

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie



Bakalářská práce

Psychický stav matky před porodem a po porodu

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie



Bakalářská práce

Andrea Bulvasová

Psychický stav matky před porodem a po porodu

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Psychický stav matky před porodem a po porodu vypracovala sama, pod vedením PhDr. Kamily Holáskové PhD a využila pouze zdroje uvedené v seznamu literatury.

podpis autorky v. r.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce PhDr. Kamile Holáskové Ph.D., za odborné vedení a cenné rady. Ženám, které věnovaly svůj čas a ochotně odpovídaly na otázky dotazníku, jež je předmětem praktické části práce a v neposlední řadě i mému partnerovi, který mi byl oporou.

Obsah

Úvod.....	- 10 -
1. Gravidita.....	- 13 -
1.1 Příprava na těhotenství	- 13 -
1.2 Početí	- 14 -
1.3 Psychické změny v těhotenství.....	- 14 -
1.4 Partnerský vztah	- 16 -
1.5 Těhotenství a sexuální aktivita partnerů.....	- 17 -
1.6 Viditelné fyzické změny.....	- 19 -
2. Emoce.....	- 20 -
2.1 Složky emocí	- 21 -
2.2 Aktivace emocí.....	- 22 -
2.3 Klasifikace emocí	- 23 -
2.4 Funkce emocí	- 24 -
2.5 Poruchy emocí.....	- 24 -
2.6 Emoce v těhotenství	- 25 -
3. Prenatální vývoj	- 27 -
3.1 První trimestr	- 28 -
3.2 Druhý trimestr	- 29 -
3.3 Třetí trimestr.....	- 30 -
4. Období šestinedělí.....	- 32 -
4.1 Anatomické změny	- 32 -
4.2 Kojení	- 33 -
4.3 Duševní změny	- 34 -
5. Poporodní deprese.....	- 35 -
5.1 Deprese	- 35 -

5.2	Poporodní smutek.....	- 36 -
5.3	Poporodní deprese	- 38 -
5.4	Poporodní psychóza	- 40 -
6.	Novorozenecké období.....	- 42 -
6.1	Základní reflexy	- 43 -
6.2	Novorozenecká žloutenka	- 43 -
6.3	Syndrom náhlého úmrtí	- 44 -
7.	Porodní asistentky	- 46 -
7.1	Definice porodní asistentky	- 46 -
7.2	Kompetence porodní asistentky	- 47 -
	Praktická část	- 49 -
	Diskuze.....	- 65 -
	Závěr	- 71 -
	Přílohy	- 73 -
	Příloha číslo 1	- 73 -
	Příloha číslo 2.....	- 75 -
	Seznam literatury	- 78 -
	Seznam příloh.....	- 82 -

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Andrea Bulvasová
Katedra:	Psychologie a Patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Psychický stav matky před porodem a po porodu
Název v angličtině:	Mental state of mother during pregnancy and delivery
Anotace práce:	Bakalářská práce pojednává o emocionálních stavech ženy před porodem a po porodu. V textu jsou kapitoly popisující graviditu ženy a nejdůležitější okamžiky tohoto období. Práce je členěna do kapitol, následně strukturovaných do podkapitol. Rozvedena v širších souvislostech je zde kapitola o emocích. V další rozsáhlé části textu jsou popsány poporodní deprese. Jako rozšiřující jsou zde kapitoly rozebírající problematiku nitroděložního vývoje dítěte, období šestinedělí, novorozenecké období a problematika porodních asistentek. Praktická část bakalářské práce se zabývá výzkumem tematicky shodným s teoretickou částí a monitoruje reálné zkušenosti žen s danou problematikou práce.
Klíčová slova:	Gravidita, emoce, poporodní deprese, novorozenec, prenatální období, šestinedělí, porodní asistentka
Anotace v angličtině:	The Bachelor thesis deals with the emotional states of woman before and after childbirth. In the text there are chapters describing gravidity of woman and the most important moments of this period. Thesis is divided into chapters, and then structured into sections. Chapter about emotions is written there in the broader context. In another

