



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Vliv stresu u ženy v těhotenství, při porodu a  
v šestinedělí**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Karolína Havlíčková

**Vedoucí práce:** Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2021



## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Vliv stresu u ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2021

.....

Karolína Havlíčková

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Romaně Belešové za odborné vedení, ochotu a trpělivost, jakož i za cenné rady, které mi pomohly při zpracování této práce. Také bych ráda poděkovala své rodině za trpělivost a podporu nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.

## Vliv stresu u ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí

### Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá vlivem stresu u ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je nejčastější příčina stresu u ženy v těchto obdobích. Druhým cílem pak bylo zjistit, jak se ženy se stresem vyrovnávají.

Předkládaná práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána charakteristika těhotenství (délka a dělení těhotenství, známky těhotenství a změny v organismu ženy v těhotenství). V podkapitolách řazených k těhotenství je pozornost věnována prenatální diagnostice a příčinám stresu v těhotenství. Dále jsou zmíněny informace o porodu a jednotlivých porodních dobách, v podkapitolách je popsána příprava na porod a jaké jsou příčiny stresu při porodu. Teoretická část se též věnuje charakteristice období šestinedělí. Kapitola šestinedělí je dělena na podkapitoly, jež se zabývají problémy při kojení, péčí o novorozence, jaké stresové faktory působí na ženy v období šestinedělí a psychickými změnami v šestinedělí. V závěru teoretické části je definován stres. V kapitolách těhotenství, porod a období šestinedělí je popsána role porodní asistentky.

Praktická část bakalářské práce byla provedena pomocí kvalitativního výzkumného šetření, formou individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné šetření probíhalo od února do dubna 2021 a výzkumný soubor tvořily ženy označené Ž1-Ž11, které byly minimálně dva měsíce po porodu. Se souhlasem informantek byly provedeny rozhovory, které byly uskutečněny v domácím prostředí žen. Výzkumné šetření probíhalo v době koronavirové pandemie a z toho důvodu rozhovory probíhaly za dodržení protiepidemiologických opatření, za využití respirátorů a dvoumetrových rozestupů. Se souhlasem informantek byly rozhovory zaznamenány na diktafon, následně doslovně přepsány a analyzovány. Získaná data byla zpracována pomocí otevřeného kódování, metodou „tužka a papír“ (Švaříček et al., 2014). Pro vyhodnocení získaných dat byly stanoveny hlavní kategorie Stres v těhotenství, Stres při porodu a Stres v šestinedělí a k nim jejich podkategorie. Kategorie Stres v těhotenství obsahuje podkategorie Koronavirová pandemie, Podpora partnera, Návštěva prenatální poradny

a Předporodní kurz. Druhou kategorií Stres při porodu tvořily podkategorie Zkušenosti ženy se zdravotnickým personálem a Přítomnost partnera či manžela u porodu. Poslední kategorie zahrnuje podkategorii Kojení a péče o novorozence.

Na základě výše zmíněného prvního cíle bakalářské práce byla stanovena výzkumná otázka, která se zabývá tím, jaká je nejčastější příčina stresu žen v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastější příčinou stresu u žen v těhotenství vyvolávala probíhající situace s koronavirovou pandemií, prenatální diagnostika a strach z potratu nebo předčasného porodu. Příčiny stresu u žen při porodu způsobil zdravotnický personál a strach, že ženy budou prožívat porod samy. Dále výzkumné šetření odhalilo nejčastější příčinou stresu u žen v období šestinedělí, kterou byly problémy s kojením a nezvládnutí péče o novorozence.

Druhá výzkumná otázka zkoumala, jak stres ženy ovlivňuje. Z výzkumu je patrné, že všechny informantky, kromě informantky Ž1, stres do budoucna nijak neovlivnil. Informantka Ž1 uvedla, že stres v období šestinedělí ji ovlivnil tím způsobem, že se uzavřela sama do sebe před okolím.

Výsledky bakalářská práce by mohly být využity na odborných seminářích, jako informační materiál pro porodní asistentky. Též by bakalářská práce mohla sloužit jako informační materiál pro těhotné ženy, aby zjistily, jaké jsou časté stresory, a mohly se na ně připravit.

### **Klíčová slova**

Stres, těhotenství, porod, šestinedělí, žena

# **Influence of stress on women during pregnancy, childbirth and puerperium**

## **Abstract**

The subject of interest of this bachelor thesis is the impact of stress factors to women's health during pregnancy, childbirth and puerperium. The first aim of this bachelor thesis was to find out what is the most common stress cause for women during upmentioned periods. The second aim was to explore the women's ability to cope with stress.

This thesis is divided into two parts – teoretical and practical. The theoretical part provides information about pregnancy characteristics (its duration, symptoms, signs and changes in the female body and organs during pregnancy). In subchapters related to pregnancy is the attention paid to prenatal diagnosis and stress factors during graviditas. The theoretical part also includes information about childbirth and its detailed periods. The subchapters considering childbirth provide summary of preparations for a delivery and the stress sources during the act itselfes. The theoretical part also deals with the information about puerperium. This part is devided into subchapters which také into account breastfeeding difficulties, newborn care, stress factors affecting women in the puerperium, and psychological changes of women during puerperium. The final passage of the theoretical chapter discusses the definition of stress. The description of midwife role is possible to be found in each subchapter.

The practical part of the bachelor's thesis founds its basis on a qualitative research in the form of individual semi-structured interviews. The survey was held from February to April 2021 and the group of analysed specimens consisted of 11 women not earlier than two months after they gave birth. To make the research anonymous the women were marked Ž1 – Ž11. All the interviews were held at the women's household with their approval. The research was going on in a covid-19 epidemic era, therefore all the restrictions such as face mask wearing and two meter distancing must have been kept during the visits. All the dialogues have been recorded, literally rewritten and analysed with women's assent. All the reached data have been treated by open coding, „pencil and paper“ method (Švaříček et al., 2014). As the main categories for purpose of data

evaluation have been marked: Pregnancy stress, birth stress, post-partum stress and their appropriate subcategories. The topics mentioned in „Pregnancy stress“ are Covid-19 pandemic, partner’s support, maternity clinic attendance and antenatal course. Aspects affecting the birth itself are maternity hospital staff behaviour and partner’s presence in the delivery room. The last category includes themes of breastfeeding and newborn care.

On basis of the first, previously discussed, goal of this bachelor thesis was established the question which considers what is the most common stress cause during pregnancy, birth and six weeks post-partum. The result of this research indicates, that the women are most often stressed out because of the current coronavirus pandemic situation and prenatal diagnosis. The women are also worried about miscarriage or preterm birth. As the reasons of stress during the delivery were indicated hospital staff bad behaviour or a fear of being lonely and experiencing the feelings without partners. The investigation on the last category displays that over the post-partum period the women are worried about breastfeeding difficulties and insufficient childcare skills.

The second question of the research followed up in what ways the stress impacts the women. From the survey it is possible to ascertain that all the involved women, except Ž1 were not affected by the stress in a long-term run. The specimen „Ž1“ stated that her postnatal feelings and stresses had made her to shut herself off from her surroundings.

The results of this bachelor thesis could be possibly used for scholar seminar purposes as a source of information for midwives. The other possible usage for this document would be a provision of needed information for pregnant women to get familiar with usual stress factors and to prevent them.

### **Keywords**

Stress, pregnancy, childbirth, puerperium, woman



## Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav .....	12
1.1 Těhotenství.....	12
1.1.1 Změny v organismu ženy.....	12
1.1.2 Prenatální vyšetření.....	15
1.1.3 Stresové faktory v těhotenství.....	17
1.1.4 Role porodní asistentky v těhotenství.....	18
1.2 Porod .....	18
1.2.1 Příprava na porod.....	18
1.2.2 I. doba porodní.....	19
1.2.3 Role porodní asistentky v I. době porodní.....	20
1.2.4 II. doba porodní.....	21
1.2.5 Role porodní asistentky ve II. době porodní.....	22
1.2.6 III. a IV. doba porodní .....	23
1.2.7 Role porodní asistentky ve III. a IV. době porodní .....	24
1.2.8 Stres v průběhu porodu .....	24
1.3 Období šestinedělí.....	26
1.3.1 Péče o novorozence .....	27
1.3.2 Problémy při kojení .....	28
1.3.3 Psychické změny v šestinedělí.....	29
1.4 Definice stresu.....	30
1.4.1 Příčiny stresu.....	31
1.4.2 Vliv stresu na plod a dítě v pozdějším věku .....	32
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	34
2.1 Cíle práce .....	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
2.3 Operacionalizace pojmů.....	34

3	Metodika výzkumu.....	35
3.1	Metodika a technika výzkumu .....	35
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	36
4	Výsledky výzkumu.....	37
4.1	Identifikační údaje informantek .....	37
4.2	Kategorizace dat.....	40
5	Diskuze .....	53
6	Závěr.....	61
7	Seznam použité literatury .....	63
8	Přílohy .....	70
9	Seznam použitých zkratk .....	75

## Úvod

Stres v životě provází každého z nás. Všichni v životě zažili jisté stresové situace. Stres je určitá forma zatížení organismu a je vyvolán různými podněty. Těhotenství je převratným obdobím v životě každé ženy, kdy se celkově mění nejen organismus ženy, ale i její psychika a pohled na sebe samotnou. Žena získává novou roli, která s sebou může nést nepříjemné stresující pocity. Těhotenství je celkově provázeno obavami, především z důvodu starosti o zdraví plodu. Dalším velkým zásahem do organismu i psychiky ženy je porod a šestinedělí. Porod je fyziologický děj, při kterém dochází k vypuzení plodu z matčina těla. Porod může pro těhotné ženy představovat strach, strach z bolesti, strach z komplikací, obavy o zdraví plodu. Důležité je, aby se žena zaměřila na zvládání stresu a strachu a měla někoho blízkého, nejčastěji partnera, aby jí pomohl překonat a vyrovnat se s náročnými situacemi, které se v těhotenství a při porodu mohou vyskytovat. Období šestinedělí je období šesti neděl po porodu, při němž dochází ke změnám v organismu, který se vrací do původního stavu před otěhotněním. Je provázeno hormonálními a psychickými změnami a z tohoto důvodu je i v tomto období důležitá podpora partnera.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit nejčastější příčinu stresu v těhotenství, při porodu a období šestinedělí. Druhým cílem bylo zjistit, jak stres ženy v těchto obdobích ovlivnil. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativním šetřením pomocí individuálních polostrukturovaných rozhovorů se ženami minimálně dva měsíce po porodu.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože mě zaujalo a zajímalo mě, zda jsou ženy během těhotenství, při porodu a v šestinedělí stresované a jaké faktory u nich stres způsobují. Druhým důvodem, proč jsem si zvolila dané téma, je, že se o této problematice moc nemluví. Myslím si, že je důležité, aby žena byla během těhotenství, při porodu a v šestinedělí v psychické pohodě a nebyla pokud možno ničím stresovaná, protože stres může ovlivnit například vývoj plodu, délku porodu nebo průběh kojení.

Výsledky bakalářská práce by mohly být využity na odborných seminářích, jako informační materiál pro porodní asistentky. Též by bakalářská práce mohla sloužit jako informační materiál pro těhotné ženy, aby zjistily, jaké jsou časté stresory a mohly se na ně připravit.

# 1 Současný stav

## 1.1 Těhotenství

V této kapitole bude věnována pozornost charakteristice těhotenství (délce a dělení těhotenství, nejistým, pravděpodobným a jistým známkám těhotenství a změnám v organismu ženy). Délka těhotenství je 40 týdnů (280 dní neboli 10 lunárních měsíců) (Hájek et al., 2014). Těhotenství se dělí na trimestry, každý z nich je jiný a je provázen specifickými vyšetřeními a také pocity a prožíváním ženy (Gregora a Velemínský ml., 2017). I. trimestr je období od 1. do 12. týdne těhotenství, II. trimestr trvá od 13. do 24. týdne těhotenství a III. trimestr je období od 25. do 40. týdne těhotenství (Hanáková et al., 2015).

Známky těhotenství se rozdělují na nejisté, pravděpodobné a jisté (Roztočil et al., 2017). Mezi nejisté známky těhotenství se řadí únava, změny nálady, mdloby a závratě, dále mezi ně patří příznaky, jako jsou změny chuti, slinění, ranní nevolnost a zvracení či častější močení, jmenované známky se mohou vyskytovat také u netěhotných žen, proto se na ně při stanovení těhotenství nedá spolehnout (Gregora a Velemínský ml., 2020). Do známek pravděpodobných patří především vynechání menstruace (amenorea), zvýšená pigmentace na prsních dvorcích, bříše a pochvě, zabarvení poševní sliznice a děložního čípku, zvětšení dělohy, břicha a také prsů (Hájek et al., 2014). Za jisté známky těhotenství se pokládá průkaz plodu v děloze nebo zachycení jeho životních funkcí, jako jsou ozvy plodu nebo pohyby plodu (Roztočil et al., 2017). Přesto mezi nejpoužívanější metody k potvrzení těhotenství patří laboratorní vyšetření, při laboratorním průkazu těhotenství se vyšetřuje těhotenský hormon choriový gonadotropin (hCG), který je možné vyšetřit v krvi nebo moči ženy od 9. dne po oplození (Gregora a Velemínský ml., 2020). Druhou nejpoužívanější metodou k potvrzení těhotenství jsou pak ultrazvuková vyšetření (Roztočil et al., 2017).

### 1.1.1 Změny v organismu ženy

Změny v organismu těhotné ženy mají nejrůznější charakter, jsou to změny ve stavbě a funkci orgánů a je možné je rozdělit na genitální a extragenitální změny (Gregora a Velemínský ml., 2017).

Změny na pohlavních orgánech ženy probíhají na děloze, která se v průběhu těhotenství zvětšuje vlivem hormonů (estrogenu a progesteronu) a následně i samotným růstem plodu (Hájek et al., 2014). Hmotnost dělohy se mění z 50 g před těhotenstvím na 1000 g

kolem termínu porodu (Hájek et al., 2014). Děloha je před otěhotněním uložena v malé pánvi a postupem těhotenství narůstá až do dutiny břišní, v průběhu těhotenství mění také svou konzistenci, je prosáknutá, měkká a má chabý tonus (Roztočil et al., 2017). Stěna dělohy se postupem těhotenství ztenčuje, v I. trimestru je silná 2–2,5 cm a na konci těhotenství je silná 0,5–1 cm (Roztočil et al., 2017). Na konci těhotenství děloha zaujímá polohu, kdy je nakloněna a stočena doprava (tzv. dextroverze a dextrotorze) (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Dále změny probíhají na hrdle děložním, které je v graviditě překrvené, prosáknuté a hypertrofované, hypertrofují především cervikální žlázy a produkují velké množství cervikálního hlenu, který slouží jako zátka a brání vzestupu infekce do dělohy (Roztočil et al., 2017). U žen, které ještě nerodily, má zevní branka kónický tvar a vnější i vnitřní branka jsou uzavřeny až do začátku porodu, zatímco u multipar má zevní branka tvar cylindrický, vnitřní branka je uzavřena a vnější branka může být otevřena pro prst (Hájek et al., 2014).

Změny jsou též viditelné na pochvě a zevních rodidlech, které jsou v těhotenství prosáknuté a prokrvené (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Na poševní sliznici je možné vidět nafialovělé zbarvení a zvýšená pigmentace vede k tmavému zbarvení na zevních rodidlech až ke konečníku (Skutilová, 2016).

Změny na prsech těhotné ženy jsou patrné již na začátku těhotenství, prsy se zvětšují a žena pociťuje napětí v prsech a citlivost bradavek (Roztočil et al., 2017). Prsní dvorce a bradavky jsou více pigmentované (Skutilová, 2016). Již v těhotenství se vlivem estrogeneru, progesteronu a prolaktinu vyvíjí mlezivo (kolostrum), které se po porodu mění v mateřské mléko (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Extragenitální změny se objevují na kardiovaskulárním systému, který je u ženy v těhotenství významně pozmeněn, srdeční sval se zvětšuje a mění se jeho poloha, a to díky zvětšující se děloze, která vytlačuje srdce kraniálně a doleva (Skutilová, 2016). Mění se tepová frekvence, puls se zvyšuje o 10–15 tepů za minutu a zvyšuje se tepový objem, což vede k vyššímu srdečnímu výdeji zhruba o 40 % (Procházka a Pilka, 2018). Krevní tlak těhotné ženy se v I. trimestru výrazně nemění, ke změnám dochází až ve II. trimestru, kdy nejčastěji dochází k hypotenzi, dále se krevní tlak normalizuje kolem termínu porodu (Roztočil et al., 2017). Krevní tlak může výrazně ovlivnit i poloha těhotné ženy, a to především ve vyšším stádiu těhotenství v poloze na zádech, kdy těhotná děloha stlačuje dolní dutou žílu a vzniká syndrom dolní duté žíly, který se

projevuje náhlou hypotenzí a nevolností ženy (Hájek et al., 2014). Tlakem těhotné dělohy na žíly v oblasti pánve dochází k otokům a k možnosti tvorby křečových žil (Procházka a Pilka, 2018). Dochází také k zvýšenému průtoku krve orgány, jako je děloha, ledviny nebo kůže (Hájek et al., 2014).

V průběhu těhotenství u ženy dochází v krevním systému k určitým změnám, například se zvyšuje objem krve o 1000–1500 ml, zvyšuje se objem plazmy, počet bílých krvinek stoupá na  $10\text{--}15 \times 10^9/l$  a zvyšují se hladiny koagulačních faktorů (fibrinogenu a fibrinu) z důvodu zvýšené srážlivosti krve (Roztočil et al., 2017). Naopak, i když jsou určité složky v krvi vyšší než u netěhotných žen, navzdory zvýšenému objemu krve u těhotných žen klesá např. počet červených krvinek, trombocytů, hodnota hemoglobinu či hematokritu (Hájek et al., 2014).

V dýchacím systému dochází u žen během těhotenství ke změnám mechanickým i biochemickým, těhotná děloha vytlačuje bránici zhruba o 4 cm a hrudní koš se zvětšuje v průměru i obvodu (Roztočil et al., 2017). Vysoká produkce progesteronu v těhotenství způsobuje snížení oxidu uhličitého v krvi, následkem čehož je rychlejší a prohloubené dýchání těhotné ženy (Procházka a Pilka, 2018). Během těhotenství u ženy stoupá spotřeba kyslíku o 20 % a minutová ventilace o 50 % (Hájek et al., 2014). Během těhotenství vystřídá břišní dýchání hrudní, frekvence dýchání, maximální dechová kapacita a vitální kapacita se v těhotenství nemění (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Změny v močovém systému u ženy v těhotenství jsou způsobeny zvýšeným objemem krve a tlakem dělohy (Roztočil et al., 2017). Z důvodu zvýšeného průtoku krve ledvinami dochází k vyšší glomerulární filtraci, která stoupá o 60 % (Hájek et al., 2014). Vlivem progesteronu tělo těhotné ženy spotřebovává více vody, což způsobí zvýšení objemu vody v těle ženy až o 20 % (Skutilová, 2016). Dochází k anatomickým změnám, ledviny, močovody a ledvinné pánvičky se zvětšují, svalový tonus močového měchýře je snížený, což vede ke zvýšení jeho kapacity na 1000–1500 ml (Hudáková a Kopáčiková, 2017). V těhotenství často dochází k močovým infekcím, důvodem je reziduum moči v močovém měchýři (Skutilová, 2016).

