojením?  
a) ano  
b) ne
- 19.) Pomáhal Vám personál s kojením?  
a) ano  
b) ne
- 20.) Měla jste pocit bezmoci, strachu, že svou novou úlohu nezvládnete?  
a) ano  
b) ne
- 21.) Kdo Vám pomáhal zvládnout náročnější situace v šestinedělí a péči o dítě?  
a) partner  
b) matka nebo jiná žena  
c) někdo jiný, kdo:.....  
d) nikdo
- 22.) Hodnotíte své těhotenství jako relativně bezproblémové?  
a) ano  
b) ne
- 23.) Hodnotíte své šestinedělí jako relativně bezproblémové?  
a) ano  
b) ne
- 24.) Měla jste důvěru ve zdravotníky a jejich vedení?  
a) ano  
b) ne
- 25.) Jaké byly Vaše emoce v průběhu šestinedělí?  
a) jen pozitivní  
b) plačtivost (tzv. baby blues)  
c) mírné projevy poporodní deprese (úzkost, nechutenství, nespavost,...)  
d) těžké projevy poporodní deprese (sebevražedné úmysly, nenávisť vůči dítěti,...)

**SLOVNÍK**

ADAPTACE	přizpůsobení
ADOLESCENCE	vývojové období mezi pubertou a ranou dospělostí
ADRENALIN	hormon připravující tělo na výkon, základ stres. reakce
ALTRUIZMUS	jednání sledující prospěch jiného člověka
ANALGETIKA	léky tišící bolest
ANÉMIE	chudokrevnost (nedostatek červených krvinek v krvi)
APATIE	netečnost, lhostejnost k vnějším podnětům
AROMATERAPIE	léčebné používání esenciálních olejů
BAZÁLNÍ METABOLISMUS	energie nezbytná pro základní životní pochody v organismu
DEMEDIKALIZACE	záměrné nevyužívání medikamentů a léků
ELIMINOVAT	omezit
EMBRYO	zárodek, první fáze vývoje (do 3. měsíce těhotenství)
EMPATIE	porozumění emocím a motivům druhého člověka
ENDOKRINNÍ	týkající se žláz s vnitřní sekrecí
ENDORFINY	tzv. „hormony štěstí“, způsobují dobrou náladu
EPIDURÁLNÍ ANESTEZIE	způsob tlumení bolesti, kdy se do páteřního kanálu v bederní oblasti se vpraví anestetikum
ESTROGEN	ženský pohlavní hormon
FARMAKOLOGICKÉ	týkající se farmak (léků)
FYZIOLOGICKÉ	normální, přirozený, zdravý
FRUSTRACE	stav při závažném neuspokojení lidských potřeb
GENETICKÁ DISPOZICE	vrozená výbava organismu, předpoklady k něčemu
GRAVIDITA	těhotenství
HOSTILNÍ	nenávistný, nepřátelský

HYPERAKTIVITA	nadměrná aktivita jedince
HYPOCHONDRIE	přehnané a intenzivní zaměření na vlastní zdr. stav
HYPOTALAMUS	část mozku produkující některé hormony (oxytocin,...)
CHORIOVÝ GONADOTROPIN	tzv. „těhotenský hormon“, jeho přítomnost v moči je známkou těhotenství
INTERRUPCE	umělé přerušení těhotenství
KLIMAKTERIUM	období vyhasínání pohlavního cyklu ženy
KOGNITIVNÍ	kladoucí důraz na poznávací stránku nějaké činnosti
KOLOSTRUM	mlezivo, které produkují mléčné žlázy před samotným mlékem
KONTRAKCE	děložní stahy
KORTIKOIDY	hormony nadledvin, odpovídají na stres nebo fungují jako imunitní odpověď
LABILNÍ	nestálý, nejistý
LAKTACE	tvorba a vylučování mléka z mléčné žlázy
LIBIDO	pohlavní pud
MEDIKAMENTÓZNÍ	týkající se medikamentů, léků
METABOLICKÝ	související s látkovou přeměnou
MIKROMANICKÝ BLUD	chorobné přesvědčení o neužitečnosti vlastní existence pro rodinu apod.
MULTIPARA	víceroďička
NARKOTIKA	látky se sedativním a analgetickým účinkem
NIDACE	zahníždění oplodněného vajíčka v děloze
NONVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	komunikace pomocí řeči těla
OXYTOCIN	hormon nazýván „hormonem lásky“
PLACEBO EFEKT	pozitivní efekt, který má neúčinná látka vydávaná za lék
PLACENTA	plodový koláč zajišťující výživu a ochranu plodu