	<p>extend part of text there are described postpartum depressions. Additional parts are focused on intrauterine development of child, period of childbed, infantile period and issues of midwives. Practical part of thesis deals with the research, topic of research thematically responds with theoretical part, and monitors real experiences of women in the field of issues of this thesis.</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>Pregnancy, emotion, depression of postpartum, newborn, prenatal period, puerperium, birth assistant</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Novinový článek „<i>O těhotné se místo lékařů postarají porodní asistentky, navrhuje Heger</i>“ Výzkumný dotazník</p>
Rozsah práce:	<p>81 stran</p>
Jazyk práce:	<p>čeština</p>

ÚVOD

Těhotenství, je doba, kdy se v lůně ženy utváří nový život, a mělo by být nejkrásnějším obdobím v životě ženy. Společně s šestinedělím, je to však období plné změn a emocí, jež žena prožívá. Bakalářská práce pojednává o těchto psychických změnách gravidních žen a následně jejich psychickém stavu v období šestinedělí. Cílem této práce je právě objasnění emočních stavů ženy během gravidity a po narození dítěte, tedy v období šestinedělí. Vzhledem k omezenému rozsahu daného typu práce je problematika zpracována v základních rysech, tak aby byla srozumitelná širší, zejména laické veřejnosti.

Toto téma práce jsem zvolila, protože obor Speciální pedagogika raného věku úzce souvisí nejen s dítětem samotným, ale i jeho rodiči. Za velmi důležitý považuji prenatalní vývoj dítěte a emoční stav ženy během těhotenství a šestinedělí, který zásadně ovlivňuje další rozvoj, ale i vztah mezi matkou a dítětem, jež je podstatný pro další psychický život.

Text teoretické části se skládá ze sedmi kapitol, přičemž za stěžejní pro tuto práci považuji kapitolu „*Gravidita*“, „*Emoce*“ a „*Poporodní deprese*“, ostatní kapitoly jsou rozšiřující, ale dle mého názoru bakalářskou práci dotváří. Navazující praktická část obsahuje metodologickou základnu pro zpracovaný výzkum, tematicky odpovídající bakalářské práci. Výsledky provedeného výzkumu jsou zpracovány do přehledných grafů, jež odpovídají reálným zkušenostem a prožitkům dnešních matek.

První kapitola obsahuje stručné, avšak přehledné informace o graviditě a běžných obtížích s ní spojených. Kapitola čtenáři přiblíží nejen danou problematiku, tedy těhotenství, ale i početí a partnerské vztahy, jež považuji za klíčové v tomto, pro ženu citlivém období.

Kapitola druhá pojednává o emocích. Vzhledem k zaměření práce, jsou emoce rozpracovány co nejdetailněji, samozřejmě s ohledem na možný rozsah. Emoce jsou nedílnou součástí života každého člověka, avšak právě v období gravidity, jsou právě pocity silnější a proměnlivější než v jiných obdobích lidského života. Jako hlavní pramen této části textu, jsem zvolila publikaci Milana Nakonečného z roku 1973,

nazvanou *Emoce a motivace*, ze které jsem čerpala několik pro mne zajímavých a přínosných definic i informací.

Třetí oddíl se stručně věnuje vývoji dítěte před narozením. Deskripce této etapy je rozdělena podle jednotlivých trimestrů. Kapitola je svým charakterem doplňující a spoluvytváří komplexní teoretický rámec práce.

Následující, tedy čtvrtá kapitola je zaměřena na období šestinedělí. Oddíl shrnuje nejen nejdůležitější změny v ženině životě, zahrnující anatomické a fyzické změny, ale i podkapitulu o kojení, které považuji za nesmírně důležité pro zdravý vývoj dítěte, ovšem také pro navázání vztahu mezi matkou a dítětem, jež může zásadně ovlivnit jejich další život.