Během těhotenství mohou být ženy poznamenány mnoha gastrointestinálními obtížemi, které jsou způsobeny především vlivem estrogenu a progesteronu, vlivem estrogenu dochází k zvýšené produkci slin (Roztočil et al., 2017). Ranní nevolnost s pocitem na

zvracení nebo zvracením je častá obtíž ženy v těhotenství, která se objevuje v I. trimestru a poté většinou vymizí, je způsobena vysokými hladinami hCG a estrogeneru (Procházka a Pilka, 2018). Dalšími obtížemi postihujícími gastrointestinální trakt těhotné ženy jsou pálení žáhy a říhání, což způsobuje uvolnění sfinkteru kardie a návrat ne strávené potravy zpět do jícnu (Hájek et al., 2014). Progesteron způsobuje snížení pohyblivosti střev, čímž dochází k zácpě, ke které přispívá i zvýšená absorpce vody z potravy (Skutilová, 2016).

Vlivem těhotenství se u ženy objevují změny také na kůži, především je to zvýšená pigmentace v oblasti bradavek, pupku, kde se tvoří tmavá linie, tzv. linea negra (Procházka a Pilka, 2018). U některých těhotných žen se objevuje zvýšená pigmentace v obličeji, především na čele, tvářích a horním rtu, která se nazývá chloasma uterinum (Hájek et al., 2014). Další změna na kůži, jež se může objevit v těhotenství, vzniká při rychlém růstu tkání a napínání kůže, kdy dojde k popraskání a vytvoření jizev, tzv. strií v oblasti břicha, hýždí, stehů nebo prsů (Skutilová, 2016). Hudáková a Kopáčiková (2017) uvádějí, že zvýšená pigmentace po porodu vymizí oproti striím, ale Skutilová (2016) naopak tvrdí, že i strie po porodu mění svou barvu, v těhotenství jsou narůžovělé a po porodu začínají blednout až do bílého zbarvení.

### ***1.1.2 Prenatální vyšetření***

V průběhu celého těhotenství žena navštěvuje prenatální poradnu a je podrobena souboru speciálních a pravidelných vyšetření (Roztočil et al., 2017). Cílem prenatální péče je sledování těhotné ženy, vývoje plodu a včasné odhalení rizik u těhotné ženy či plodu (Procházka a Pilka, 2018). Prenatální poradnu žena navštěvuje zhruba každý čtvrtý týden do 36. týdne těhotenství a od 37. týdne těhotenství jedenkrát za týden (Gregora a Velemínský ml., 2020). Prenatální vyšetření se rozdělují na pravidelná a nepravidelná, přičemž pravidelná vyšetření se provádějí při každé návštěvě v prenatální poradně (Pařízek, 2015). Mezi pravidelná vyšetření patří získávání údajů, zevní vyšetření těhotné ženy, chemická analýza moči, měření tělesné hmotnosti a krevního tlaku, detekce známek vitality plodu a bimanuální vaginální vyšetření (Roztočil et al., 2017). Nepravidelná vyšetření se konají pouze v určitém týdnu těhotenství (Příloha 1).

Působení prenatálních vyšetření na psychiku těhotných žen bývá v literatuře opomíjeno, za posledních 30 let je možné dohledat studie, které se zabývají strachem a úzkostí

související s prenatálními vyšetřeními (Skutilová, 2012). K měření úzkosti a strachu jsou používány standardizované testy, např. State-Trait Anxiety Inventory nebo osobně sestavené dotazníky autory studií (Skutilová, 2012). Jedna ze studií se zaměřila na měření úzkosti při screeningovém vyšetření alfa fetoproteinu ve II. trimestru (Keenan et al., 1991). Výzkum proběhl se dvěma skupinami žen mladších 35 let (Keenan et al., 1991). U jedné skupiny byly hodnoty alfa fetoproteinu nízké, u druhé skupiny byly hodnoty alfa fetoproteinu v normě (Keenan et al., 1991). Výsledky výzkumu prokázaly zvýšenou míru úzkosti během nízké hladiny alfa fetoproteinu při screeningovém vyšetření ve II. trimestru, ale také následné snížení úzkosti po konzultaci s lékařem a vysvětlení výsledků (Keenan et al., 1991). Marteau et al. (1992) ve své práci uvádějí vliv falešně pozitivních výsledků alfa fetoproteinu při screeningovém vyšetření ve II. trimestru. Ve své práci rozdělili ženy na dvě skupiny, jedné skupině výzkumného vzorku byl sdělen nefyziologický výsledek screeningového vyšetření a doporučena amniocentéza, druhá skupina měla výsledek screeningového vyšetření negativní (Marteau et al., 1992). U žen s falešně pozitivním výsledkem vyšetření byla prokázána zvýšená míra stresu, úzkosti, strachu a také byl zjištěn negativní postoj ženy k těhotenství (Marteau et al., 1992). Výsledky studií Abulea et al. (1991) a Marteau et al. (1992) se shodují (Skutilová, 2012). Další výzkum chorvatských autorů spočíval v posouzení, zda prenatální vyšetření, v tomto případě amniocentéza, zvyšuje stres a stav úzkosti těhotných žen (Brajenović-Milić et al., 2010). Do studie bylo zapojeno 220 žen, u kterých se hodnotilo vnímání stresu a stav úzkosti, analýza dat byla provedena pomocí State-Trait testu, ANOVA a Pearsonova testu (Brajenović-Milić et al., 2010). Výsledky studie prokázaly, že amniocentéza zvyšuje stres a stavy úzkosti a bývá umocněnější u žen, u kterých byla v předchozích graviditách zjištěna chromozomální vada plodu, nebo se u nich v těhotenství vyskytly komplikace, jako např. špinění, krvácení, nevolnost a zvracení, a také u žen, jejichž gravidita nebyla plánována (Brajenović-Milić et al., 2010). V dnešní době internetu jsou těhotné ženy informovány o prenatálních vyšetřeních, bohužel tyto informace jsou v některých případech chybné nebo neúplné a nedávají ženě žádné vysvětlení ani úlevu, ale stres, úzkost a obavu o zdraví plodu, proto je důležité, aby byla psychosociálním aspektům prenatálních vyšetření do budoucna věnována větší pozornost (Skutilová, 2012).



### ***1.1.3 Stresové faktory v těhotenství***

Stresovými faktory u ženy v těhotenství mohou být: prenatální vyšetření, nepříznivá socioekonomická situace, rizikové těhotenství, strach z porodu nebo nechtěná gravidita (Roztočil et al., 2017). Těhotenství je převratným obdobím v životě každé ženy, a to z psychologického i fyziologického hlediska, dochází k různým změnám, které mohou směřovat k rozvoji emoční nestability (Bjelica et al., 2018). Stresovými faktory v období I. trimestru jsou například ranní nevolnosti, napětí v prsech, tělesná kondice a sexualita ženy (Talová et al., 2014). V pozdějším stádiu těhotenství se stres a úzkost přesouvá k adaptaci na rodiče, rodiče se nemusejí správně adaptovat na náročnou situaci, která je spojena s péčí a výchovou dítěte, přičemž tato stresová situace může být ještě umocněna nepřijetím a negativním postojem staršího sourozence k novorozenci (Talová et al., 2014). Úzkost a stres v těhotenství zvyšují u žen riziko předčasných porodů a dalších komplikací, novorozenci mohou mít nízkou porodní hmotnost a následně se u nich mohou projevit i vrozené vývojové vady (Dunkel Schetter a Tanner, 2012). Everard et al. (2011) provedli studii, ve které zkoumali souvislost mezi stresem matky v raném těhotenství, porodní váhou novorozence a předčasným porodem. Do výzkumu bylo zařazeno 3531 žen, jež vyplňovaly v 15. a 20. týdnu gravidity dotazníky, pomocí kterých se hodnotila stupnice vnímání stresu (Everard et al., 2011). Výsledky výzkumu prokázaly, že ženy, které měly při první nebo druhé návštěvě vysoké skóre stresu, měly děti s výrazně nižší porodní váhou než ženy s nižším skórem stresu (Everard et al., 2011). Byly provedeny epidemiologické studie, které prokazují vliv stresu v těhotenství na výskyt předčasných porodů (Roztočil et al., 2017). Práce byla zaměřena na rozsah stresu u těhotných žen a potenciální vliv stresu na mateřské a perinatální výsledky (Tandu-Umba a Dedetemo et al., 2014). Studie se zúčastnilo 1082 žen, jež byly rozděleny do dvou skupin, první skupinu tvořily ženy, které prožily významnou stresovou situaci, jako je např. úmrtí v rodině, špatný socioekonomický stav nebo partnerské problémy, a druhou skupinou byly ženy, které prožily lehkou stresovou situaci nebo nebyly ničím stresované, přičemž skóre stresu se hodnotilo pomocí PSS a BSI (Tandu-Umba a Dedetemo et al., 2014). Výsledky práce ukázaly, že ženy, které byly v těhotenství stresované, mají dvakrát vyšší frekvenci předčasných porodů a také se u nich podstatně častěji vyskytují infekce, hypertenzní onemocnění a gastritida (Tandu-Umba a Dedetemo et al., 2014). Pokud ženy vnímají zvýšenou hladinu stresu, mají frekvenci předčasných porodů o 76 % vyšší než ženy, které stresové životní události neprožívají (Roztočil et al., 2017).

#### **1.1.4 Role porodní asistentky v těhotenství**

Porodní asistentka by měla být vzdělanou a zkušenou ženou, která bude s těhotnou ženou mluvit o všem, co potřebuje během svého těhotenství řešit (Samková, 2020). Porodní asistentka se v souladu se svými kompetencemi může starat o ženu během těhotenství, potvrdit nebo diagnostikovat těhotenství, sleduje stav těhotné ženy a plodu, identifikuje možná rizika a v případě potvrzení rizik předává těhotnou ženu do péče lékaře (Čermáková, 2017). Porodní asistentka provádí ženu a jejího partnera celým těhotenstvím, zajímá se o její pocity, potřeby i o životní situaci a podává ženě informace (o průběhu těhotenství, prenatalních vyšetřeních, porodu, péči o novorozence), které zmírňují její obavy a stres (Samková, 2020). Porodní asistentka podporuje zdravé těhotenství ženy, a to poskytnutím informací o vhodné stravě, péči sama o sebe (pohybu, oblékání a odpočinku) (Dušková et al., 2019). Pokud si žena přeje mít k porodu vytvořený porodní plán, porodní asistentka ho se ženou konzultuje (Unie porodních asistentek, © 2021). Dále vede kurzy předporodní přípravy, při kterých připravuje ženu na porod a příchod novorozence (Unie porodních asistentek, © 2021). Porodní asistentka na kurzu předporodní přípravy ženě poskytne informace o průběhu porodu, možnosti tišení bolesti za porodu, co si s sebou sbalit do porodnice a dále poskytne informace o průběhu šestinedělí, jak správně kojit, pečovat o novorozence a co si připravit do výbavy pro novorozence (Hanáková et al., 2017).

## **1.2 Porod**

Ukončení těhotenství a narození živého či mrtvého dítěte je nazýváno porodem (Procházka a Pilka, 2018). Porod je proces, kdy dochází k vypuzení dítěte z děložní dutiny porodními cestami pomocní porodních sil (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Průběh porodu probíhá ve třech fázích neboli ve třech porodních dobách, každá z těchto dob je něčím ojedinělá a typická (Pařízek, 2015), Gregora a Velemínský ml. (2017) uvádějí i IV. dobu porodní. Vlastní začátek porodu začíná zpravidla děložními stahy, které během porodu zvyšují svoji intenzitu, a zkracováním mezikontrakčního období, ve 20–30 % případů je možným začátkem porodu odtok plodové vody bez přítomnosti kontrakcí (Gregora a Velemínský ml., 2017).

### **1.2.1 Příprava na porod**

Úzkost, stres a bolest jsou stavy, které se vzájemně provázejí a ovlivňují vnímání bolesti, bolest pak působí na řídicí procesy (psychiku), čímž ovlivňuje funkci pohybové

soustavy (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Proto byla porodnická analgezie vyvinuta jako metoda přípravy těhotných žen na porod a dlouho bylo jejím hlavním cílem snížit porodní bolest, dále se ale rozvíjela jako psychoprofylaktická příprava na porod (Bašková, 2015). Psychofyzická příprava na porod je speciální vzdělávací plán k osvojení rodičovské role těhotné ženy a jejího partnera (Bašková, 2015). Hlavním úkolem je poskytnout co nejvíce informací, vědomostí a pozitivního naladění mysli těhotné ženy a také jejího partnera (Bašková, 2015). Získané informace jim pomohou bez stresu a problémů prožít těhotenství, porod a šestinedělí (Bašková, 2015). V historii byla metoda psychoprofylaktické přípravy na porod zaměřena na zmírnění porodní bolesti, zabývali se jí Velvovský a Platonov ve čtyřicátých letech 20. století na Ukrajině (Bašková, 2015). Jejich metoda vznikla na základě Pavlovova učení o podmíněných reflexech, což Velvovského a Platonova přivedlo k nápadu, že trénink psychoprofylaxe je založen na výskytu porodní bolesti, protože porodní bolest je možné chápat jako podmíněný reflex negativních emocí nebo spojitost mezi procesy podráždění a útlumu v mozkové kůře (Manukhin a Silaev, 2016). Z tohoto důvodu se Velvovský snažil zvyšovat aktivitu mozkové kůry, aby vytvořil tzv. pozitivní centrum podráždění v průběhu porodu (Manukhin a Silaev, 2016). Dále se myšlenka psychoprofylaxe rozvíjela ve Velké Británii a věnoval se jí anglický porodník Dick – Read, jehož studie se zabývala chováním ženy prožívající bolest při porodu (Thorová, 2015). Domníval se, že strach a stres, který žena prožívá při porodu, zvyšuje napětí v děloze a tím dochází k zvýšení porodních bolestí (Thorová, 2015). Tento proces popsal jako kruh strach-spasmus-bolest (Takács et al., 2015). Pracoval se ženami v posledním trimestru těhotenství, učil je technice správného dýchání, náviku tlačení, relaxace a uvolňovacích cviků, pomocí těchto intervencí a poskytnutím informací, pozitivním myšlením, co největší přítomností porodníka a odstraněním předsudků snižoval stres a úzkost žen (Bašková, 2015).

### ***1.2.2 I. doba porodní***

První doba porodní je nazývána dobou otevírací, dochází k ní nástupem pravidelných děložních kontrakcí a končí zánikem děložní branky (Roztočil et al., 2020). Na začátku I. doby porodní mají kontrakce délku 20–30 vteřin, později se jejich délka prodlužuje na 30–40 vteřin, mění se také interval mezi kontrakcemi, na počátku I. doby porodní je interval mezi děložními kontrakcemi 10–15 minut a na jejím konci 2–3 minuty (Gregora a Velemínský ml., 2017). Působením děložních kontrakcí dochází

ke zkracování a otevírání děložního hrdla (Procházka a Pilka, 2018). V momentě, kdy dojde ke zkrácení děložního hrdla na délku asi půl centimetru, hovoříme o tzv. porodnické brance, kdy se vlivem kontrakcí stále otvírá, až prakticky úplně splyne s pochvou, čímž jsou měkké porodní cesty volné a otevřené (Gregora a Velemínský ml., 2017). I. doba porodní končí zánikem děložní branky (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Pro všechny ženy, ať už rodily či ne bývá I. doba porodní nejdelší porodní dobou (Procházka a Pilka, 2018). Její trvání může záviset na paritě ženy, tedy zda žena již rodila či nikoli (Roztočil et al., 2020). Gregora a Velemínský ml. (2017) uvádějí, že I. doba porodní trvá u žen, které ještě nerodily, 10–12 hodin, u vícerodiček 3–4 hodiny a též zmiňují fakt, že délku jejího trvání může ovlivnit tělesná a duševní připravenost na porod a také pozitivní přístup ženy při porodu.

### ***1.2.3 Role porodní asistentky v I. době porodní***

Po přijetí na porodní sál porodní asistentka odvede ženu na porodní box a seznámí ji s prostředím a vybavením porodního boxu, aby se žena cítila v bezpečí a nebyla stresovaná neznámým prostředím (Čermáková, 2017). Porodní asistentka, která se stará o ženu, s ní naváže vztah a snaží se ji udržet klidnou, informovanou a zmírňuje u ní možný stres z porodu a porodních bolestí. Proto porodní asistentka kontroluje psychický stav ženy, komunikuje s ní a edukuje ji i jejího partnera o průběhu porodu a dalších fázích porodu, motivuje ženu ke spolupráci a posiluje její sebevědomí, vytváří příjemné prostředí, ve kterém bude probíhat porod (Čermáková, 2017). Pro ženu má doprovázející osoba u porodu velký význam a z toho důvodu by porodní asistentka měla komunikovat a věnovat pozornost i doprovázející osobě (Dušová et al., 2019). Doprovázející osoba má za úkol ženu podporovat, povzbuzovat a svou přítomností přispět k pozitivnímu psychickému stavu ženy, porodní asistentka doprovázející osobě vysvětlí, jakou roli u porodu sehraává, jak být ženě nápomocná, kdy se zapojit, a naopak kdy ponechat ženě soukromí (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka je po celou dobu porodu empatická, trpělivá a aktivně nabízí ženě pomoc, vysvětluje a informuje ji o technice dýchání během kontrakce a mimo kontrakci, edukuje ji o vhodných polohách při porodu, které slouží k uvolnění a možnému snížení bolesti (Slezáková et al., 2017). Porodní asistentka se během I. doby porodní nevěnuje jen psychickému stavu ženy, ale také sleduje a hodnotí průběh porodu a věnuje pozornost celkovému stavu ženy (Slezáková et al., 2017). V průběhu I. doby porodní je úkolem porodní asistentky kontrolovat ozvy plodu každých 15 minut, kontrolovat intenzitu kontrakcí a interval

mezi nimi, sledovat fyziologické funkce ženy každé 2–4 hodiny, každé 4 hodiny také zajišťuje vyprázdnění močového měchýře (Procházka a Pilka, 2018). Porodní asistentka sleduje, hodnotí bolest a aktivně ženě nabízí tišení bolesti, buď nefarmakologickými metodami (hydroterapií, relaxačními koupelemi, aromaterapií, muzikoterapií, homeopatií, masážemi, bazální psychoterapií), nebo farmakologickými metodami dle ordinace lékaře (Roztočil et al., 2017). Porodní asistentka také hodnotí a sleduje změny na porodních cestách pomocí vaginálního vyšetření (Čermáková, 2017). Během porodu jsou ženě natáčeny každé dvě hodiny kardiokografické záznamy, které porodní asistentka hodnotí a vše zaznamenává do dokumentace, v případě komplikací informuje lékaře (Gregora a Velemínský ml., 2017).

#### **1.2.4 II. doba porodní**

V této fázi porodu sestupuje hlavička plodu otevřenými porodními cestami k zevním rodidlům, proto žena pociťuje silné nucení na tlačení (Gregora a Velemínský ml., 2017). Během II. doby porodní se děložní kontrakce vyskytují každé 2–3 minuty a trvají 60–90 vteřin (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Srdeční ozvy plodu jsou kontrolovány porodní asistentkou po každé kontrakci (Procházka a Pilka, 2018). Druhá doba porodní se označuje jako doba vypuzovací, dochází v ní k vlastnímu vypuzení plodu z matčina těla (Gregora a Velemínský ml., 2017). Trvání II. doby porodní je rozdílné, u žen, které ještě nerodily, je to zpravidla 50 minut a u vícerodiček je doba trvání 20 minut (Procházka a Pilka, 2018). Při fyziologickém porodu by délka trvání II. doby porodní neměla přesáhnout jednu hodinu (Procházka a Pilka, 2018).

Pokud je již hlavička dostatečně sestouplá, žena se dostává do konečné fáze porodu, kdy je vyzvána k tlačení, které probíhá pouze za kontrakce, během níž je vhodné zatlačit dvakrát až třikrát, aby se využila celá délka trvání děložní kontrakce (Gregora a Velemínský ml., 2020). Žena používá techniku tlačení a dýchání, kterou nacvičila s porodní asistentkou, a zaujímá vhodnou polohu (Gregora a Velemínský ml., 2020). Mezi kontrakcemi dýchá normálně a pomalu, aby nedošlo k hyperventilaci (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Porodník nebo porodní asistentka by měl se ženou stále udržovat slovní kontakt a žena by s nimi měla také spolupracovat, jelikož intenzitu jejího tlačení je třeba regulovat, protože pokud plod projde rychle porodními cestami, hrozí větší porodní poranění (Gregora a Velemínský ml., 2017). Porodní asistentka ženu povzbuzuje, chválí a motivuje k tlačení (Čermáková, 2017).