PREMENSTRUAČ. TENZE	souhrn fyzických, psychických a emocionálních projevů týkající se menstruačního cyklu
PRIMIPARA	prvorodička
PROGESTERON	ženský pohlavní hormon
PROSTAGLANDIN	látka podobná hormonům
PSYCHOSOMATIKA	psychika ovlivňující fyzický proces nebo jev
RESPONDENTKA	účastnice výzkumu
ROOMING-IN	nemocniční pobyt matky s novorozencem po porodu v jednom pokoji
SEKRECE	vylučování
SILICE	těkavé, olejovité látky, vonné, s palčivou chutí
SOMATICKÝ	vztahující se k tělu, tělesný
SUBSTANCE	látka, neměnný základ
SUGESCE	ovlivňování myšlení či představ
TONUS	napětí živé tkáně
TRIMESTR	třetina těhotenství
VAGINÁLNÍ POROD	klasický porod, kdy dítě prochází vaginou
VARIXY	křečové žíly
VITÁLNÍ	živý, týkající se vitality

**Příběh rodičky z Paříže, který uveřejnil Michel Odent ve své knize Znovuzrozený porod.**

„Pro mě byla nejpohodlnější pozice klečet na podlaze s hrudí nakloněnou přes křeslo. Když vešel dr. Odent, cítila jsem takovou bolest, že jsem propukla v pláč. Viděla jsem ho, jak zase odchází, aniž by řekl jediné slovo. Brzy se vrátil s asi dvacetiletou ženou v bílém plášti, studentkou zdravotnické školy, která od té chvíle zůstávala blízko mne. Když jsem ucítila další stah, vrhla jsem se jí do náruče a mezi námi začalo působit jakési pouto. Cítila jsem její vřelost, její laskavost. Do porodního pokoje jsme šly spolu. Při každém stahu jsem se jí pevně držela, dokud bolest neustoupila. Budu jí navždycky vděčná za všechno, co mi dala. Předtím, když jsem byla sama ve svém pokoji, jsem se pokoušela ovládat bolest pomocí dechových cviků s hlubokým dýcháním. Útěšná přítomnost sestřičky však přivodila pozoruhodou změnu. Nesnažila jsem se už ovládat. Křičela jsem při každém stahu. Moje výkřiky nepřestávaly až do chvíle o hodinu a patnáct minut později, kdy se dítě narodilo.

Ty výkřiky mě ohromovaly. Při svém prvním dítěti jsem nepocítovala žádnou touhu křičet nebo plakat. Teď jsem měla dojem, že burcuji celou nemocnici. Nikdy v životě jsem tak nenaříkala jako tehdy. Bylo to, jako kdyby ty výkřiky ani nepatřily ke mně. Když přišel můj manžel, zrovna před porodem, uklidňovala jsem ho: „Nedělej si starosti, já si nemůžu pomoci, dělá mi dobře křičet, posaď se.“ V jednu chvíli jsem se uslyšela, jak naříkám odlišným způsobem: dlouhá, třaslavá zavytí, podobná pláči dítěte. Teď chápu, že ty výkřiky mě chránily, ne před bolestí, ale aby se mi ta bolest jako trauma nevryla do duše. Byl to určitý druh katarze: tím, že jsem křičela, jsem nechávala bolest vyjít ze svého těla. Ke konci porodu jsem začala klít. Nemohu si už vzpomenout, co jsem říkala, ztratila jsem vládu nad svými smysly. Ten prožitek přetrval vlastní okamžik porodu. Jen si pomyslet, že bych tohle mohla dělat před jinými lidmi! Ale bylo to jako kdybych mnoho let ztratila hlas a pak ho konečně zase našla“