Poporodní deprese, jež se v některé formě vyskytují u většiny rodiček, jsou popsány v kapitole páté. Oddíl seznamuje s problematikou poporodního smutku, poporodních depresí i nezávažnějším typem poporodních depresí, tedy poporodní psychózou. Kapitola je považována, za jednu z nosných pro tuto práci, je tedy obsáhlejší a propracovanější než kapitoly doplňující.

Šestá kapitola, je taktéž kapitolou rozšiřující a zabývá se novorozeneckým obdobím. Novorozenecké období je velmi úzce spjata s obdobím šestinedělí u ženy, to je hlavní důvod, proč je zde tato kapitola zařazena. Veškeré úspěchy, radosti či nesrovnalosti a obtíže ve vývoji dítěte přímo souvisí s emocionálním životem ženy, což je ve své podstatě předmětem práce.

Závěrečný oddíl teoretické části bakalářské práce se zabývá dnes velmi diskutovanou problematikou porodních asistentek, právě vzhledem k aktuálnosti tématu byla kapitola do textu zařazena. Oddíl přináší objasnění kompetencí porodní asistentky a jejího přínosu pro ženu i dítě.

Praktická část bakalářské práce se zabývá výzkumem, zaměřeným na téma bakalářské práce, tedy na citové prožívání žen před porodem a po porodu. Za nejdůležitější ve výzkumu považuji dotazníkovou otázku číslo třináct, která by měla ve zkoumaném vzorku žen objevit ženy, u nichž se mohla vyskytnout poporodní deprese. Další významnou pasáží dotazníku je zjištění, zda ženy využívají služeb bezplatné porodní asistentky, což je v dnešní době velmi aktuální téma, ale dle mého názoru není veřejnost

s touto službou dostatečně obeznámena. Zajímavá se jeví i otázka číslo čtyři, jež zjišťuje, zdali ženy navštěvují lékaři tolik propagovanou psychoprofylaktickou poradnu.

1. GRAVIDITA

Z pohledu odborníků, což jsou lékaři a psychologové, je gravidita nejdůležitější částí života ženy. (Trča, 2009) Graviditu bychom také mohli považovat za životní etapu, jež naplňuje smysl biologické podstaty ženy. (Gregora, 2007) Těhotenství, jinak řečeno gravidita je období vzniku nového života. Je to také období, ve kterém matka, ale i její blízké okolí prožívá nespočet nejen emocionálních změn. Na ženě spočívá úkol, nového jedince donosit a porodit, muž by pak měl ženu a rodinu zabezpečit, nejen materiálně. (Gregora, 2007)

Gravidita a následný nitroděložní vývoj zárodku začíná splynutím ženské pohlavní buňky a mužské pohlavní buňky. Od tohoto okamžiku dochází v těle ženy k mnoha změnám, které mají jediný cíl, a to zajistit vývoj a příchod nového jedince na svět. (Gregora, 2007)

Má-li žena dostatek informací o tom, co se s ní v těhotenství děje a o tom, jak se vyvíjí její dítě, může značně pozitivně ovlivnit to, jak se vyrovná s emocionální i fyzickými změnami, které ji v průběhu těhotenství čekají. Je však důležité mít na paměti, že každé těhotenství je individuální, a proto se nelze přesně řídit informacemi, jež jsou psány v publikacích pro gravidní ženy. (Mackonochie, 2009) Důležitým by se v těhotenství měl stát i aktivní pohyb, ovšem vždy s mírou a přizpůsobením stavu ženy.