Ženě se po porodu hlavičky aplikuje do žíly oxytocin, který způsobuje stažení dělohy a tím odloučení placenty, jelikož aplikace oxytocinu ovlivňuje až III. dobu porodní, tento krok se odborně nazývá aktivní vedení III. doby porodní (Gregora a Velemínský ml., 2017).

Po porození hlavičky následuje porod ramének (Roztočil et al., 2020). Po narození dítěte se ženy obávají a ptají se, jestli je novorozenec v pořádku, a čekají, až uslyší jeho první pláč. Pokud je vše v pořádku, jedná se o fyziologický porod, nechává se dotepat pupečník, následně se po dotepání přestříhne a novorozenec se předává dětské sestře nebo porodní asistenci, která ho buď položí na břicho matky, nebo ho rovnou odnáší na vyhřáté lůžko k ošetření (Gregora a Velemínský ml., 2017).

### ***1.2.5 Role porodní asistentky ve II. době porodní***

Ve druhé době porodní je již porodní asistentka se ženou na porodním boxe a dle zvyklostí zdravotnického zařízení je připravena na odvedení porodu (Čermáková, 2017). Často jsou ženy na konci první doby porodní před začátkem tlačení vystresované, neklidné a obávají se, že plod nedokážou porodit. Tomu se snaží zabránit porodní asistentka, eventuálně doprovázející osoba, protože psychiku ženy během porodu ovlivňuje prostředí, zdravotnický personál, přítomnost doprovázející osoby a fyzická kondice ženy (Samková, 2020). Proto porodní asistentka ženě vysvětlí a nacvičí s ní techniku tlačení a dýchání, poučí a zapojí partnera do procesu porodu, povzbuzuje ženu při tlačení, naopak mimo kontrakci ji upozorní, aby normálně dýchala (Hanáková a Kopáčiková, 2017). Porodní asistentka podporuje, uklidňuje a zmírňuje stres ženy tím, že ženu chválí, že vše dělá správně, informuje ji o tom, že pokud bude nadále spolupracovat, porod proběhne během pár minut (Čermáková, 2017). Porodní asistentka během druhé doby porodní neustále komunikuje se ženou, mluví na ni klidně a pomalu, je empatická (Slezáková et al., 2017). Připraví pomůcky k porodu a po každé kontrakci poslouchá ozvy plodu (Procházka a Pilka, 2018). Při tlačení a prořezávání hlavičky porodní asistentka chrání hráz sterilní rouškou, a pokud je to nezbytné, provádí nástřih hráze (epiziotomii), po porodu chválí rodičku za dobrou spolupráci a dobře odvedený výkon, při jakýchkoliv komplikacích informuje lékaře a popřípadě mu asistuje při porodu (Čermáková, 2017).

### **1.2.6 III. a IV. doba porodní**

Ve III. době porodní probíhá porod placenty a plodových obalů (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Procházka a Pilka (2018) uvádějí, že III. doba porodní začíná porodem novorozence a končí porodem placenty a plodových obalů. Je nejkratší ze všech porodních dob, její trvání bývá 10 minut, neměla by však přesáhnout 1 hodinu (Gregora a Velemínský ml., 2017). Příprava III. doby porodní je zahájena už ve II. době porodní, a to aplikací oxytocinu, za účelem rychlejšího odloučení placenty a snížení krevní ztráty (Roztočil et al., 2020).

Pár minut po porodu novorozence se děloha začíná znovu stahovat a odlučuje se placenta, poté slabé děložní kontrakce vypuzují placentu z dělohy do pochvy (Hanáková et al., 2015). V tomto okamžiku lékař nebo porodní asistentka požádají ženu o zatlačení, čímž se placenta a plodové obaly porodí (Gregora a Velemínský ml., 2017). Ihned po porodu placenty se kontroluje její celistvost, jak z fetální strany, tak i mateřské (Procházka a Pilka, 2018). Na závěr lékař nebo porodní asistentka vyšetří rodičku v gynekologických zrcadlech, čímž je možné posoudit přítomnost a rozsah porodních poranění, porodní poranění jsou ošetřena v místní anestézii a následně zašita, šicí materiál je vstřebatelný a stehy se za pár dnů vstřebají nebo samovolně vypadnou (Gregora a Velemínský ml., 2017).

Pokud proběhl porod bez komplikací, je novorozenec přiložen k prsu matky, přičemž dochází k vyplavení oxytocinu a následnému stahování dělohy, v tomto období je nejdůležitější co nejbližší kontakt mezi matkou a novorozencem, což přispívá k psychické rovnováze ženy a dalšímu vývoji dítěte (Procházka a Pilka, 2018). Pro navázání nejintenzivnějšího citového vztahu mezi ženou a novorozencem je zásadní jeho časné přiložení k prsu matky (Gregora a Velemínský ml., 2017).

IV. doba porodní je období dvou hodin, kdy žena zůstává na porodním sále (Procházka a Pilka, 2018). Žena je v tomto období nejvíce ohrožená poporodními komplikacemi, nejčastěji krvácením (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Proto je kontrolována porodními asistentkami, které kontrolují její celkový stav, stažení dělohy a krvácení, tělesnou teplotu, krevní tlak a pulz (Gregora a Velemínský ml., 2017). Po dvou hodinách jsou žena i novorozenec převezeni na stanici šestinedělí (Čermáková, 2017).

Doba bezprostředně po porodu je pro ženu velmi náročná, žena bývá po porodu unavená a vyčerpaná, ale je šťastná, a pokud je přítomna doprovázející osoba, věnují se

novorozenému dítěti (Pařízek, 2015). Po porodu se žena a doprovázející osoba společně radují a seznamují s novorozencem, mnohdy nemusejí ani mluvit, pro ženu je především důležitá přítomnost doprovázející osoby, která zajistí kontakt s rodinou a žena často tyto dvě hodiny po porodu využije k odpočinku (Gregora a Velemínský ml., 2020). Většina žen zažívá po porodu pocit štěstí, euforii a úlevu, některé ženy bývají unavené, bolavé a vyčerpané, a z toho důvodu pocity štěstí a euforie nejsou schopné stoprocentně prožít (Samková, 2020). Porodní asistentka a doprovázející osoba se během dvou hodin po porodu starají o ženu a její potřeby, aby jí bylo teplo, měla vhodnou polohu a také ji zajišťují kontakt s novorozencem, popřípadě jí nabízejí tekutiny a připravují věci pro cestu na stanici šestinedělí (Čermáková, 2017).

### ***1.2.7 Role porodní asistentky ve III. a IV. době porodní***

V této porodní době po přestřížení pupečníku porodní asistentka odebírá krev z pupečníku na potřebná vyšetření a přechází k porodu placenty, poté porodní asistentka s lékařem kontrolují celistvost placenty, plodových obalů a zakončení cév (Procházka a Pilka, 2018). Dále porodní asistentka placentu uloží do biologického odpadu a připraví pomůcky k ošetření porodního poranění (Procházka a Pilka, 2018). U ženy po porodu se může objevit třesavka, zimnice nebo rozrušení, načež porodní asistentka informuje a uklidní ženu, že je to následek vyčerpání z porodu (Čermáková, 2017). Ve čtvrté době porodní po ošetření porodního poranění porodní asistentka kontroluje u ženy krvácení, zavinování dělohy a fyziologické funkce (průběžně tyto úkony kontroluje během dvou hodin po porodu), provede hygienickou očistu ženy po porodu, uloží ji do pohodlné polohy a přikryje ji (Slezáková et al., 2017). Porodní asistentka nebo dětská sestra pomohou ženě přiložit novorozence k prsu, aby se rozvíjela vazba mezi matkou a dítětem, na závěr zdravotnický personál gratuluje rodičům k narození dítěte (Čermáková, 2017).

### ***1.2.8 Stres v průběhu porodu***

Stres při porodu může být u ženy vyvolaný různými faktory, jako je například strach z porodní bolesti, neznámé prostředí porodního sálu, dlouhotrvající porod, silné porodní bolesti a nedůvěra ve zdravotnický personál (Amiri et al., 2019). Žena také očekává, že její porod proběhne bez komplikací a nebude muset být ukončen porodnickou operací (Takács et al., 2015). Pokud dojde na porodnickou operaci, žena nemusí být na tuto možnost připravená a může být zaskočená, což zvyšuje její stres a zároveň obavy o její



zdraví a zdraví plodu. Tato stresující situace může být v některých případech ještě umocněna nedostatkem podaných informací ze strany zdravotnického personálu (Takács et al., 2015). Stres vyvolaný strachem z porodní bolesti se může objevovat primárně, a to u žen, které ještě nerodily, nebo sekundárně jako důsledek předchozí zkušenosti s porodní bolestí (Raudenská a Santlerová et al., 2014). Byla provedena studie, jejímž cílem bylo zjistit účinek technik, které odvádí pozornost od stresu a bolesti během porodu, tato studie byla provedena s 68 těhotnými ženami, které byly rozděleny na dvě skupiny (kontrolní a intervenční) (Amiri et al., 2019). Intervenční skupina podstoupila techniky odvádění pozornosti ve čtyřech sezeních, 1. sezení zahrnovalo vysvětlení techniky rozptýlení a její vliv na zvládání bolesti, 2. sezení bylo vyhrazeno pro vysvětlení techniky odvádění pozornosti (např. řešení hlavolamů, poslech hudby, sledování filmů, odříkávání čísel odzadu), při 3. sezení obdržel výzkumník zpětnou vazbu z druhého sezení, účastnice provedly zmíněná cvičení doma a na 4. sezení byly probírány fáze porodu, průběh porodu, kontrola stresu a strachu pomocí technik odvádění pozornosti (Amiri et al., 2019). Výsledky studie prokázaly, že techniky odvádění pozornosti mají pozitivní vliv na snížení stresu a bolesti v průběhu porodu, intervenční skupina měla nižší hodnoty skóre stresu a účastnice méně vnímaly bolest při porodu než ženy v kontrolní skupině (Amiri et al., 2019). Dalším zjištěním bylo, že při stresu a bolestech v průběhu porodu jsou nápomocné hormony, jedná se o hormony oxytocin, beta-endorfin a katecholaminy (adrenalin a noradrenalin) (Samková, 2020). Oxytocin snižuje stres ženy při porodu, a to aktivací parasympatického nervového systému, který podporuje spojení, klid a hojení (Buckley, 2016). Beta-endorfin patří do skupiny endogenních opioidů, jež vytvářejí analgetické a adaptivní reakce na stres a bolest, příjemné pocity, euforii a také podporují psychickou a fyzickou aktivitu (Buckley, 2016). Adrenalin a noradrenalin se nazývají stresovými hormony, protože sjednávají stresové reakce „útek nebo útok“, pokud těhotná žena pociťuje stres vyvolaný strachem, tělo začne produkovat katecholaminy, které při vysokých hodnotách mohou tlumit děložní kontrakce a tím zpomalit nebo zastavit porod, naopak u některých žen vysoké hodnoty katecholaminů mohou více stimulovat děložní kontrakce, čímž se porod může urychlit (Buckley, 2016).

Tokofobie je označení pro strach z porodu a je definovaná jako psychologická porucha, která se pohybuje v rozmezí od zanedbatelného až po extrémní strach z porodu, pokud strach z porodu narušuje každodenní fungování ženy, je to bráno za těžkou formu

tokofobie, která je nazývána jako patologický strach z porodu (Demšar et al., 2018). Tokofobie má negativní důsledky na vztah mezi matkou a dítětem, partnerem a rodinou a zvyšuje procento císařských řezů (Nilsson et al., 2018). Může být také důvodem k odmítnutí dalšího těhotenství (Izáková, 2013). Demšar et al., (2018) provedli studii zaměřenou na prevalenci a určení rizikových faktorů pro rozvoj strachu z porodu, do níž bylo zahrnuto 191 těhotných žen, které navštěvovaly předporodní kurz a pomocí standardizovaného nástroje W-DEQ se u nich měřil strach z porodu. Výsledky studie ukázaly, že mírný strach se vyskytoval u 53,4 % těhotných žen, tedy u více než poloviny, vysoký nebo nadměrně vysoký strach z porodu u 23,1 % a patologický strach z porodu byl přítomen u 1,6 % těhotných žen (Demšar et al., 2018). Rizikové faktory, které výzkum identifikoval, jsou uvedeny v Příloze 2.

### **1.3 Období šestinedělí**

Šestinedělí neboli puerperium je přirozený stav v životě ženy a je definováno jako období 42 dnů (6 týdnů) po porodu (Procházka a Pilka, 2018). Šestinedělí je děleno na časné, což je sedm dní po porodu, a pozdní, kdy během této doby dochází k involuci těhotenských změn na pohlavních orgánech ženy (Hájek et al., 2014). Během šestinedělí se vytváří pouto mezi ženou a novorozencem a v těle ženy dochází k anatomickým i funkčním změnám, které navrátí organismus ženy do stavu před těhotenstvím a porodem (Gregora a Velemínský ml., 2020).

Involuční změny probíhají na děloze, která má na konci těhotenství cca 1000 g, a v průběhu šestinedělí dochází k jejímu zmenšení, zhruba po šesti týdnech má standardní velikost, tedy 50–100 g (Roztočil et al., 2017). V průběhu šestinedělí děloha vypuzuje sekret se zbytky tkáně z míst, kde byla uložena placenta, tento sekret je označován jako očišky (lochia) (Čermáková, 2017). Během prvních dní odchází velké množství krevních sraženin, očišky jsou tedy červené (lochia rubra), poté klesá jejich objem a odcházejí očišky nahnědlé (lochia fusca), několik týdnů poté se mění barva očišek na žlutou (lochia flava) a jejich množství se zmenšuje, nakonec mají barvu bílou (lochia alba) (Procházka a Pilka, 2018). Během tří týdnů dochází k obnovení endometria, v místě uložení placenty trvá regenerace šest týdnů (Hájek, et al., 2014).

Výrazné změny probíhají v mléčné žláze (Gregora a Velemínský ml., 2020). Po porodu placenty dochází k poklesu hormonů estrogeneru a progesteronu a následně k zvýšení produkce prolaktinu, což zahajuje laktaci (Procházka a Pilka, 2018). Mateřské mléko se

vytváří ještě před porodem, v těhotenství a prvních pár dní po porodu je produkováno mlezivo (kolostrum) (Čermáková, 2017). Dále intenzita tvorby mléka závisí na správné technice a častém přikládání novorozence k prsu (Roztočil et al., 2017). Mateřské mléko je nejvhodnější a nejlepší stravou pro novorozence, obsahuje bílkoviny, vodu, tuk, laktózu, jod, ionty a vitamíny (Hájek et al., 2014).

### ***1.3.1 Péče o novorozence***

V této kapitole bude věnována pozornost péči o novorozence, která může být pro mnoho žen fyzicky i psychicky náročná. V dnešní době se v porodnicích využívá systém péče rooming-in, kdy je novorozenec na pokoji spolu se ženou, která se díky tomu naučí, jak postupovat při kojení a pečovat o novorozence (Dort et al., 2014). Velmi důležitou roli tady má porodní asistentka, která učí ženu, jak pečovat o novorozence, poskytuje jí potřebné informace a zajišťuje emocionální podporu. Stejně tak důležitou roli má přítomnost blízké osoby, která zajišťuje psychickou podporu (Bašková, 2015). Ayers et al. (2019) zaměřili svou studii na to, co ženy považují za stresující v poporodním období, 23,7 % žen uvedlo stresory spojené s kojením, dále pak 35,8 % žen uvedlo stresory, které jsou spojené s přizpůsobením se životu s novorozencem, což zahrnuje péči o novorozence, zvládnutí jeho pláče, nedostatek spánku, vyčerpání a osamělost. Je tedy důležité, aby se žena naučila kojit, porodní asistentka nebo dětská sestra ženu učí správné technice přikládání novorozence k prsu a edukuje ji o vhodných polohách při kojení, tato nová situace pro ženu nemusí být vždy jednoduchá (Gregora a Dokoupilová, 2016). Žena je dále edukována a učí se správnému a bezpečnému způsobu manipulace s novorozencem, porodní asistentka nebo dětská sestra ženě ukáže a nechá ji vyzkoušet, jak novorozence přebalovat, koupat, jak ošetřovat pupeční pahýl (Procházka a Pilka, 2018). Po propuštění z porodnice si žena nemusí být jistá v péči o novorozence, z toho důvodu může kontaktovat komunitní porodní asistentku, která poskytuje péči o ženu i novorozence (Dušová et al., 2019). Roztočil et al. (2017) uvádí, že při propuštění z porodnice je důležité ženu edukovat o správné technice kojení a pokud žena bude mít problémy s kojením, může kontaktovat laktační poradkyni, která poskytuje nejen péči ohledně kojení, ale také psychologickou podporu ženy, edukaci v oblasti šestinedělí a péči o novorozence. Jak již bylo zmíněno, nedostatek spánku a vyčerpání, které ženu obtěžují v šestinedělí, mohou být stresovým faktorem, a příčinou je, že novorozencům chybí cirkadiánní rytmus, který si vytváří během dvanácti týdnů (Talová et al., 2014). Z tohoto důvodu porodní asistentka radí

ženě, aby v období šestinedělí, kdykoliv bude novorozenec v klidu, dostatečně spala a odpočívala, za účelem snížení stresu (Bašková, 2015).

### ***1.3.2 Problémy při kojení***

Během kojení může docházet k různým problémům, které vedou k neefektivnímu kojení, ale jen pokud nejsou dodržena režimová opatření (Roztočil et al., 2017). Laktace může být jedním ze stresových faktorů v šestinedělí, pokud žena není schopná kojit z důvodu nedostatečně vyvinuté laktace nebo se laktace nerozvinula vůbec (Talová et al., 2014). Je důležité ji ujistit o tom, že novorozenec je dobře vyživován i pomocí umělých kojeneckých přípravků, touto edukací se zamezí rozvinutí negativních psychických změn a sebeobviňování se (Talová et al., 2014). Problémy s kojením mohou být pro ženu frustrující a stresující a rozvinutý stres může vést k nedostatečné nebo pozdější tvorbě mléka (Murray, © 2020). Úplná tvorba mléka se obvykle spustí 2.–3. den po porodu (Gregora a Velemínský ml., 2017). U žen, které mají pozdější nástup laktace, to může být až po týdnu i déle od porodu, což může být pro ženy stresující, protože mají neklidného a plačtivého novorozence (Gregora a Velemínský ml., 2017). Řešením této situace je především uklidnit ženu, zajistit novorozenci stravu dokrmem, dále často přikládat novorozence k prsu a kontrolovat, zda je technika kojení správná (Gregora a Velemínský ml., 2017). Může se také objevit nedostatečná tvorba mléka, jež může být zapříčiněna nejen stresem, jak uvádí Murray © (2020), ale také hypotrofií mléčné žlázy nebo nesprávnou technikou při kojení, která může být zlepšena správnou edukací od porodní asistentky (Hájek et al., 2014). Zvětšená nalitá prsa nebo bolest poraněných bradavek mohou být dalším faktorem, který přispěje ke stresu způsobeném kojením (Murray, © 2020). Bolestivá a nalitá prsa může zapříčinit retence mléka, která se projevuje bolestivostí, zarudnutím, zduřením a pocitem napětí v prsech, dalšími provázejícími příznaky jsou horečka, třesavka, schvácenost či zimnice (Binder et al., 2011). Retence mléka se léčí teplými obklady před kojením, studenými obklady mimo kojení, masáží prsů a léky proti horečce, ale rozhodně není důvodem k zastavení kojení (Dort et al., 2013). Poranění bradavek, tzv. ragády, na bradavkách vznikají při nesprávné technice kojení (Procházka a Pilka, 2018). Pro ženy je to velmi obtěžující, bolestivá záležitost a může se stát průchodem pro infekci, která způsobí zánět v prsu (Gregora a Velemínský ml., 2020). K léčbě slouží hojivé masti, např. Bepanthen, nebo nechat zaschnout kapku mléka po kojení na bradavce, větrání bradavek a kontrolování techniky kojení (Roztočil et al., 2017). Ve studii, která se zaměřila na to, co ženy

v poporodním období stresuje, bylo zjištěno 5 kategorií stresorů a jednou z těchto kategorií byl právě stres spojený s kojením, který pocívalo 23,7 % žen, proto je důležité odhalení stresorů, edukace a zajištění psychické pohody ženy (Ayers et al., 2019).