**Česká asociace dul** ([www.duly.cz](http://www.duly.cz))

- vznikla v září 2001 po osamostatnění aktivity původně zastřešené Hnutím za aktivní mateřství,
- sdružuje duly (Dula ČAD je buď certifikovaná dula ČAD, která získala Osvědčení o absolvování kurzu, dula účastníci se výcviku nebo absolventka vzdělávacího programu pro duly pořádaného organizací, jejíž certifikát ČAD uznává, a je zároveň členkou ČAD.),
- ženám, které se na ni obrátí, pomáhá vyhledat kvalifikovanou dulu,
- organizuje kurzy, které účastnice připraví na povolání duly,
- podporuje pozitivní změny v českém systému péče o matku a dítě,
- přistoupila k mezinárodní iniciativě Porodnické služby matce přátelské,
- rozšiřuje informace o přínosu činnosti duly pro ženu, dítě, rodinu i společnost,
- dulám vytváří odborné zázemí, bude organizovat rozšiřující vzdělávání,
- usiluje o oficiální uznání profese duly v ČR,

**Jaké služby dula nabízí?**

- psychickou podporu ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí,
- doporučení týkající se životosprávy v těhotenství,
- spolupráci na přípravě porodního plánu,
- nepřetržitý doprovod během porodu,
- masáže, pomoc při volbě polohy a dalších nefarmakologických úlevových prostředků během porodu,
- usnadnění komunikace mezi rodičkou (či rodiči) a zdravotníky,
- informace potřebné pro informovaná rozhodnutí ženy, např. i v případě nutnosti lékařského zásahu,
- podporu pro partnera a rodinu,
- informace a podporu při zahájení kojení,
- podporu nové rodině v šestinedělí, předávání zkušeností s péčí o dítě,
- drobnou pomoc v domácnosti,

Dula je připravena ženu doprovázet jak při porodu v nemocnici, tak v porodním domě nebo při porodu v domácnosti (za samozřejmé asistence porodní asistentky nebo lékaře).

### **V čem spočívá přínos duly pro rodičku a její rodinu?**

Dula uznává porod jako jeden z klíčových okamžiků v životě ženy. Uvědomuje si, že způsob, jakým ženy rodí a děti přicházejí na svět ve svém důsledku ovlivňuje celou společnost. Chápe fyziologii porodu i emocionální potřeby rodící ženy. Dula zná rodičku i její přání a představy týkající se porodu. Pečuje o ženu, která si to přeje, po celou dobu porodu a určitý čas po narození dítěte. Pomáhá vytvořit takovou atmosféru při porodu, kdy se žena cítí bezpečně, může se uvolnit a plně se soustředit na samotný porod.

Přítomnost duly u porodu prokazatelně pozitivně ovlivňuje jeho délku a možný výskyt komplikací.

V proslulé knize o významu duly (M. Klaus, J. Kennell, P. Klaus: *Mothering the Mother*, 1993) se uvádí, že přítomnost duly u porodu snižuje:

- počet císařských řezů o 50%,
- délku první doby porodní (fázi "otevírání") o 25%,
- použití oxytocinu o 40%,
- užívání léků proti bolesti o 30%,
- použití kleští o 40%,
- žádosti o epidurální anestezii o 60%

Péče duly o matku a novorozence má pozitivní vliv:

- na kojení
- na délku času, který matka s dítětem tráví
- na výskyt poporodní deprese
- na teplotu rodičky

**Fotografie**