### ***1.3.3 Psychické změny v šestinedělí***

Po porodu a v průběhu šestinedělí žena zažívá pocity štěstí a radosti z narozeného dítěte, ale také u ní dochází k hormonálním změnám, připravuje se na novou roli matky, bývá unavená, vyčerpaná z tělesného i psychického vypětí předchozích dní a to může vést k negativním pocitům a rozvoji psychických komplikací (Čermáková, 2017). Jedním z nejčastějších psychických problémů je poporodní blues, které se vyskytuje u 50–80 % žen (Talová et al., 2014). Poporodní blues se většinou objevuje 2.–4. den po porodu a projevuje se únavou, neklidem, plačtivostí, podrážděností, neschopností cítit lásku k novorozenci, kolísáním nálad, úzkostí a sebeobviňováním (Hájek et al., 2014). Je to běžná odpověď organismu ženy na prožitý stres a novou životní situaci, většinou vymizí do deseti dnů po porodu, ale v tomto období je důležitý odpočinek, spánek a přítomnost blízké osoby (Gregora a Velemínský ml., 2020). I když poporodní blues samo odezní, je důležité ženy s touto poruchou sledovat, protože až u 25 % žen se po prožitém poporodním blues může v průběhu šestinedělí rozvinout poporodní deprese (Šebela et al., 2018). Poporodní deprese je další poruchou nálady, která je prodloužená a dlouho přetrvávající (Procházka a Pilka, 2018).

Poporodní deprese se projevuje u 10–20 % žen po porodu a její nástup přichází 2.–6. měsíc po porodu (Bobo a Yawn, 2014). Hájek et al. (2014) uvádí, že poporodní depresi vystihují příznaky jako je nespavost, únava, úzkost, vyčerpanost, ztráta chuti k jídlu, neschopnost radovat se, těšit se z novorozence, neschopnost prožít kladné city a emoce, objevují se pocity beznaděje, strachu, bezmoci, neschopnosti dotýkat se dítěte a postarat se o něj. Poporodní deprese bývá u žen po porodu často nedignostikovaná a u 25–50 % žen může přetrvávat déle než 7 měsíců po porodu (Izáková, 2013). Poporodní deprese narušuje navazování vztahu mezi ženou a novorozencem, narušuje další vývoj dítěte, negativně ovlivňuje partnerský vztah a je také spojena se sebevraždou matek a vraždou dítěte (Wilkinson et al., 2017). Léčba poporodní deprese se odvíjí od příznaků ženy, jejího celkového stavu a schopnosti postarat se o novorozence, žena s mírnými nebo středně závažnými příznaky může léčbu zvládnout pomocí primární péče, kdy dochází na psychoterapii (Stewart a Vigod, 2016). Pokud není účinná samotná psychologická

léčba nebo neodeznívají příznaky poporodní deprese, přechází se ke společné léčbě s farmakoterapií (Stewart a Vigod, 2016).

Poporodní psychóza, dříve označovaná jako laktační psychóza, je život ohrožující stav, který se projevuje zhruba u 0,1 % žen po porodu a příznaky se objevují nejčastěji 2.–3. den po porodu, ovšem mohou se projevit až měsíc po něm (Hájek et al., 2014). Poporodní psychóza je charakterizována kolísáním nálad, podrážděností, nespavostí, úzkostí, halucinacemi, mánií, neklidem a depresí (Osborne, 2018). Velmi často jsou tímto onemocněním postihnuty ženy, které mají psychiatrické onemocnění v rodinné anamnéze (Hanáková et al., 2015).

Další psychickou změnou v šestinedělí může být posttraumatická stresová porucha, která se v těhotenství objevuje přibližně u 3,3 % žen a u 4 % žen po porodu (Cook et al., 2018). Posttraumatická stresová porucha může postihnout ženy, které v průběhu těhotenství potratily nebo jejichž dítě zemřelo krátce po porodu a v poporodním období se může projevit, pokud žena prodělala komplikovaný a bolestivý porod (Talová et al., 2014). Charakteristickými příznaky jsou noční můry, vzpomínání na traumatickou událost, nespavost, emoční otupělost, úzkost nebo deprese a podrážděnost (Takács et al., 2015). Léčba posttraumatické stresové poruchy je prováděna pomocí psychoterapie (Ayers a de Visser, 2015).

#### **1.4 Definice stresu**

Existuje mnoho definic stresu (Mandincová, 2011). Hans Selye (1936), který jako první popsal vztah mezi stresem a nemocí, definuje stres jako nespecifickou odpověď organismu na jakoukoli zátěž (Rokyta et al., 2015). Autory další definice jsou Chrousos a Gold, kteří popsal stres jako stav disharmonie nebo ohrožení homeostázy, vyvolávající fyziologické a behaviorální adaptivní odpovědi, které mohou být specifické, generalizované nebo nespecifické (Rokyta et al., 2015). Plamínek (2013) definuje stres jako stav napětí organismu, způsobený buď uspokojením, nebo neuspokojením jeho potřeb. Čevela, Čeledová, Dolanský (2009) uvádějí definici stresu jako soubor reakcí na podněty z vnějšího prostředí. Je to stav organismu, který je vystaven stresorům, na něž reaguje obrannými reakcemi, které mají za úkol udržení homeostázy (vnitřního prostředí) (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009). Stresory jsou podněty, které vyvolávají stres a je možné je rozdělit na stresory fyzikální (teplo, chlad,

záření, elektrický proud), chemické (alkohol, jedy, infekce, toxiny), biologické (bolest, hlad, žízeň) a psychosociální (úzkost a strach) (Bartůňková, 2010).

#### **1.4.1 Příčiny stresu**

Stupeň stresu v těhotenství ovlivňuje věk, charakter a osobnost obou partnerů, stres může také způsobit nechtěná gravidita a těhotenské změny na organismu ženy mohou způsobovat stresující situace, které mohou být ještě umocněny somatickými obtížemi (nauzeou, zvracením, bolestí zad, pálením žáhy) (Hájek et al., 2014). Pro některé ženy může být stresující samotné těhotenství nebo čekání na výsledky prenatalních testů a velkým zdrojem stresu je obava z abortu (potratu), především u žen, které podstoupily umělé oplodnění nebo v předchozí graviditě potrat zažily (Australian Government Department of Health, © 2018). Strach narůstá hlavně při nejasných ultrazvukových nálezech nebo při hraničních výsledcích screeningových vyšetření (Hájek et al., 2014). Stres a strach ženy v těhotenství se také upíná na to, zda plod nebude poškozený nebo se nenarodí mrtvý (Mazúchová et al., 2016). Další obvyklé příčiny, které mohou přispět ke stresu v těhotenství, jsou finanční problémy, vztahové problémy nebo ztráta partnera (Australian Government Department of Health, © 2018). V tomto ohledu by měla být těhotné ženě poskytnuta celková psychická a zdravotnická podpora, která bude zaměřená na její individuální potřeby (Mazúchová et al., 2016).

Další příčina stresu přichází koncem těhotenství a bývá v souvislosti se strachem z porodu, ženy se obávají, že plod nedokáže porodit nebo nebudou schopné se o novorozence postarat, je velmi důležité ženě doporučit, aby kontaktovala psychologa nebo navštívila předporodní kurz (Hájek et al., 2014). Proto je podstatné, aby se těhotná žena ve III. trimestru zaměřila na předporodní přípravu, kde se velmi uplatňuje porodní asistentka, která v rámci svých kompetencí během vedení předporodní přípravy může snížit strach z porodu (Bašková, 2015).

Strach z porodní bolesti také může být jednou z častých příčin stresu v těhotenství (Hájek et al., 2014). Jednu z metod, jak snížit porodní bolesti, popsal Dick-Read, je to metoda psychoprofylaxe (kapitola 1.3.1) (Thorová, 2015). Dalšími metodami, jak snížit porodní bolest a tím i následně emoční napětí, jsou nefarmakologické metody (relaxace, masáže, dechové techniky, hydroanalgezie, aromaterapie), které těhotné ženě nabízí porodní asistentka v průběhu porodu, a farmakologické metody v podobě podávání analgetik, které porodní asistentka aplikuje těhotné ženě dle ordinace lékaře

(Čermáková, 2017). Dále porodní asistentka těhotnou ženu provádí celým porodem, uklidňuje ji, podporuje a poskytuje jí informace o průběhu a dalších fázích porodu (Čermáková, 2017).

#### ***1.4.2 Vliv stresu na plod a dítě v pozdějším věku***

Stres u ženy v období těhotenství, porodu a v poporodním období má výrazný vliv na chování dítěte a rozvoj psychických a fyzických změn (Talová et al., 2014). Již v těhotenství plod dává své matce psychologickou odpověď na její stres a úzkost, a to srdeční frekvencí, plody těhotných žen, které byly ve stresových situacích a měly vyšší úroveň úzkosti, mají vyšší srdeční frekvenci (Talová et al., 2014). Ve studii autorů Vivetta a O'Connora (2002) došlo ke zjištění, že vliv prenatálního stresu a úzkosti u těhotné ženy především v I. trimestru těhotenství způsobuje u plodů o 50 % vyšší riziko vrozených abnormalit, např. rozštěp patra. Některé práce odhalily, že děti matek, které trpěly depresemi a úzkostí v těhotenství, mají vyšší hladiny kortikosteroidů, které mohou přetrvávat i po porodu (Talová et al., 2014). Ve velké komunitní porodní skupině byla provedena rozsáhlá ABCD studie, která se zaměřila na měření úzkosti těhotných žen kolem 16. týdne gravidity, po 5 letech 3446 žen a 3520 učitelů posuzovalo stav u 3758 dětí, u nichž se projeví poruchy pozornosti, hyperaktivita, problémy v oblasti chování, vztahů a emocí (Loomans et al., 2011). Analýza chování dětí vedla k potvrzení domněnky, že předporodní stres a úzkost těhotné ženy následně vyvolává u dítěte problémy v chování a snížené prosociální chování (Loomans et al., 2011). Studie ale prokázala, že vliv předporodního stresu a úzkosti má odlišné dopady na pohlaví dětí, u chlapců vliv předporodního stresu vyvolává hyperaktivitu, nepozornost a zvýšené problémy v chování, což však nebylo prokázáno u dívek (Talová et al., 2014). O'Connor (2002) ve své práci uvádí, že nadměrná úroveň úzkosti žen v období těhotenství způsobuje potíže u dětí kolem 4 let a také u dospívajících, které se projevují problémy v chování, emočními problémy, nepozorností a hyperaktivitou. Další studie se zaměřila na hodnocení úzkosti, stresu a na jejich vliv na dítě v období šestinedělí (Talová et al., 2014). Tato studie byla provedena pomocí dotazníkového průzkumu u 417 matek a odhalila silnou provázanost mezi poporodním blues a poporodní vazbou ženy a dítěte (Nagata et al., 2000). Poporodní blues také ovlivňuje mateřskou úzkost zaměřenou na dítě, tedy čím je poporodní blues prohloubenější, tím je mateřská úzkost zaměřená na dítě vyšší (Nagata et al., 2000). Další dvě práce hodnotily míru úzkosti u žen v šestinedělí, které byly v dětství sexuálně zneužity (Talová et al.,



2014). Autorka první studie Anne Buist (1998) pracovala s 56 ženami, 37 z nich bylo v dětství sexuálně zneužito a zbylých 19 žen v anamnéze sexuální zneužívání nemělo. Výsledkem práce bylo, že ženy, které byly v dětství sexuálně zneužívané, jevily vyšší míru úzkosti, stresu a depresí než ženy bez tohoto negativního prožitku v dětství (Buist, 1998). Druhá ze studií posuzovala vztah mezi úzkostí, sexuálním zneužíváním a nízkou porodní hmotností u novorozenců (Grimstad et al., 1999). Do studie bylo zapojeno 177 žen, 85 žen porodilo dítě s nízkou porodní hmotností a 92 žen porodilo dítě s normální váhou (Grimstad et al., 1999). Výsledky odhalily, že u obou skupin byla míra úzkosti na stejné úrovni (Talová et al., 2014).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit nejčastější příčinu stresu u žen v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí.

Cíl 2: Zjistit, jak se ženy vyrovnávají se stresem v těhotenství, při porodu a v šestinedělí.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: Co je nejčastější příčinou stresu u žen v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem ovlivňuje stres ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

*Porod* je proces, kdy dochází k vypuzení dítěte z děložní dutiny porodními cestami pomocí porodních sil (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

*Stres* je převzatý výraz z anglického slova „stress“, což znamená zátěž nebo tlak (Tóthová et al., 2019). Stres je přetížení nebo zatížení organismu člověka různými podněty, které člověk vnímá jako nadměrnou zátěž (Kelnarová a Matějková, 2014).

*Šestinedělí* neboli puerperium je přirozený stav v životě ženy a je definováno jako období 42 dnů (6 týdnů) po porodu (Procházka a Pilka, 2018). Šestinedělí je děleno na časné, což je sedm dní po porodu, a pozdní, kdy během této doby dochází k involuci těhotenských změn na pohlavních orgánech ženy (Hájek et al., 2014).

*Těhotenství* je životní etapa a naplnění biologické podstaty ženy (Gregora a Velemínský ml., 2017). Délka těhotenství je 40 týdnů (280 dní neboli 10 lunárních měsíců) (Hájek et al., 2014). Těhotenství se dělí na trimestry, každý z nich je jiný a je provázen specifickými vyšetřeními a také pocity a prožíváním ženy (Gregora a Velemínský ml., 2017).

### 3 Metodika výzkumu

#### 3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro vypracování výzkumné části bakalářské práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat probíhal pomocí individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné šetření bylo uskutečněno od února do dubna 2021. Jeden rozhovor tvořilo 15 otázek, které byly doplněny dalšími otázkami, za účelem získání podrobnějších informací. Úvodní otázky v rozhovorech byly zaměřené na identifikační údaje informantek. Ostatní otázky byly orientované na prožívání stresu v souvislosti s těhotenstvím, porodem a obdobím šestinedělí.

Pro vypracování výzkumné části bakalářské práce byl sestaven jeden výzkumný soubor. Rozhovory byly provedené se ženami minimálně dva měsíce po porodu a uskutečnily se v domácím prostředí žen. V domácím prostředí byly ženy klidné, přívětivé, cítily se pohodlně a byly otevřené k rozhovorům. Atmosféra během rozhovorů byla harmonická a příjemná, informantky se neostýchaly odpovědět na všechny kladené otázky. Rozhovory v domácím prostředí žen probíhaly za dodržení protiepidemiologických opatření, za využití respirátorů a dvoumetrových rozestupů. Trvaly přibližně 35 minut. Získávání informantek pro rozhovory nebylo těžké. Oslovování žen probíhalo pomocí techniky „snowball sample“ neboli techniky „sněhové koule“. Technika sněhové koule spočívá v navázání kontaktu s určitou skupinou jedinců, pomocí které se výzkumník dostává k dalším vhodným jedincům (Hendl et al., 2016).

Informantky byly před zahájením rozhovorů seznámeny s tématem bakalářské práce a ujištěny o zachování anonymity, podle principů GDPR. Následně vyjádřily slovní souhlas s rozhovorem a jeho nahráváním na diktafon. Slovní souhlas s rozhovorem i s nahráváním je součástí nahrávky. Informantky též souhlasily se zpracováním získaných dat. Poté byly rozhovory doslovně přepsány a následně analyzovány. Získaná data z rozhovorů byla analyzována pomocí otevřeného kódování, metodou „tužka a papír“ (Švaříček et al., 2014). Výsledná data z rozhovorů byla kategorizována do jednotlivých kategorií a podkategorií. Pro lepší přehlednost a zachování anonymity žen byly informantky ve výzkumném šetření označeny Ž1 až Ž11.

Na základě analýzy dat byly vytvořeny tři kategorie Stres v těhotenství, Stres při porodu a Stres v šestinedělí, které se dále dělily na podkategorie. Následně jsou v každé podkategorii rozepsány odpovědi informantek. První kategorie Stres v těhotenství

obsahuje podkategorie Koronavirová pandemie, Podpora partnera, Návštěva prenatální poradny a Předporodní kurz. Druhou kategorií Stres při porodu tvořily podkategorie Zkušenosti ženy se zdravotnickým personálem a Přítomnost partnera nebo manžela u porodu. Třetí kategorií Stres v šestinedělí tvořila podkategorie Kojení a péče o novorozence.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen informantkami ve věku v rozmezí od 25–34 let. Kritériem při výběru informantek bylo, aby informantky byly minimálně dva měsíce po porodu a souhlasily s rozhovorem. Pro zachování anonymity žen byly ve výzkumném šetření označeny Ž1 až Ž11.

## 4 Výsledky výzkumu

### 4.1 Identifikační údaje informantek

Tabulka 1 – Identifikační údaje žen

Informantka	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Těhotenství	Porody	Porod spont. / SC
Ž1	27	SŠ s mat.	vdaná	2.	2.	SC
Ž2	29	VŠ	svobodná	1.	1.	spont.
Ž3	30	SŠ s mat.	svobodná	2.	1.	SC
Ž4	25	SŠ s mat.	svobodná	1.	1.	SC
Ž5	29	VŠ	vdaná	1.	1.	spont.
Ž6	33	SŠ s mat.	vdaná	2.	2.	spont.
Ž7	27	SŠ s mat.	svobodná	1.	1.	spont.
Ž8	34	VŠ	vdaná	1.	1.	SC
Ž9	29	VŠ	svobodná	1.	1.	spont.
Ž10	33	SŠ s mat.	vdaná	2.	2.	SC
Ž11	26	SŠ s mat.	svobodná	2.	1.	spont.

Zdroj: vlastní

*Legenda:* SŠ s mat. – středoškolské s maturitou; VŠ – vysokoškolské; spont. – spontánní; SC – sectio caesarea (císařský řez)

Informantce Ž1 bylo 27 let, žila v panelovém domě s manželem a dvěma dětmi. Její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Byla vdaná, těhotná byla dvakrát a rodila podruhé, oba dva porody proběhly císařským řezem.

Informantce Ž2 bylo 29 let. Bydlela s partnerem a dcerou v bytovém domě. Vystudovala vysokou školu s titulem bakalář. Byla svobodná. Těhotná byla jednou a rodila poprvé. Porod byl spontánní.

Informantce Ž3 bylo 30 let. Pobývala s partnerem a dcerou v bytě v malém městě. Její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Zatím byla svobodná. Těhotná byla dvakrát, při prvním těhotenství došlo k zamlklému potratu. Rodila poprvé a porod byl ukončen akutním císařským řezem.

Informantce Ž4 bylo 25 let. Žila v rodinném domě spolu s partnerem a synem. Dokončila střední školu s maturitou. Byla svobodná, těhotná byla poprvé a rodila jednou. Těhotenství skončilo akutním císařským řezem.

Informantce Ž5 bylo 29 let. S manželem a dcerou bydlela v rodinném domě. Nejvyšší dosažené vzdělání měla vysokoškolské s titulem bakalář. Byla vdaná. Těhotná byla jednou a rodila poprvé. Porod proběhl bez komplikací a rodila spontánně.

Informantce Ž6 bylo 33 let. Spolu s manželem a dvěma dětmi žila v bytě. Absolvovala středoškolské vzdělání s maturitou. Byla vdaná. Toto byla již její druhá gravidita. Rodila podruhé a porod byl spontánní.

Informantce Ž7 bylo 27 let. Pobývala v rodinném domě s partnerem a synem. Její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Byla svobodná, těhotná byla poprvé. Porod byl spontánní.

Informantce Ž8 bylo 34 let. Žila v bytě s manželem a synem. Dosáhla vysokoškolského vzdělání s titulem bakalář. Byla vdaná. Těhotná byla poprvé, porod byl proveden pomocí porodnické operace (císařského řezu).

Informantce Ž9 bylo 29 let. Bydlela v panelovém domě s partnerem a dcerou. Její nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské s titulem bakalář. Byla svobodná a toto bylo její první těhotenství a porod proběhl spontánně a přirozeně.

Informantce Ž10 bylo 33 let. Se svým manželem a dvěma dětmi žila v rodinném domě. Její nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou. Byla vdaná. Těhotná byla dvakrát a rodila podruhé, stejně jako první i druhý porod byl proveden císařským řezem.

Informantce Ž11 bylo 26 let. Bydlela v malé obci s partnerem a synem v rodinném domě. Získala středoškolské vzdělání s maturitou. Byla svobodná. Toto byla její první gravidita a rodila přirozeně, spontánně.

## 4.2 Kategorizace dat

Na základě analýzy získaných dat z rozhovorů byly stanoveny 3 kategorie a jejich podkategorie (Tabulka 2).

**Tabulka 2 – Hlavní kategorie a jejich podkategorie**

Kategorie	Podkategorie
Stres v těhotenství	Koronavirová pandemie
	Podpora partnera
	Návštěva prenatalní poradny
	Předporodní kurz
Stres při porodu	Zkušenosti žen se zdravotnickým personálem
	Přítomnost partnera
Stres v šestinedělí	Kojení a péče o novorozence

Zdroj: vlastní

### **Kategorie 1 Stres v těhotenství**

Kategorie Stres v těhotenství zahrnuje čtyři podkategorie. Je zaměřena na situace, které ženám způsobily stres nebo strach. Popisuje, jak manželé či partneři podporovali a pomáhali ženám vyrovnávat se s náročnými životními situacemi, zda jim byli oporou a jestli navštěvovali kurz předporodní přípravy. Z tohoto důvodu byly stanoveny podkategorie Koronavirová pandemie, Podpora partnera, Návštěva prenatalní poradny, Předporodní kurz.

#### **Podkategorie 1 Koronavirová pandemie**

Tato podkategorie prezentuje, jak informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž7, Ž9 a Ž11 prožívaly své těhotenství během koronavirové pandemie, která u žen z různých důvodů



způsobovala stres. Informantky Ž1, Ž6 a Ž10 popsaly, že těhotenství neprožívaly během koronavirové pandemie, ale stresovala je už jen představa, že by byly těhotné v této nepříjemné době.

Informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž7, Ž9 a Ž11 uvedly, že jejich těhotenství probíhalo v období koronavirové pandemie. Tato situace u nich způsobovala nepříjemné a negativní pocity. Informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 uvedly, že koronavirová pandemie je stresovala z důvodu strachu z nákazy a měly obavu o zdraví plodu a bály se možného abortu (potratu). Ž3 ještě dodala, že ač ji koronavirová pandemie stresovala, díky období koronaviru mohla na začátku těhotenství při ranních nevolnostech zůstat doma a více odpočívat. Ž5 ještě doplnila: *„Situace ohledně koronaviru mě stresovala, ale zároveň nás s manželem ten lockdown donutil zvolnit a uklidnit náš celkem hektický životní styl.“* Informantky Ž7, Ž9 a Ž11 zmínily, že koronavirová pandemie u nich způsobovala stresové situace, jednou z nich byla karanténa. Druhou situací byla obava, zda je bude moci doprovázet partner či manžel k porodu. Informantka Ž8 uvedla, že její těhotenství též probíhalo během koronavirové pandemie, ale vyjádřila názor, který se liší od ostatních informantek. Koronavirová pandemie pro informantku Ž8 nepředstavovala žádný problém, nevyvolávala u ní nepříjemné pocity ani stresové situace. Naopak uvedla, že se snažila myslet pozitivně a nepřipouštěla si možnost nakažení a řekla: *„Covidové období mě nestresovalo. Já jsem si prostě řekla, že to bude v pohodě a hotovo. Byla jsem doma, když jsem nemusela, nikam jsem nechodila, partner teda pořád chodil do práce, takže tam nějaké riziko bylo, ale nepřipouštěla jsem si ho.“* Těhotenství informantek Ž1, Ž6 a Ž10 probíhalo ještě před koronavirovou pandemií. Informantka Ž10 dodává: *„Jsem ráda, že už mám obě těhotenství za sebou, protože kdybych měla prožívat těhotenství v covidové době, tak se zblázním, a neskutečně by mě to stresovalo. Pro normálního člověka je to stresující, natož pro těhotnou ženu.“*

## **Podkategorie 2 Podpora partnera**

Podkategorie Podpora partnera popisuje, jak manželé či partneři podporovali ženy během těhotenství a pomáhali jim vyrovnávat se se stresem.

Informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8, Ž9, Ž10 a Ž11 uvedly, že jejich partneři nebo manželé je během těhotenství podporovali a prožívali s nimi jejich těhotenství. Informantka Ž8 například uvedla, že podporu ve svém manželovi nacházela při aplikaci injekcí proti srážení krve z důvodu onemocnění Leidenskou mutací, injekce jí aplikoval

manžel, nebyla schopna si je aplikovat sama. Informantka Ž7 se k tématu podpory partnera vyjádřila: „*Můj partner se mnou prožíval těhotenství dost intenzivně. Snažil se mi ulevit vždycky, když mi nebylo dobře. Často za mě vyhledával různé informace o těhotenství, porodu. Hodně jsme se bavili o výchově, o tom, jak bychom to chtěli mít, až se miminko narodí, jak bychom to chtěli u porodu a hodně jsme se na věcech shodli, takže byl hodně podporující.*“ Partneři či manželé informantek jim pomáhali vyrovnávat se se stresem, který se u žen objevil během těhotenství. Informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž7, Ž9 a Ž11, jež v těhotenství zažívaly stres, který způsobovala koronavirová pandemie, uvedly, že podporu a pomoc, jak se vyrovnat s touto náročnou situací, nacházely ve svých partnerech nebo manželích. Ž7 uvádí: „*Vyrovnávat se s karanténou kvůli koronaviru mi pomáhalo, když jsme si s partnerem udělali společné odpoledne nebo jsme si doma zahráli nějakou společenskou hru.*“ Ž2 ještě dodává, že dalším zdrojem stresu, který prožívala v těhotenství, byla situace s bydlením, a řekla: „*Měsíc před porodem nám doma bouchnul komín, takže to bylo dost stresující. Musel se komplet předělat celý byt, uklízet, malovat.*“ Informantka Ž2 v rozhovoru uvedla, že v této náročné situaci jí byla oporou rodina a partner, který ji utěšoval, povzbuzoval, opravil celý byt, aby se cítila spokojeně a pohodlně po návratu z porodnice. Informantky Ž3, Ž5, Ž9 a Ž11 dále zmínily, že stres v těhotenství u nich způsobovala nejen koronavirová pandemie, ale také strach z potratu nebo předčasného porodu. U informantek Ž3 a Ž11 tyto obavy pramenily z předchozího těhotenství, které u obou skončilo potratem. Informantce Ž9 hrozil předčasný porod z důvodu předčasného sestoupení hlavy plodu a tlačení na děložní hrdlo, což u ní vyvolávalo nepříjemné pocity strachu a stresu. Informantka Ž5 byla během svého těhotenství hospitalizovaná v nemocnici z důvodu dilatace ledviny, na základě těchto zdravotních problémů se obávala o zdraví plodu a komplikací ve formě předčasného porodu. Informantky Ž3, Ž5, Ž9 a Ž11 se též shodly, že útěchu, uklidnění a pomoc, jak zvládnout stres pramenící z obavy z potratu nebo předčasného porodu, jim poskytli jejich partneři. Ž3 dodává: „*Vyrovnávala jsem se s tím díky mé rodině, ta mě držela nad vodou, a hlavně teda můj partner mě vždycky umí uklidnit.*“ Informantky Ž10 a Ž6 uvedly, že během svého těhotenství neprožívaly žádné nepříjemné situace, které by u nich vyvolávaly stres nebo strach, ale přesto byly situace, při kterých pomoc, podporu a povzbuzení od svých manželů potřebovaly. Například pomoc při výchově a péči o starší děti, kterou jim manželé vždy poskytl. Ž10 zmínila: „*Manžel mi pomáhal s první dcerou, abych měla klid a čas si třeba*

*lehnout a odpočinout si. A jinak to byl prostě starostlivý manžel. Vařil, staral se o mě a první dceru. A byl šťastný, že čekáme další dítě.“*

Informantka Ž1 se s pozitivními názory ostatních informantek v souvislosti s podporou partnera neztotožnila a sdělila, že její manžel, který by jí měl být oporou, podporovat ji, poskytnout pomoc a udržovat ji během těhotenství v psychické pohodě, byl důvodem nepříjemných pocitů smutku, stresu a osamělosti. Informantka Ž1 dodala: *„Manžel nefungoval tak, jak by měl. Například se mnou nechodil na prohlídky k lékaři, což je pro ženu důležité, protože bude o tom dítěti vědět zase o něco víc, bude vědět, že je v pořádku a on tam se mnou nechodil. Když malý začal kopat, tak byl manžel bez zájmu a prý mi na břicho sahat nebude. Byla jsem na něj hodně naštvaná a mrzelo mě to.“* Vyrovnat se s chováním manžela jí pomohla její matka, ve které měla informantka oporu. Matka jí poskytla vyslechnutí, utěšení a pomoc při přípravě na příchod novorozence.

### ***Podkategorie 3 Návštěva prenatalní poradny***

Tato podkategorie vypovídá o tom, jakým způsobem na ženy působily návštěvy prenatalní porady a prenatalní vyšetření.

Informantky Ž1, Ž2, Ž5, Ž6, Ž7, Ž10 a Ž11 se shodly, že návštěvy prenatalní poradny pro ně byly radostné a vždy se na návštěvu těšily. Neobávaly se prenatalních vyšetření, naopak návštěvy a prenatalní vyšetření (ultrazvukové nebo CTG vyšetření) pro ně představovaly uklidnění a ujistění, že plod se vyvíjí a je v pořádku. Ž5 uvedla: *„Na kontroly jsem se vždy těšila a vyšetření jsem se nebála, naopak všechna vyšetření a návštěvy mi dávaly pocit jistoty a radosti, když jsem věděla, že je miminko v pořádku.“* Informantky Ž1, Ž2, Ž5, Ž6, Ž7, Ž10 a Ž11 též vyzdvihly své lékaře, ke kterým docházely do prenatalní poradny. Uvedly, že jejich lékaři měli kvalitně a profesionálně vybavené ordinace, jejich přístup byl velice profesionální, milý a informantky k nim měly důvěru. Lékaři jim poskytovali veškeré potřebné informace o prenatalních vyšetřeních a vývoji těhotenství. Ž11 dodala: *„Do poradny jsem chodila ráda, moje lékařka je skvělý člověk, kterému jsem naprosto důvěřovala. Vše mi vysvětlila, ukázala, popsala případná rizika, provedla mě celým těhotenstvím.“* Informantky Ž1, Ž5 a Ž11 došly k shodnému názoru, že milý přístup lékařů, kteří je edukovali o vyšetřeních a těhotenství a prostředí prenatalní poradny, zapříčinil to, že se

cítily v bezpečí a dodávalo jim to pocit jistoty, dále to mělo vliv i na zmírnění strachu a stresu z prenatalních vyšetření a radost z návštěv v prenatalní poradně.

Informantky Ž2, Ž6, Ž7, Ž10 ještě dodaly, že pozitivně prožívaly návštěvy prenatalní poradny, návštěvy na ně působily radostně a vždy se těšily, ale pociťovaly strach z ultrazvukových vyšetření, především při čekání na výsledky prenatalních vyšetření. Nejvíce se informantky obávaly velkého genetického ultrazvukového vyšetření, které se provádí kolem 20. týdne gravidity. Ž2 zmínila: „*Měla jsem strach z těch velkých ultrazvuků, aby hlavně všechno bylo v pořádku.*“ Výsledky vyšetření, která u všech informantek byla v pořádku, poskytly informantkám pocit jistoty a uklidnění, že plod je zdravý.

Informantky Ž3 a Ž4 hodnotily návštěvy prenatalní poradny negativně. Během návštěv prenatalní poradny prožívaly nepříjemné stresující situace, které byly způsobeny tím, že u nich nebyla provedena všechna náležitá vyšetření, která měl provést jejich obvodní gynekolog. Ž4 komentovala: „*Skončila jsem u jednoho pana doktora a nebyla jsem s ním vůbec spokojená, jeho přístup a péče mě dost stresovaly.*“ Informantky Ž3 a Ž4 navštěvovaly stejného obvodního gynekologa a uvedly, že jeho přístup byl neempatický a neprofesionální. Ž3 a Ž4 pociťovaly radost a nadšení před každou návštěvou prenatalní poradny, protože doufaly, že plod uvidí při ultrazvukovém vyšetření nebo uslyší jeho srdeční ozvy. Následně z negativního přístupu lékaře pociťovaly zklamání, nervozitu, stres a strach o zdraví plodu. A to vzhledem k tomu, že informantky zmínily, že jediné ultrazvukové vyšetření zažily ve 20. týdnu gravidity, při ultrazvukovém vyšetření odhalujícím vrozené vývojové vady, a první CTG monitor jim byl natočen při příjmu do porodnice. Ž3 dodala: „*Ultrazvuku jsem se dočkala až při genetickém vyšetření, což mi přineslo nějaké uklidnění a potvrzení, že je zatím vše v pořádku.*“

Informantka Ž8 uvedla, že návštěvy prenatalní poradny pro ni byly zatěžující na psychiku z důvodu jejího osobního diskomfortu. Uvedla, že návštěvy v prenatalní poradně byly časté a kvůli tomu se cítila nepříjemně a stresovaně. Dále informantka uvedla, že stres nepociťovala z důvodu obav o zdraví plodu nebo při prenatalních vyšetřeních ani z důvodu nepříjemného prostředí v prenatalní poradně nebo z přístupu lékaře, ale jen z důvodu častých návštěv a osobního diskomfortu. Informantka Ž8 komentovala: „*Ale stresovalo mě to kvůli sobě, protože jsem tam byla často, kvůli dítěti mě to nestresovalo, protože jsem si vůbec nepřipouštěla, že by něco nebylo v pořádku.*“

Informantka ještě zmínila, že se s tím nedalo nijak vyrovnat, musela tuto situaci přijmout a překonat ji.

Odlišný názor měla informantka Ž9, jejíž odborné vzdělání v porodní asistenci zapříčinilo, že každá návštěva v prenatalní poradně u ní způsobovala stresující pocity. Ž9 ještě uvedla, že návštěvy v prenatalní poradně pro ni byly stresující i z důvodu hrozícího předčasného porodu, a proto se obávala všech vaginálních vyšetření. Ž9 komentovala: „*Pokaždé jsem si říkala, že je lepší o tom nic nevědět, ale bohužel jsem porodní asistentka, takže jsem věděla vše.*“ Informantka v rozhovoru zmínila, že největší stres zažívala při natáčení CTG záznamu, protože opět díky svému vzdělání věděla, zda je záznam fyziologický či nikoliv. Ž9 dodala: „*Sice byly monitory hodnoceny jako fyziologické, ale sama jsem viděla už hezcí, a tak jsem se o malou bála, aby byla v pořádku. Snažila jsem se kvůli ní být v klidu, ale moc to nešlo.*“

#### ***Podkategorie 4 Předporodní kurz***

Podkategorie Předporodní kurz vypovídá o tom, zda ženy navštěvovaly předporodní kurz a jak to prožívaly, zda je uklidňovalo to, že mají informace o těhotenství, průběhu porodu, péči o novorozence a šestinedělí.

Z rozhovorů se ženami bylo zjištěno, že informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž7, Ž8, Ž9 a Ž11 kurz předporodní přípravy nenavštěvovaly, a to z důvodu koronavirové pandemie, při které byly tyto kurzy zrušeny. Ž9 doplnila: „*Vzhledem k mému vzdělání jsem na kurz předporodní přípravy nechodila.*“ Informantky Ž2 a Ž7 zmínily, že kurz předporodní přípravy by nenavštěvovaly ani v době, kdy by kurz byl povolen. Následně Ž7 uvedla, že nezvládala bolest při porodu a poté i péči o novorozence, protože neměla dostatek informací a nebyla na tyto situace připravena, přičemž dodala, že při druhém těhotenství kurz předporodní přípravy absolvuje, aby získala potřebné informace a zkušenosti. Informantky Ž3, Ž4 a Ž11 se shodly, že kurz předporodní přípravy nenavštěvovaly z důvodu koronavirové pandemie. Tyto informantky by kurz předporodní přípravy při příštím těhotenství absolvovaly, aby byly připravené na porod, šestinedělí, péči o novorozence a také, aby snížily možné obavy z porodu a porodní bolesti.

Informantky Ž1, Ž6 a Ž10 uvedly, že předporodní kurz absolvovaly během prvního těhotenství, proto teď již během druhého těhotenství na kurz předporodní přípravy nedocházely. Informace čerpaly ze zkušeností a z předchozího kurzu. Ž10 zmínila: „*My*

*jsme chodili na kurz při první dceři. Ted' při druhém těhotenství už jsem potom nechodila, kvůli předchozímu těhotenství, při kterém jsem na kurzu byla.“*

Od všech dotazovaných informantek se lišila informantka Ž5, která kurz předporodní přípravy navštěvovala a řekla: *„My jsme s manželem navštívili kurz ‚Jemného zrození‘, říká se tomu také hypnoporod.“* Během rozhovoru popsala, že některé informace, které se na kurzu dozvěděla, ona sama znala, ale byly to příhodné informace pro jejího manžela. Dále uvedla, že některé informace, které na kurzu získala (techniky dýchání, úlevové polohy), pro ni byly přínosné. Dále se k tomu informantka Ž5 vyjádřila: *„Kurz se mi opravdu hodně vyplatil, všechny ty lekce jsem si užila a byla jsem ráda, že získávám nové informace.“* Ž5 se domnívala, že díky absolvování kurzu předporodní přípravy její porod proběhl bez komplikací, bez strachu z porodu a porodní bolesti. A řekla: *„Můj porod byl úžasný zážitek. Bylo to moc krásné a cítila jsem se skvěle.“*

Informantek Ž1, Ž2, Ž3, Ž4, Ž6, Ž7, Ž8, Ž9, Ž10 a Ž11 nenavštěvovaly kurz předporodní přípravy, následně vyjádřily názor, kde získávaly informace o životosprávě v těhotenství, porodu, šestinedělí, péči o novorozence. Informantky Ž3, Ž7 a Ž8 získávaly informace z knih. Ž3 vypověděla: *„Hodně informací jsem si načetla z knih, o těhotenství, stravě, porodu a všem, co mě zajímalo. Zároveň mám kamarádku, která je porodní asistentka a pracuje na porodním sále, tak ta mě připravila jak psychicky, tak mi i popsala, co se bude dít během porodu.“* Informantky Ž2, Ž4 a Ž11 sdělily, že informace získávaly na internetu. Informantky procházely různá internetová fóra, diskuze i články. Ž11 ještě dodala: *„Na dotazy ohledně těhotenství mi odpověděla vždy moje gynekoložka.“* Ž1, Ž6 a Ž10 zmínily, že informace čerpaly ze zkušeností z předchozího těhotenství a kurzu předporodní přípravy, na němž byly při prvním těhotenství. Ž6 dodala, že pokud chtěla vědět další informace o situacích, které nezažila při prvním těhotenství, informace si vyhledávala na internetu.

### **Kategorie 3 Stres při porodu**

Kategorie Stres při porodu obsahuje dvě podkategorie. Vypovídá o zkušenostech žen se zdravotnickým personálem při porodu a také o tom, jak ženy vnímaly přítomnost manžela nebo partnera při porodu. Na základě této skutečnosti vznikly podkategorie Zkušenosti žen se zdravotnickým personálem a Přítomnost partnera.

#### ***Podkategorie 1 Zkušenosti žen se zdravotnickým personálem***

V této podkategorii se hovoří o přístupu zdravotnického personálu, který u některých informantek vyvolával stresové situace, a o vnímání zdravotnického personálu ženami během porodu.

Odpovědi dotazovaných informantek lze rozdělit do dvou skupin. Informantky Ž3, Ž6, Ž9, Ž10 a Ž11 měly se zdravotnickým personálem pouze kladné zkušenosti. Informantky popsaly, že zdravotnický personál na ně působil příjemně a měly z jeho přístupu dobrý pocit. Ž6 vypověděla: „*Podávali mi veškeré informace o průběhu porodu, chovali se ke mně hezky a mile.*“ Informantky uvedly, že vzhledem k tomu, jak působil zdravotnický personál mile, profesionálně a jeho chování bylo hezké a vstřícné, se informantky cítily klidné a v bezpečí. Ž3 komentovala: „*Nesetkala jsem se s nikým nepříjemným.*“ Informantky vyjádřily shodný názor, že během jejich porodu nedocházelo k žádnému negativnímu působení od zdravotnického personálu, které by negativně ovlivnilo prožívání jejich porodu. Ž10 zmínila: „*Personál úplně super, i potom na sále. Na sále se mi před operací všichni představili. Měla jsem z nich dobrý a příjemný pocit a díky nim jsem neměla vůbec strach.*“

Informantky Ž1, Ž2, Ž4, Ž5, Ž7 a Ž8 uvedly, že chování a přístup některých členů zdravotnického personálu u nich vyvolávaly pocity stresu a úzkosti. Informantka Ž1 sdělila svou zkušenost se zdravotnickým personálem, během které byla vystavena stresující situaci způsobené chováním lékařů během provádění císařského řezu, během operace lékaři probírali odbornou práci, kterou spolu psali. Informantka Ž1 podstoupila císařský řez ve spinální anestézii, tudíž byla při vědomí a rozhovor lékařů slyšela a domnívala se, že jejich přístup k operaci je nesoustředěný a neprofesionální. Ž1 se kvůli chování lékařů během operace obávala o svoje zdraví i zdraví plodu. Informantky Ž4 a Ž8 se shodly, že nepříjemné pocity úzkosti a stresu zažily během příjmu do porodnice. Vypověděly, že nejvíce je stresoval přístup a chování porodních asistentek během příjmu, porodní asistentky působily nepříjemně, neempaticky, zle, arogantně, neprofesionálně a hekticky, dále byly informantky stresované i tím, že jim nikdo ze zdravotnického personálu nesdělil žádné informace o následujícím průběhu porodu nebo o rozhodnutí provedení císařského řezu. Informantka Ž8 doplnila: „*U toho příjmu jsem z nich neměla dobrý pocit, sestřička na mě začala křičet, co si jako myslím, co to mám za tašku, že tam jedu jako na dovolenou, ale nikdo mi nic neřekl a to bylo stresující. Porodní asistentky i lékařka se nechovaly tak, jak by měly.*“ Informantky Ž2 a Ž5 uvedly, že též nebyly spokojené s chováním porodních asistentek při příjmu do

porodnice, během příjmu porodní asistentky bagatelizovaly stav informantek. Informantka Ž7 dodala, že stresující pocity u ní způsobil zdravotnický personál kvůli své nejistotě a nervozitě při zavádění epidurální anestezie a dále uvedla: „*Neříkám, že všichni z toho zdravotnického personálu, ale bylo tam pár lidí, kteří mě hodně znervózňovali právě tím, jak byli sami nervózní, protože jim nešel napíchnout. Takže při tom zavádění epidurálu mě anesteziolog a anesteziologická sestra hodně stresovali.*“ Zároveň informantky uvedly, že s některými členy zdravotnického personálu byly spokojené, například s anesteziologem nebo anestezioložkou, anesteziologickou sestrou nebo porodní asistentkou. Informantky Ž1, Ž4 a Ž8 vyjádřily shodný názor na zdravotnický personál na operačním sále, který byl milý a působil uklidňujícím dojmem. Nejvíce pozitivně na informantky zapůsobil anesteziolog či anestezioložka a anesteziologická sestra. Informantka Ž8 komentovala: „*Potom na operačním sále to bylo skvělé a uklidňující. Pozitivně na mě působila anestezioložka na operačním sále, protože mě dokázala uklidnit a měla jsem z ní velmi dobrý a uklidňující pocit.*“ Informantky Ž3, Ž8 a Ž10 ještě dodaly, že nejvíce byly překvapené, když se jim členové zdravotnického personálu na operačním sále představili, považovaly to za velice profesionální a empatické chování a z tohoto důvodu pocitovaly klid, jistotu, bezpečí a zmírnění strachu z porodu. Informantky Ž2 a Ž7 nejvíce ocenily chování porodních asistentek, které se o ně během porodu staraly. Ž2 a Ž7 popsaly porodní asistentky jako trpělivé, klidné, příjemné, profesionální a zkušené. Ž2 uvedla: „*Porodní asistentka byla skvělá. Vše mi vysvětlovala, co bude dělat, nebo co já mám dělat, a díky tomu jsem byla klidná. Když mi říkala, co mám dělat, cítila jsem se v bezpečí a naprosto jsem jí věřila, když mě takhle vedla tím porodem.*“

### ***Podkategorie 2 Přítomnost partnera***

Tato podkategorie popisuje, jak ženy vnímaly partnerovu či manželovu přítomnost při porodu. A jak to ovlivnilo jejich porod.

Informantky Ž2, Ž3, Ž5, Ž6, Ž7 a Ž11 v rozhovorech vypověděly, že přítomnost jejich partnerů či manželů na ně a na prožívání jejich porodu měla pozitivní vliv. To, že partneři či manželé byli přítomni u porodu, informantkám poskytlo psychickou oporu, pocit klidu, bezpečí a jistoty. Informantky uvedly, že partneři nemuseli nic dělat, stačila jen pouhá jejich přítomnost. Ž2 řekla: „*Byl mi velkou oporou, a když byl u mě, hrozně se mi ulevilo a uklidnilo mě to. Myslím, že mi to i dodalo energii na samotný porod.*“ Ž3



doplnila, že partnerova přítomnost u porodu ještě více upevnila jejich partnerský vztah. Informantky Ž2, Ž7 a Ž11 zmínily, že měly strach z porodu, který jim právě svou účastí při porodu pomohli překonat jejich partneři. Ž11 uvádí: „*Ze začátku jsem se hrozně bála, první hodiny jsem tam byla bez Lukáše a propadala jsem do lehké hysterie. Ale jakmile za mnou pustili Lukyho, bylo mi o mnoho lépe.*“ Informantky Ž2, Ž3, Ž5, Ž7 a Ž11 dále uvedly, že největší strach před porodem měly z důvodu, že porod budou prožívat samy, bez přítomnosti partnera. Informantky Ž2, Ž3, Ž5, Ž6, Ž7 a Ž11 se shodly, že přítomnost partnerů jim pomohla vyrovnávat se se stresem, který způsobil zdravotnický personál, a zmírňovala jejich strach a stres během porodu.

U informantek Ž1, Ž4, Ž8 a Ž10, u kterých porod skončil buď akutním, nebo plánovaným císařským řezem, partner nebyl přítomen u porodu. Informantky Ž1, Ž4, Ž8 a Ž10 také uvedly, že partneři sice nemohli být přítomni u jejich porodu, ale čekali u dětských sester, až se narodí novorozenec. Ž10 uvedla: „*Manžel tam se mnou nebyl, ale čekal, až se malá narodí, aby si ji mohl pochovat a být tam s ní.*“ Informantky Ž1, Ž3, Ž4, Ž8 a Ž10 k tomu ještě dodaly, že byly rády a cítily se více v klidu, když věděly, že u novorozence bude zajištěný kontakt aspoň s jedním z rodičů. Ž3 komentovala: „*Partner je hodně spjatý s malou, protože on s ní byl celé ty dvě hodiny u dětských sester.*“

Všechny dotazované informantky měly stejný názor a při dalším porodu by partnera u sebe opět chtěly jako psychickou oporu, aby jim pomohl vyrovnávat se s nepříjemnými a stresujícími situacemi nebo strachem z porodu či z bolesti. A hlavně aby u porodu informantky nebyly samy.

### **Kategorie 3 Stres v šestinedělí**

Tato kategorie se zabývá tématem kojení (především zda ženy kojení stresovalo či nikoliv) a péčí o novorozence. Byla vytvořena podkategorie Kojení a péče o novorozence.

#### ***Podkategorie 1 Kojení a péče o novorozence***

Podkategorie Kojení a péče o novorozence znázorňuje, jak ženy prožívaly období šestinedělí, jak zvládaly kojení, péči o novorozence a stres způsobený kojením.

Z odpovědí dotazovaných informantek vyplývá, že téma kojení rozdělilo informantky na dvě skupiny. Informantky Ž2, Ž6, Ž9, Ž10 a Ž11 uvedly, že s kojením neměly žádné problémy. Též se shodly, že jim techniku kojení a polohy při kojení ukázaly dětské sestry nebo porodní asistentky v nemocnici, čímž se laktace rozvinula hned v prvních dnech po porodu.

V odpovědích informantek Ž1, Ž3, Ž4, Ž5, Ž7 a Ž8 je zřejmý shodný názor na téma kojení, a to takový, že kojení pro ně bylo velký problém a bylo pro ně velice stresující. Informantky Ž1, Ž4, Ž5, Ž7 a Ž8 popsaly, že problémy při kojení způsobila nesprávná technika přikládání novorozence k prsu a pozdější tvorba mateřského mléka. Informantky Ž1 a Ž5 ještě doplnily, že další problém při kojení u nich způsobily poraněné bradavky. Déle informantky Ž4, Ž7 a Ž8 vyjádřily názor, že stres způsobovalo nejen neefektivní kojení, ale také neklidný a plačtivý novorozenec. Informantka Ž8 zmínila: „*Kojení pro mě bylo opravdu hrozné a byl to stres, protože mi dítě neustále plakalo a já nevěděla, co s ním.*“ Ž3 uvedla, že u ní docházelo k neefektivnímu kojení z důvodu nekvalitního mléka, které nebylo zajištěno vyváženou stravou matky a dodala: „*Malé se objevila kopřivka a sestřička mě seřvala, co jsem to zase snědla, a v podstatě mi řekla, že nesmím tohle a támhleto. A tak jsem moc nejedla, což samozřejmě ovlivnilo i mléko.*“ Informantka Ž4 se domnívá, že stres způsobený problémy při kojení ovlivnil vývoj laktace, a právě kvůli způsobenému stresu přišla po třech měsících o mateřské mléko. Informantky Ž4, Ž5, Ž7 a Ž8 ještě doplnily, že jejich problémy s kojením a následně způsobený stres z kojení začaly již v porodnici, protože nebyly dětskými sestrami správně edukovány o správné technice kojení, o polohách při kojení a o tom, jak správně přiložit novorozence k prsu. Informantky Ž4, Ž5, Ž7 a Ž8 popsaly přístup dětských sester jako neochotný, nepříjemný, arogantní, neprofesionální, neempatický, občas i zlý. Informantky dokonce zmínily, že měly strach požádat dětské sestry o pomoc právě kvůli jejich chování a pociťovaly zlost, úzkost, beznaděj a stres.

Informantky Ž4, Ž5 a Ž7 uvedly, že po propuštění domů z porodnice byly v kontaktu s laktační poradkyní, která docházela i k nim domů. Informantka Ž4 dále uvedla: „*Měla jsem doma dvě laktační poradkyně, ale bohužel mi to nepomohlo a myslím, že ten problém nastal už v nemocnici, kde mi to měli pořádně ukázat.*“ Informantky Ž5 a Ž7 ještě doplnily, že konzultace s laktační poradkyní v domácím prostředí byla úspěšná a zlepšila jejich kojení, čímž následně zmírnila i stres.

Co se týče péče o novorozence, informantky Ž1, Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž9, Ž10 a Ž11 uvedly, že ji zvládaly dobře. Informantky Ž2, Ž6 a Ž9 ještě dodaly, že ze začátku měly strach při manipulaci s novorozencem nebo při koupání, aby mu nějak neublížily, ale jen do té doby, než se s novorozencem sžily. Informantky Ž1, Ž2, Ž3, Ž6, Ž10 a Ž11 zmínily, že to, jak správně pečovat o novorozence, jim ukázaly dětské sestry v porodnici, proto péči zvládaly dobře. Informantky Ž2 a Ž3 dále doplnily, že jak správně pečovat o novorozence jim naskočilo úplně přirozeně. Na rozdíl od jiných informantek Ž7 a Ž8 vypověděly, že péči o novorozence nezvládaly. Ž8 uvedla, že péči nezvládala kvůli zdravotnímu stavu, kdy měla velké bolesti po císařském řezu, pomáhal jí manžel a sestra. Ž7 komentovala: „*Péči jsem nezvládala, jak jsem řekla, nebyla jsem na to připravená a mrzí mě to. Až budu znovu těhotná, zaměřím se na získání více informací z péče o novorozence.*“ Informantky Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8, Ž10 a Ž11 uvedly, že do péče o novorozence se zapojili i jejich partneři či manželé. Informantky popsaly, že manželé či partneři novorozence přebalovali, oblékali, vozili v kočáru a koupali, zároveň uvedly, že pomoc při péči o novorozence pro ně byla velkou podporou a pomocí. Informantka Ž2 zmínila, že její partner se do péče o novorozence nezapojil a řekla: „*Přisuzuji to tomu, že malá byla opravdu hodná a nebyla uplakaná. Možná, že kdyby probřečela noci, tak by se musel zapojit, ale takhle neměl důvod.*“

Informantky Ž1, Ž4, Ž7 a Ž8 popsaly, že období šestinedělí pro ně bylo po psychické stránce nejnáročnějším obdobím, celé šestinedělí popsaly jedním slovem „*stres*“, který byl způsobený problémy při kojení, hormonálními změnami, plačtivým a neklidným novorozencem, u informantek Ž7 a Ž8 i nezvládnutím péče o novorozence. Informantky uvedly, že byly zoufalé, plačtivé, uzavřené do sebe a nesoustředěné. Informantka Ž7 k tomu dále dodala, že obviňovala sama sebe, v tom smyslu, že je špatná matka. Informantky Ž4, Ž7 a Ž8 zmínily, že v tomto náročném životním období je nejvíce podporovali jejich manželé nebo partneři a rodina, právě tím, že se zapojili a pomohli ženám s péčí o novorozence, ale také, že informantkám poskytli útěchu, vyslechnutí, pochválení. Informantka Ž7 komentovala: „*Partner se zapojil úplně přirozeně. A kdykoliv mohl a byl k dispozici, tak utěšoval, přebaloval, dělal prostě všechno, co bylo potřeba ohledně péče o malého, a do toho utěšoval mě. Partner se zapojil hned od začátku naplno, a to mi samozřejmě moc pomohlo, protože sdílená starost je trošku menší starost.*“ Informantka Ž1 opět uvedla, že stejně jako v těhotenství, tak i v období šestinedělí jí manžel nebyl oporou ani jí nepomohl s péčí o novorozence. Informantka

Ž1 dodala: „*Neměla jsem v okolí nikoho, kdo by mě podržel. A tak jsem se s tím vyrovnávala sama v sobě. Prostě jsem věděla, že to musím kvůli dětem zvládnout.*“

## 5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá vlivem stresu u ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. V dnešní době je slovo stres v běžném životě člověka velmi používaným (Stackeová, 2011). Stres je možné popsat jako přetížení nebo zatížení organismu člověka různými podněty, které člověk vnímá jako nadměrnou zátěž (Kelnarová a Matějková, 2014). V těhotenství, při porodu a v šestinedělí je mnoho podnětů, jež u ženy mohou vyvolat stres. V těhotenství způsobuje stres či strach například čekání na výsledky prenatalních vyšetření, obava z porodu, strach z opakujícího se potratu (Skutilová, 2016). Stres při porodu může být u ženy vyvolaný různými faktory, jako je například strach z porodní bolesti, neznámé prostředí porodního sálu, dlouhotrvající porod, silné porodní bolesti a nedůvěra ve zdravotnický personál (Amiri et al., 2019). V šestinedělí je to pak nejčastěji stres spojený s kojením a péčí o novorozence (Ayers et al., 2019).

V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle: 1. Zjistit nejčastější příčinu stresu u žen v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí. 2. Zjistit, jak se ženy vyrovnávají se stresem v těhotenství, při porodu a v šestinedělí.

První výzkumná otázka se zabývá tím, jaká je nejčastější příčina stresu u ženy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Jak již bylo zmíněno, příčinou stresu v těhotenství může být mnoho situací. Informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž7, Ž9 a Ž11 se shodují v názoru, že příčinu jejich stresu v těhotenství způsobila koronavirová pandemie, a to z důvodu obavy z nákazy, karantény a zda je bude moci partner či manžel doprovázet k porodu. Mnoho lékařů a porodních asistentek je za přítomnost partnera u porodu rádo, protože právě partner zná přání své partnerky lépe než kdo jiný, a tím poskytuje zdravotnickému personálu cenné informace, jež mohou využít v průběhu porodu (Gregora a Velemínský ml., 2020). Pro těhotnou ženu je doprovod u porodu důležitým faktorem, který zajišťuje psychickou oporu a poskytuje pocit klidu a bezpečí (Roztočil et al., 2017). To potvrzují informantky Ž2, Ž3, Ž5, Ž6, Ž7 a Ž11, které uvedly, že přítomnost jejich partnerů jim poskytla pocit klidu a psychickou oporu. Další situací, která může být velkým zdrojem stresu u žen v těhotenství, je obava z abortu (potratu), a to především u žen, které v předchozí graviditě potrat zažily (Australian Government Department of Health, © 2018). S tímto názorem se ztotožnily informantky Ž3 a Ž11, které popsaly, že stres v těhotenství pramenil ze současné situace

spojené s koronavirovou pandemií, ale též byl způsoben strachem z potratu, jelikož obě informantky při první graviditě potrat zažily. Skutilová (2016) uvádí, že stres u žen v těhotenství nemusí způsobovat jen obava z potratu, ale také strach z hrozícího předčasného porodu. Stejný názor uvedly i informantky Ž5 a Ž9, které zmínily, že stres se u nich objevoval právě ze strachu z hrozícího předčasného porodu. V tomto ohledu by měla být těhotné ženě poskytnuta celková psychická a zdravotnická podpora, která bude zaměřená na její individuální potřeby (Mazúchová et al., 2016). Je důležité, aby ženě byla poskytnuta nejen zdravotnická podpora, ale též podpora od někoho blízkého, rodiny a partnera či manžela. Podpora, útěcha, vyslechnutí od někoho blízkého (rodiny, partnera nebo manžela), je zásadní pro udržení psychické pohody ženy, zajištění pocitu jistoty a bezpečí a snížení stresu nebo strachu. Dále nás zajímalo, jak na informantky působily návštěvy prenatalní poradny a prenatalní vyšetření. Informantky Ž1, Ž2, Ž5, Ž6, Ž7, Ž10 a Ž11 uvedly, že návštěvy prenatalní poradny pro ně byly radostné a vždy se na návštěvu těšily. Neobávaly se prenatalních vyšetření, naopak návštěvy a prenatalní vyšetření pro ně představovaly uklidnění a ujistění ohledně zdraví plodu. Informantka Ž5 dodává: *„Dávalo mi to pocit jistoty, dostala jsem veškeré informace, které jsem potřebovala. Celkově prenatalní péči hodnotím velice pozitivně, na kontroly jsem se vždy těšila a vyšetření jsem se nebála, naopak všechna vyšetření a návštěvy mi dávaly pocit jistoty a radosti, když jsem věděla, že je miminko v pořádku.“* Informantky Ž1, Ž2, Ž5, Ž6, Ž7, Ž10 a Ž11 v rozhovorech vyjádřily pozitivní názor na své lékaře, ke kterým docházely do prenatalní poradny. Lékaři jim poskytovali veškeré informace o těhotenství a prenatalních vyšetřeních, jejich přístup k informantkám byl milý, empatický, vstřícný a profesionální. Informantka Ž11 uvedla: *„Do poradny jsem chodila ráda, moje lékařka je skvělý člověk, kterému jsem naprosto důvěřovala. Vše mi vysvětlila, ukázala, popsala případná rizika a provedla mě celým svým těhotenstvím.“* Domnívám se, že návštěvy prenatalní poradny měly na ženy pozitivní vliv, a to z důvodu poskytnutí řádných informací o prenatalních vyšetřeních, životosprávě v těhotenství, průběhu těhotenství. Nedílnou součástí prenatalní péče je i edukace porodní asistentkou (Koliba et al., 2019). Porodní asistentka nebo gynekolog v prenatalní péči zlepšuje kvalitu zdravotního stavu těhotné ženy, jejího plodu a rodiny, a to edukací o včasné diagnostice těhotenství, poskytnutí informací a provedení základních screeningových vyšetření (Bašková, 2015). Dále porodní asistentka či lékař těhotné ženě poskytuje informace o životosprávě v těhotenství, vyvážené stravě, dostatku odpočinku, péči o kůži, hygieně a vhodném oblečení (Koliba et al., 2019). Dle

mého názoru je důležité zmínit, že informantky v rozhovorech mluvily pouze o svých lékařích a o porodních asistentkách se nezmiňovaly. Přitom podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je porodní asistentka uznávána jako zodpovědný zdravotnický pracovník, poskytuje podporu a péči ženám během těhotenství, porodu a v šestinedělí, dále poskytuje péči o novorozence a dítě do jednoho roku (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2021). Edukovat ženy o těhotenství a průběhu prenatální poradny, životosprávě v těhotenství, porodu, šestinedělí a péči o novorozence je hlavním úkolem porodní asistentky, starat se o ženy během těhotenství, porodu a šestinedělí a poskytovat péči o novorozence patří do kompetencí porodních asistentek. Myslím si, že ženy stále ještě nemají moc velké povědomí o tom, kdo přesně porodní asistentka je a jaké má kompetence. Z toho důvodu upřednostňují lékaře a porodní asistentky staví do role „pomocnice lékaře“. Jak již bylo zmíněno, přístup porodní asistentky, lékaře a poskytnutí řádných informací může u ženy snížit strach z prenatálních vyšetření, ale každý z nás je jiný a různě reagujeme na zátěžové situace. Což potvrzují výpovědi některých informantek, ze kterých je jasné, že prenatální vyšetření u nich vyvolávala pocity strachu a obavy o zdraví plodu. Informantky Ž2, Ž6, Ž7 a Ž10 ve svých výpovědích uvádějí, že při prenatálních vyšetřeních a čekání na jejich výsledky zažívaly pocity strachu a obavu o zdraví plodu, ale zároveň i uklidnění při zjištění výsledků nebo spatřením plodu při UZ vyšetřeních. Informantka Ž2 uvedla: „*Měla jsem strach z těch velkých ultrazvuků, aby hlavně všechno bylo v pořádku, Ale všechny vyšetření byly v pořádku, malá byla na ultrazvuku vždycky dobře vidět, takže jsem z toho měla radost a na další návštěvu jsem těšila. Vždy jsem se těšila, že ji buď uslyším, nebo uvidím na ultrazvuku.*“ Studie Kyei et al. (2016), která zkoumala úroveň úzkosti a strachu u žen, jež podstoupily ultrazvukové prenatální vyšetření a čekaly na výsledky vyšetření, se shoduje s výpovědí dotazovaných informantek z výzkumného šetření předkládané bakalářské práce. Ultrazvuková vyšetření a čekání na jejich výsledek mohou u těhotných žen způsobit strach a určitou úroveň úzkosti (Kyei et al., 2016). Informantky Ž3, Ž4, Ž6, Ž8 a Ž9 zastávaly stejný názor s Australian Government Department of Health © (2018), že návštěvy prenatální poradny, prenatální vyšetření a čekání na jejich výsledky mohou být jednou z příčin způsobujících stres těhotné ženy. Informantka Ž9 v rozhovoru popsala, že z důvodu svého odborného vzdělání v porodní asistenci byla návštěvami prenatální poradny stresovaná, stres ještě více umocňoval předčasný porod, který informantce hrozil z důvodu časného naléhání hlavy plodu na pánevní vchod. Informantka Ž9 uvedla: „*V době točení CTG to byl pro mě největší*

*stres, jelikož z praxe vím, jak monitory u žen dopadají.*“ Ze svého pohledu sdílím stejný názor s informantkou Ž9, myslím si, že informace a znalosti v oboru porodní asistence, které porodní asistentky mají, mohou zvyšovat možný stres z důvodu, že vědí a uvědomují si, jaká rizika a možné komplikace se mohou během těhotenství objevit. Informantka Ž6 zmínila, že stres se u ní objevil z důvodu prenatalních vyšetření, především z genetického ultrazvukového vyšetření ve 20. týdnu gravidity, které odhaluje vrozené vývojové vady plodu. Lou et al. (2014) ve své práci uvádí, že screeningové vyšetření na Downův syndrom a další vrozené abnormality plodu u žen zvyšuje míru stresu a úzkosti, ale popisují i snížení stresu a úzkosti po zjištění negativních výsledků, což potvrzuje i výpověď informantky Ž6, která řekla: „*Když jsem věděla, že je všechno v pořádku, tak jsem byla klidná a při dalších kontrolách jsem už věřila, že je všechno, jak má být.*“ Opakem jsou informantky Ž3 a Ž4, které v rozhovorech uvedly, že jim nebyla lékařem v prenatalní poradně poskytnuta náležitá prenatalní ultrazvuková a CTG vyšetření, což vyvolávalo jejich obavy o zdraví plodu a následně i stres. Čímž se opět vracíme k roli lékaře v prenatalní péči. Cílem prenatalní péče je celkové zabezpečení těhotné ženy, především důkladná prevence možných chorob, včasný záchyt abnormalit a zajištění všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření (Hájek et al., 2014). Podle Ligy lidských práv © (2020) má žena s fyziologickým průběhem těhotenství právo na tři ultrazvuková vyšetření, která plně hraje pojišťovna. Počet ultrazvukových vyšetření, který hraje pojišťovna, vyplývá z doporučených postupů „Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství“ a „Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče“, zmíněné doporučené postupy lze považovat za standard péče o ženu v těhotenství s nízkým rizikem a je potřeba doporučené postupy vždy dodržovat (Liga lidských práv ©, 2020). Podle mého názoru, pokud zdravotníci neposkytnou náležitá prenatalní vyšetření, na která má žena právo, porušili dodržení doporučených postupů, podle nichž by se měl každý zdravotník řídit, a selhali ve své profesi jako lidé, ve které žena vkládá svou důvěru.

Součástí prvního cíle bylo také zjistit, jaké jsou příčiny stresu u žen během porodu. Porodní asistentka a lékař by měli být empatičtí, citliví a měli by mít dobrou komunikační schopnost, neboť tyto schopnosti napomáhají udržet důvěru a vztah mezi zdravotnickým personálem, rodící ženou a doprovázející osobou (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka se během porodu snaží snížit nežádoucí psychickou zátěž a být oporou rodící ženě (Ratislavová, 2008). V případě informantky Ž2, Ž4, Ž5 a Ž8 tomu



tak nebylo a shodly se v názoru, že jejich stres a úzkost způsobovalo chování a přístup porodních asistentek a lékařů při příjmu do porodnice. Informantky Ž4 a Ž8 uvedly, že porodní asistentky se během příjmu do porodnice chovaly nepříjemně, arogantně, neempaticky, zle, neprofesionálně a hekticky. Chování a přístup porodních asistentek v informantkách vyvolaly pocit nejistoty a nedůvěry ve zdravotnický personál. Což potvrzuje i Amiri et al. (2019), kteří uvádějí, že stres při porodu může vyvolat nedůvěru ve zdravotnický personál. K tomu informantky Ž4 a Ž8 ještě doplnily, že k jejich stresu přispěl samotný porod, ze kterého měly strach, protože začal ještě před termínem porodu a obě informantky rodily císařským řezem, a také, že je porodní asistentky ani lékaři needukovali o následujícím průběhu porodu. Pokud dojde na porodnickou operaci, žena nemusí být na tuto možnost připravená a může být zaskočená, což zvyšuje její stres a zároveň obavy o její zdraví a zdraví plodu. Tato stresující situace může být v některých případech ještě umocněna nedostatkem podaných informací ze strany zdravotnického personálu (Takács et al., 2015). I informantka Ž1 zažila během svého porodu negativní zkušenost se zdravotnickým personálem. Informantka rodila císařským řezem ve spinální anestezii a její stres pramenil z chování lékařů, kteří ji operovali. Informantka Ž1 komentovala: „*Když mě lékaři operovali, tak si tam povídali o nějaké práci, kterou spolu psali.*“ Informantka se domnívala, že se lékaři na operaci nesoustředí, jejich chování na ni působilo neprofesionálně, a z toho důvodu se obávala o své zdraví a zdraví plodu. Myslím si, že během císařských řezů, které probíhají ve spinální anestezii a ženy jsou tudíž při vědomí, by zdravotníci neměli rozebírat jiné pracovní povinnosti, ale soustředit se pouze na danou operaci. Zdravotnický personál by měl působit soustředěně, sebejistě, profesionálně a empaticky, aby v ženách vyvolal pocit jistoty a bezpečí a ženy tak měly důvěru ve zdravotnický personál. Hájek et al. (2014) potvrzuje názor informantek a uvádí, že nejčastější neetické chování zdravotníků se projevuje jako nevzdělanost, povrchnost, spěch, povýšenost. Jako jednu z dalších příčin nepříjemných pocitů strachu a i možného stresu při porodu informantky Ž2, Ž3, Ž5, Ž7 a Ž11 uvedly obavu, že porod budou prožívat samy, bez přítomnosti partnera. Přítomnost partnera či manžela u porodu je pro většinu žen velmi důležitá (Dušová, et al., 2019). Bašková et al. (2015) uvádí, že doprovázející osoba je u porodu ze dvou důvodů. Jako psychická opora, která ženu povzbuzuje a odstraňuje její osamělost při porodu, druhou rolí je fyzická opora, která podporuje ženu ve správném dýchání, pomáhá jí při změně polohy a doprovází ženu do sprchy. Partnerova nebo manželova přítomnost u porodu poskytuje rodící ženě

psychickou podporu, vytváří pocit jistoty a bezpečí, přispívá k zvládnutí strachu a stresových situací při porodu (Roztočil et al., 2017). Tyto názory sdílí i informantky Ž2, Ž3, Ž5, Ž6, Ž7 a Ž11, které v rozhovorech vypověděly, že přítomnost jejich partnerů či manželů na ně a jejich prožívání porodu měla pozitivní vliv. To, že partneři či manželé byli přítomni u porodu, informantkám poskytlo psychickou oporu, pocit klidu, bezpečí a jistoty, pomohlo jim to vyrovnávat se se stresem, který způsobil zdravotnický personál, a zmírňovalo jejich strach a stres během porodu. Naopak informantky Ž1, Ž4, Ž8 a Ž10 u svého porodu partnery či manžele neměly, jelikož rodily císařským řezem, ale partneři či manželé byli přítomni, aby zajistili kontakt s novorozencem. Součástí edukace žen při akutním císařském řezu je, že novorozence uvidí až na stanici šestinedělí, a proto ženě doporučíme, aby bonding proběhl s otcem, který na novorozence čeká u dětských sester (Dušová et al., 2019). U všech informantek, se kterými byl proveden rozhovor, přítomnost manžela či partnera splnila svůj účel, partneři či manželé pomáhali ženám jako psychická i fyzická opora. Všechny dotazované informantky měly stejný názor a při dalším porodu by partnera u porodu opět chtěly jako psychickou oporu, aby jim pomohl vyrovnávat se s nepříjemnými a stresujícími situacemi nebo strachem z porodu nebo bolesti. A hlavně, aby u porodu informantky nebyly samy.

Během šestinedělí žena zažívá pocity štěstí a radosti z narozeného dítěte, ale také u ní dochází k hormonálním změnám, připravuje se na novou roli matky, bývá unavená, vyčerpaná z tělesného i psychického vypětí, což může vést k negativním pocitům a rozvoji psychických komplikací (Čermáková, 2017). Negativní pocity a rozvoj psychických komplikací ve formě stresu může ještě zvýšit problém s kojením nebo nezvládnání péče o novorozence. Problémy s kojením mohou být pro ženu frustrující a stresující a rozvinutý stres může vést k nedostatečné nebo pozdější tvorbě mléka (Murray, © 2020). Na základě odpovědí informantek Ž1, Ž3, Ž4, Ž5, Ž7 a Ž8 je zřejmý shodný názor na téma kojení, a to takový, že kojení pro ně bylo velký problém a bylo pro ně velice stresující. Informantky Ž1, Ž4, Ž5, Ž7 a Ž8 popsaly, že problémy při kojení způsobila nesprávná technika přikládání novorozence k prsu a pozdější tvorba mateřského mléka. Informantky Ž4, Ž5, Ž7, Ž8 ještě doplnily, že jejich problémy s kojením a následně způsobený stres z kojení začaly již v porodnici, protože nebyly dětskými sestrami správně edukovány o správné technice kojení, o polohách při kojení a o tom, jak správně přiložit novorozence k prsu. Dušová et al., (2019) uvádí, že je

důležité ženu v šestinedělí edukovat a ukázat jí správnou techniku kojení, polohy při kojení, přirozené projevy a potřeby novorozence a jak správně přiložit novorozence. Mnoho problémů a neúspěchů spojených s kojením je způsobeno nejen špatnou informovaností a nedostatkem praktických znalostí žen, ale také zdravotnickým personálem, který nedodržel etické chování vůči ženě (Dušová et al., 2019). S pozdější tvorbou mateřského mléka také souvisí, že stres u informantek Ž4, Ž7 a Ž8 způsobovalo nejen neefektivní kojení, ale také neklidný a plačtivý novorozenec. U žen, jež mají pozdější nástup laktace, to může být až po týdnů i déle od porodu, což může být pro ženy stresující, protože mají neklidného a plačtivého novorozence (Gregora a Velemínský ml., 2017). Řešením této situace je především uklidnit ženu, zajistit novorozenci stravu dokrmem, dále často přikládat novorozence k prsu a kontrolovat, zda je technika kojení správná (Gregora a Velemínský ml., 2017). Informantky Ž1 a Ž5 ještě doplnily, že další problém při kojení u nich způsobily poraněné bradavky, s čímž souhlasí i Murray © (2020), který popsal, že problémy při kojení a následně způsobený stres z kojení může způsobit také bolest, např. bolest poraněných bradavek. Ayers et al. (2019) provedli studii, která se zaměřila na to, co ženy v poporodním období stresuje, přičemž bylo zjištěno 5 kategorií stresorů a jednou z těchto kategorií byl právě stres spojený s kojením, který pociťovalo 23,7 % žen a 49,3 % žen zažívalo stres, emoční problémy a necitlivé zacházení ze strany zdravotnického personálu, dále pak 35,8 % žen uvedlo stresory, které jsou spojené s přizpůsobením se životu s novorozencem, což zahrnuje péči o novorozence, zvládání jeho pláče, proto je důležité odhalení stresorů, edukace a zajištění psychické pohody ženy. Stresorem v šestinedělí může být i nezvládnutí péče o novorozence. Informantky Ž7 a Ž8 vypověděly, že péči o novorozence nezvládaly. Ž8 uvedla, že péči nezvládala kvůli zdravotnímu stavu, kdy měla velké bolesti po císařském řezu, s péčí jí pomáhal manžel a sestra. Císařský řez je označení pro porod plodu a placenty pomocí řezu na přední břišní stěně a děložní stěně (Procházka a Pilka, 2018). Císařský řez je velký zásah do organismu ženy a vykonávání běžných činností, je to velká břišní operace, která může ženu v šestinedělí znevýhodnit oproti ženám po vaginálním porodu. Hojení a poporodní období je po císařském řezu obtížnější a bolestivější než po vaginálním porodu (Gregora a Velemínský ml., 2017). Rekonvalescence je poměrně dlouhá a myslím si, že je důležité, aby se ženě dostalo opory a pomoci při péči o novorozence. Informantka Ž7 komentovala: „*Péči jsem nezvládala, jak jsem řekla, nebyla jsem na to připravená a mrzí mě to. Až budu znovu těhotná, zaměřím se na získání více informací z péče o novorozence.*“ Veškeré

informace o šestinedělí a péči o novorozence se ženy dozvídají na kurzu předporodní přípravy, který byl informantce Ž7 doporučen. Žena by měla být na stanici šestinedělí edukována a měla by se učit správnému a bezpečnému způsobu manipulace s novorozencem, porodní asistentka nebo dětská sestra ženě ukáže a nechá ji vyzkoušet, jak novorozence přebalovat, koupat, jak ošetřovat pupeční pahýl (Procházka a Pilka, 2018). Informantky Ž1, Ž2, Ž3, Ž6, Ž10 a Ž11 zmínily, že způsob správné péče o novorozence jim ukázaly dětské sestry v porodnici, proto péči zvládaly dobře.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jak ženy vyvolaný stres ovlivňuje. Z výpovědí informantek Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8, Ž9, Ž10 a Ž11 je patrné, že během těhotenství, při porodu i v šestinedělí prožívaly negativní pocity stresu a úzkosti, ale nenechaly se těmito pocity nijak ovlivnit. Pouze informantka Ž1 uvedla, že ji v období šestinedělí stres ovlivňoval. Uzavřela se sama do sebe a jen ve výjimečných případech vycházela do společnosti. Důležité je, aby žena měla někoho blízkého, kdo jí pomůže vyrovnávat se s náročnými životními situacemi a stresem, který v těhotenství, při porodu a v těhotenství zažívá. Podpora a prožívání těhotenství, porodu a období šestinedělí s někým blízkým je pro ženy důležité k udržení jejich psychické pohody. Informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8, Ž9, Ž10 a Ž11 zastávají stejný názor, že pomoc při vyrovnávání se se stresem nacházely u svých partnerů či manželů, ať už to byl stres v těhotenství, při porodu nebo v období šestinedělí. V těhotenství zažívají některé ženy pocity stresu a je třeba, aby blízká osoba, ve většině případů manžel nebo partner, pomohla ženě vyrovnávat se s pocity stresu (Dušová et al., 2019). Jak již bylo zmíněno, partnerova nebo manželova přítomnost u porodu poskytuje rodící ženě psychickou podporu, vytváří pocit jistoty a bezpečí, přispívá k zvládnutí strachu a stresových situací při porodu (Roztočil et al., 2017). Bašková (2015) ve své knize píše, že přítomnost partnera nebo manžela v období šestinedělí je velmi důležitá, protože zajišťuje ženě psychickou podporu. V šestinedělí jsou pak partneři či manželé ženě oporou i tím, že se zapojí do péče o novorozence, což potvrzují i informantky Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8, Ž10 a Ž11, které uvedly, že do péče o novorozence se jejich partneři či manželé zapojili, novorozence přebalovali, oblékali, vozili v kočáru a koupali, zároveň uvedly, že pomoc při péči o novorozence pro ně byla velkou podporou a pomocí. Domnívám se, že pokud žena má někoho blízkého, kdo jí pomůže postupně se vyrovnávat se způsobeným stresem, nedochází následně k tomu, že by žena byla do budoucna vyvolaným stresem ovlivněna.

## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala vlivem stresu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je nejčastější příčina stresu u žen v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že příčinu stresu v těhotenství u informantek Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž7, Ž9 a Ž11 způsobovala koronavirová pandemie. Ta stresovala informantky ze tří důvodů, informantky Ž2, Ž3, Ž4 a Ž5 uvedly, že koronavirová pandemie je stresovala z důvodu strachu z nákazy a měly obavu o zdraví plodu a bály se možného abortu (potratu). U informantek Ž7, Ž9 a Ž11 pandemie způsobovala stresové situace, jednou z nich byla karanténa. Druhou situací byla obava, zda je bude moci doprovázet partner či manžel k porodu. Další zjištěnou příčinou stresu v těhotenství, již uvedly informantky Ž3, Ž5, Ž9 a Ž11, byla obava z potratu nebo předčasného porodu. Jako jedním ze stresorů se ukázala i prenatální péče a strach z prenatálních vyšetření. Z pohledu informantek Ž1, Ž2, Ž4, Ž5, Ž7 a Ž8 za stres během jejich porodu mohl zdravotnický personál, který svým chováním a přístupem způsoboval nepříjemné pocity stresu a úzkosti. Za příčinou stresu v šestinedělí stojí jednoznačně problémy s kojením, což uvedly informantky Ž1, Ž3, Ž4, Ž5, Ž7 a Ž8, a nevládnutí péče o novorozence, kterou nezvládaly informantky Ž7 a Ž8.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jak ženy stres v těhotenství, při porodu a v šestinedělí ovlivňuje. Z výpovědí informantek Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8, Ž9, Ž10 a Ž11 je patrné, že během těhotenství, při porodu i v šestinedělí prožívaly negativní pocity stresu a úzkosti, ale nenechaly se těmito pocity nijak ovlivnit. Pouze informantka Ž1 uvedla, že v období šestinedělí ji stres ovlivňoval. Uzavřela se sama do sebe a jen ve výjimečných případech vycházela do společnosti. Informantky Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8, Ž9, Ž10 a Ž11 vyjádřily shodný názor a pomoc, jak se vyrovnávat se stresem, nacházely ve svých partnerech či manželích, kteří jim vždy během těhotenství, při porodu i v šestinedělí byli oporou, zajišťovali psychickou pohodu a poskytli jim útěchu, pocit jistoty a bezpečí. S tímto názorem se neztotožnila pouze informantka Ž1, která nenacházela v manželovi podporu ani pomoc. Se stresem jí pomáhala se vyrovnat její matka nebo si stresové situace řešila sama v sobě.

Výsledky bakalářské práce by mohly být využity na odborných seminářích, jako informační materiál pro porodní asistentky. Též by bakalářská práce mohla sloužit jako

informační materiál pro těhotné ženy, aby zjistily, jaké jsou časté stresory a mohly se na ně připravit.

## 7 Seznam použité literatury

1. AMIRI, P., MIRGHAFORVAND, M., ESMAEILPOUR, K., KAMALIFARD, M., IVANBAGHA, R., 2019. *The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial*. BMC Pregnancy and Childbirth. 19 (534), 9 s. doi: 10,1186/s12884-019-2683-y.
2. AUSTRALIEN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH, © 2018. [online]. *Clinical Practice Guidelines Care*. [cit. 2019-05-30]. Dostupné z: <https://www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines>
3. AYERS, S., CRAWLEY, R., WEBB, R., BUTTON, S., THORNTON, A., 2019. *What are women stressed about after birth?* Birth issues in perinatal care. 46 (4), s. 541-692 ISSN 0730-7659.
4. AYERS, S., DE VISSER, R., 2011. *Psychology of Medicine*. SAGE: Publications of London. 568 s. ISBN 978-1-4129-4691-9.
5. BARTUŇKOVÁ, S., 2010. *Stres a jeho mechanism*. Praha: Karolinum. 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.
6. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-9728-1.
7. BINDER, T., et al., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
8. BJELICA, A., CETKOVIC, N., TRNINIC-PJEVIC, A., MLADENOVIC-SEGEDI, L., 2018. *The phenomenon of pregnancy – a psychological view*. Ginekologia Polska. 89 (2), s. 102–106 doi: 10,5603/GP.a2018.0017.
9. BOBO, W. V., YAWN, B. P., 2014. *Concise Review for Physicians and other Clinicians: Postpartum Depression*. Mayo Clinic Proceedings. 89 (6), s. 835–844, doi: 10.1016/j.mayocp.2014.01.027.
10. BRAJENOVIĆ-MILIĆ, B., DORČIĆ, T. M., KULJANIĆ, K., PETROVIĆ, O., 2010. *Stress and Anxiety in Relation to Amniocentesis: Do Women Who Perceive Their Partners To Be More Involved in Pregnancy Feel Less Stresses and Anxious?* Croatian Medical Journal. 51 (2), s. 137–143, doi: 10.3325/cmj.2010.51.137.
11. BUCKLEY, S. J., 2016. *Jemný porod, jemné mateřství: Lékařský průvodce přirozeným porodem a rozhodováním v raném rodičovství*. Praha: Maitrea, 459 s. ISBN 978-80-7500-164-1.

12. BUIST, A., 1998. *Childhood sexual abuse, postpartum depression and parenting difficulties*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 32 (3), s. 370–378, doi: 10.3109/00048679809065529.
13. COOK, N., AYERS, S., HORSCH, A., 2017. *Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review*. J Affect Disord. 1;225 s. 18–31. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.045.
14. ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress. 144 s. ISBN 978-80-265-0579-2.
15. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ L., DOLASKÝ H., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
16. DEMŠAR, K., SVETINA, M., VERDENIK, I., TUL, N., BLICKSTEIN, I., GLOBEVNÍK VELIKONJA, V., 2018. *Tokophobia (fear od childbirth): prevalence and risk factors*. Journal of Perinatal Medicine. 46 (2), s. 151–154 doi: 10.1515/jpm-2016-0282.
17. DORT, J., DORTOVÁ, E., JEHLIČKA, P., 2014. *Neonatologie*. Praha: Karolinum. 116 s. ISBN 978-80-246-3936-9.
18. DUNKEL SCHETTER, CH., TANNER, L., 2012. *Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice*. Curr Opin Psychiatry. 25 (2), s. 141–148 doi: 10,1097/YCO.0b013e3283503680.
19. DUŠOVÁ, B., et al., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
20. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., MAJDYŠOVÁ, V., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-2788-7.
21. EVERARD, C., KHASHAN, A., MCCOWAN, L., NORTH, R., DEKKER, G., ROBERTS, C., HOWARD, L., KENNY, L., 2011. *Prospective cohort study to examine the association between perceived maternal stress and subsequent pregnancy outcomes*. Poster session iv epidemiology, global maternal-fetal public health, infectious disease intrapartum fetal assessment, operative obstetrics. 204 (1), s. 220 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.10.568>.
22. GREGORA, M., DOKOUPILOVÁ, M., 2016. *Péče o novorozence a kojence: Maminčin domácí lékař*. 4., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-5719-3.



23. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2020. *Čekáme děťátko*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
24. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
25. GRIMSTAD, H., SCHEI, B., BACKE, B., JACOBSEN, G., 1999. *Anxiety, physical abuse, and low birth weight*. Scand J Public Health. 27 (4), s. 296–300 PMID: 10724474.
26. HANÁKOVÁ, T., VESPALCOVÁ, V., CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M., VOLNÁ, P., et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Praha: Albatros. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
27. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
28. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vydání. Praha: Portál. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
29. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
30. IZÁKOVÁ, L., 2013. *Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode*. Psychiatrie pro praxi. 14 (4), s. 161–163 ISSN 1213-0508.
31. KEENAN, K. L., BASSO, D., GOLDKRAND, J., BULTER, W. J., 1991. *Low level of maternal serum alpha-fetoprotein: its associated anxiety and the effects of genetic counseling*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 164 (1), s. 54–56 PMID: 1702584.
32. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 148 s. ISBN 978-80-247-9347-4.
33. KOLIBA, P., WEISS, P., NĚMEC, M., DIBONOVÁ, M., 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-271-2039-0.
34. KYEI, K. A., BAMFO-QUAICOE, K., ANTWI, K., VANDERPUYE, V., BANSON, R., ATUWO-AMPOH, D. V., 2016. *Anxiety Levels among Pregnant Women Awaiting Ultrasound Examination in Ghana*. OMICS Journal of Radiology. 5 (6), s. 2-5. ISSN 2167-7964.

35. LIGA LIDSKÝCH PRÁV, © 2020. *Úhrada „velkého“ ultrazvuku v těhotenství* [online]. [cit. 2020-11-11] Dostupné z: <https://llp.cz/blog/category/poradna/prava-pacientu/>
36. LOOMANS, E. M., VAN DER STELT, O., VAN EIJSDEN, M., GEMKE, R. J., et al., 2011. *Antenatal maternal anxiety is associated with problém behaviour at age five*. *Early Human Development*. 87 (8), s. 565–570. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.04.014.
37. LOU, S., MIKKELSEN, L., HVIDMAN, L., PETERSEN, O. B., PALMHØJ NIELSEN, C., 2014. *Does screening for Down's syndrome cause anxiety in pregnant women? A systematic review*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 94 (1), s. 15-27. doi: 10.1111/aogs.12482.
38. MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného – Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.
39. MANUKHIN, I. B., SILAEV, K. A., 2016. *Роль психопрофилактической подготовки беременных к родам*. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 16 (6), s. 9–13 doi: 10.17116/rosakush20161669-13.
40. MARTEAU, T. M., COOK, R., KIDD, J., MICHIE, S., JOHNSTON, M., SLACK, J., SHAW, J. W., 1992. *The psychological effects of false-positive results in prenatal screening for fetal abnormality: a prospective study*. *Prenatal Diagnosis*. 12 (3), s. 205–214 PMID: 1375378.
41. MAZÚCHOVÁ, L., KELČÍKOVÁ, S., RABÁROVÁ, A., 2016. *Strach tehotných žien*. *Praktická gynekologie*. 20 (3–4), s. 147–151. ISSN 1211-6645.
42. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, © 2021. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2021-05-18] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>
43. MURRAY, D., © 2020. *Coping With the Stress of Breastfeeding* [online]. [cit. 2020-08-05] Dostupné z: <https://www.verywellfamily.com/stress-and-breastfeeding-effects-causes-and-coping-4118241>
44. NAGATA, M., NAGAI, Y., SOBAJIMA, H., ANDO, T., et al., 2000. *Maternity blues and attachment to children in mothers of fullterm normal infants*. *Acta Psychiatr Scand*. 101 (3), s. 209–217 PMID: 10721869.

45. NILSSON, C., HESSMAN, E., SJÖBLOM, H., DENCKER, A., JANGSTEN, E., MOLLBERG, M., PATEL, H., SPARUD-LUNDIN, C., WIGERT, H., BEGLEY, C., 2018. *Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review*. BMC Pregnancy and Childbirth. 18 (28), 15 s., doi: 10.1186/s12884-018-1659-7.
46. O'CONNOR, T. G., HERON, J., VIVETTE, G., 2002. *Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 41 (12), s. 1470–1477 PMID: 12447034.
47. OSBORNE, L. M., 2018. *Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 45 (3), s. 455–468, doi:10.1016/j.ogc.2018.04.005.
48. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti: Porod 2*. Praha: Galén. 397 s. ISBN 978-80-7492-215-2.
49. PERINATOLOGIE, 2019. *Zásady dispenzární péče v těhotenství*. [online]. Doporučené postupy. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2019/04/2019-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi-dp-cgps-clc-jep-revize.pdf>
50. PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres, Praktický atlas sebezvládnutí*. 3., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
51. PROCHÁZKA, M., PILKA, R., 2018. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Univerzita Palackého v Olomouci. 253 s. ISBN 978-80-244-5322-4.
52. RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
53. RAUDENSKÁ, J., SANTLEROVÁ, K., MARUSIČOVÁ, P., HANULÍKOVÁ, P., AMLEROVÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2014. *Strach související s porodní bolestí*. Bolest. 17 (3), s. 105–110. ISSN 1212-0634.
54. ROKYTA, R., et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie – pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
55. ROZTOČIL, A., et al., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
56. ROZTOČIL, A., et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 656 s. ISBN 978-80-271-9757-6.

57. SAMKOVÁ, A., 2020. *Vulvou porodní asistentky*. Albatros Media. 240 s. ISBN 978-80-264-3017-9.
58. SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-271-0986-9.
59. SKUTILOVÁ, V., 2012. *Psychosociální aspekty prenatalních vyšetření – přehledový článek*. *Gynekolog*. 21(4), s. 169–173. ISSN 1210-1133.
60. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
61. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
62. STACKEOVÁ, D., 2011. *Relaxační techniky ve sportu*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3646-4.
63. STEWART, D. E., VIGOD, S., 2016. *Postpartum depression*. *The New England Journal of Medicine*. 375 (22), s. 2177–2186, doi: 10.1056/NEJMcp1607649.
64. ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P., 2018. *Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese*. *Česká gynekologie*. 83 (6), s. 468–473. ISSN 1210-7832.
65. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., et al., 2015. *Psychologie v prenatalní péči, Praktické otázky a náročné životní situace*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 987-80-274-9751-1.
66. TALOVÁ, B., LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J., MAINEROVÁ, B., 2014. *Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu*. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 110 (1), s. 29–37. ISSN 1212-0338.
67. TANDU-UMBA, B., DEDETEMU, D. K., MANANGA, G. L., 2014. *Maternal Stress and Pregnancy Outcomes*. *Open Journals of Obstetrics and Gynecology*. 4 (7), s. 362–370 doi: 10.4236/ojog.2014.47054.
68. THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie – proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
69. TÓTHOVÁ, V., CHLOUBOVÁ, I., PROKEŠOVÁ, R., et al., 2019. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-271-2197-7.
70. UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK, © 2021. *Kdo je porodní asistentka* [online]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/porodni-asistentka/>

71. WILKINSON, A., ANDERSON, S., WHEELER, S. B., 2017. *Screening for and treating postpartum depression and psychosis: A costeffectiveness analysis*. Maternal and Child Health Journal. 21 (4), s. 903–914, doi: 10.1007/s10995-016-2192-9.

## **8 Přílohy**

### **Přehled příloh:**

Příloha 1 – Tabulka nepravidelných vyšetření v prenatální péči

Příloha 2 – Přehled rizikových faktorů strachu z porodu

Příloha 3 – Škála vnímání stresu a Bradfordova stupnice

Příloha 1: Tabulka nepravidelných vyšetření v prenatalní péči (zdroj: Perinatologie, © 2019).

Komplexní prenatalní vyšetření do 14. týdne	Konají se pravidelná vyšetření, dále je součástí vystavení těhotenské průkazky a poskytnutí informací o dalším průběhu prenatalní péče
Laboratorní vyšetření do 14. týdne	Stanovení krevní skupiny RhD, screening antierytrocytárních protilátek, stanovení hematokritu, erytrocytů, leukocytů, trombocytů a hladiny hemoglobinu, sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis, glykémie na lačno
Ultrazvukové vyšetření do 14. týdne	Zjišťuje se: počet plodů u vícečetného těhotenství, chorionicita a amnionicita, vitalita a biometrie, kdy je měřen parametr CRL (temenokostrční vzdálenost)
Ultrazvukové vyšetření ve 20.–22. týdnu	Zjišťuje se: počet plodů, vitalita, biometrie a jsou měřeny parametry BPD, HC, AC a FL
Orálně glukózový toleranční test (oGTT) ve 24.–28. týdnu	Screening gestačního diabetu mellitu
Od 28. týdne	Antepartální profylaxe RhD aloimunizace RhD negativních žen
Laboratorní vyšetření ve 28.–34. týdnu	Stanovení hematokritu, erytrocytů, leukocytů, trombocytů a hladiny hemoglobinu
Ultrazvukové vyšetření ve 30.–32. týdnu	Zjišťuje se: počet plodů, vitalita plodu, poloha plodu, biometrie, kdy jsou měřeny parametry BPD, HC, AC a FL, lokalizace placenty a množství plodové vody
Ve 35.–37. týdnu detekce streptokoku skupiny B	Je proveden vaginorektální stěr (GBS)
Nejpozději od 40. týdne	Kardiotokografický non-stress test

Příloha 2: Přehled rizikových faktorů strachu z porodu (zdroj: Demšar et al., 2018)

<b>Rizikové faktory</b>	
1.	Strach z epiziotomie
2.	Strach z toho, že žena nebude mít nad situací kontrolu
3.	Strach z bolesti
4.	Následný sexuální život
5.	Strach z neprofesionality zdravotnického personálu
6.	Strach z císařského řezu
7.	Strach z nepříjemného a neempatického personálu
8.	Strach ze ztráty kontroly během porodu
9.	Strach ze zranění
10.	Strach z nemocnice
11.	Strach z jehel
12.	Strach z vakuum extrakce
13.	Strach z krve
14.	Strach ze smrti při porodu



Příloha 3: Škála vnímaného stresu a Bradfordova stupnice (zdroj: Tandu-Umba a Dedetemo et al., 2014)

Proměnné	Stresované ženy			Nestresované ženy		
	Celkem	n	%	N	%	P
<b>Stresové faktory</b>						
Neplánované těhotenství	380	221	58,15	159	41,9	0,33
Velmi žádoucí těhotenství	119	76	63,9	43	36,1	0,07
Drahocennost	49	38	77,6	11	22,4	0,02
Předchozí prematurity	9	5	55,5	4	44,5	0,6
Relativní nemoc	102	68	66,7	34	33,3	0,006
Smrt partnera	10	9	90	1	10	0,02
Smrt rodičů	156	108	69,2	48	30,8	0,000
Napětí v páru	157	102	65	55	35	0,003
Napětí v rodině	13	13	100	0	0	0,000
<b>Porodnické rizikové faktory</b>						
Věk matky < 18 let	39	21	53,8	18	46,2	0,4
Věk matky ≥ 35 let	190	110	57,9	80	42,1	0,2
Primiparita	398	225	65,5	173	34,5	0,4
Parita ≥ 6	73	39	53,4	34	46,6	0,5
Spontánní potrat ≥ 3	196	108	55,2	88	44,8	0,5
Předchozí mrtvě narozené dítě	49	38	77,6	11	22,4	0,02
Předchozí	9	5	55,5	4	45,5	0,6

nedonošenost dítěte						
Nízký socioekonomický status	665	386	58	279	42	0,2
Negramotní a vystudovaná základní škola	204	139	68,1	65	319	0,000
Očekávané kompenzační faktory						
Manželství	664	408	61,4	256	38,6	0,000
Vysoká socioekonomická úroveň	134	84	63,6	48	36,8	0,02
Nová charismatická náboženství	429	429	59,3	294	36,1	0,02

## **9 Seznam použitých zkratk**

BPD – biparietální průměr

HC – obvod hlavy

AC – obvod břicha

FL – délka stehenní kosti

HBsAg – australský antigen

W-DEQ – dotazník pro měření tokofobie

PSS – škála vnímaného stresu

BSI – Bradfordův somatický inventář

UZ – ultrazvukové vyšetření

CTG – kardiokografický záznam

PA – porodní asistentka