Celé těhotenství, od splynutí spermie s vajíčkem, trvá 280dní, což je deset lunárních měsíců. Jeden takový lunární měsíc trvá dvacet osm dní, to je také doba, za kterou měsíc jinak zvaný jako luna, jedenkrát oběhne zeměkouli. (Trča, 2009)

1.1 PŘÍPRAVA NA TĚHOTENSTVÍ

Příprava na těhotenství by se dala shrnout do několika důležitých bodů. Ne vždy je těhotenství plánované, což názorně ukazují i dotazníky v praktické části této práce. Přesto je důležité mít na paměti několik důležitých informací, má-li žena v plánu otěhotnět případně pokud si myslí, že by již těhotná být mohla. (Höfer, 2006)

Plánuje-li žena těhotenství, měla by se řídit těmito zásadami, jejichž plnění může pomoci k vytvoření optimálních podmínek k početí dítěte. Samozřejmě by se v průběhu těhotenství mělo stát dodržování následujících zásad:

- ☞ Dodržování zásad správné výživy
 - ☞ Dostatečný přísun kyseliny listové
 - ☞ Kontrola očkování proti zarděnkám
 - ☞ Konzultace s praktickým lékařem o případných chronických onemocněních
 - ☞ Plánování a organizace života s dítětem
 - ☞ Skoncování s kouřením, drogami a jinými návykovými látkami
 - ☞ Odepření si alkoholu
- (Höfer, 2006)

1.2 POČETÍ

V dnešní době není početí dítěte pouze záležitostí přírody, ale i moderní vědy. Stále častěji mají páry problém s početím, a proto jsou nuceni vyhledat pomoc zastoupenou reprodukční medicínou.

Princip početí je vždy stejný. Mužská pohlavní buňka, v období ovulace, proniká k ženské pohlavní buňce, jejich spojením dochází k oplodnění vajíčka. Tento proces se nejčastěji odehrává ve vejcovodu ženy, případně pokud se jedná o umělé oplodnění, ve zkumavce v laboratoři. Každá lidská buňka obsahuje čtyřicet šest chromozomů, výjimkou jsou jen zárodečné buňky, jejichž genetická výbava je jen poloviční. Splynutím spermie a vajíčka opět vznikají buňky s plným chromozomálním počtem. (Čekal, 2010)

Pohlaví dítěte je určeno již během oplodnění. Ženská vajíčka mají vždy chromozom X, kdežto mužovy spermie mohou být nositeli chromozomu X i Y. Z následné kombinace chromozomů XX vzniká děvče a XY vzniká chlapec. (Höfer, 2006)

1.3 PSYCHICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Od samého počátku těhotenství probíhají psychické změny ruku v ruce se změnami fyzickými. Smyslem těchto psychických změn, jež probíhají v období gravidity i po porodu je příprava těhotné ženy na roli matky, aby byla tuto roli schopna zvládnout. Psychické změny úzce souvisejí s hormonálními změnami, ale také s typem ženiny osobnosti, s prostředím, ve kterém žije, s kvalitou partnerského vztahu, s materiálním i sociálním zajištěním, se zdravotním stavem a různými dalšími faktory. Není příliš důležité, je-li těhotenství chtěné či nikoli, ovšem v tom druhém případě chybí pozitivní

radostné očekávání. Gravidita je jednou ze zásadních etap v životě ženy, ve které dochází k typickým změnám v jejích emocích.

Budoucí matka se musí naučit novou životní roli, je nutné, aby se přizpůsobila novému životu a často je nucena zcela opustit některé prvky svého chování. Je proto pochopitelné, že je to období doprovázené pocity ztracenosti, úzkosti, nemocnosti a někdy i stesku po tom co se již nevrátí. Rozhodně neplatí, že je většina psychických změn pouze negativních. Některé gravidní ženy jsou veselé, vyrovnané, optimistické, energické ba přímo září radostným očekáváním. (Gregora, 2007)

Obecně graviditu členíme na trimestry a citové stavy ženy se v každém z nich liší. Pro zvládnání psychických změn objevujících se v těhotenství existuje několik jednoduchých pravidel:

- ☞ Má-li žena obavy, měla by se s nimi svěřit blízkému člověku, který jí dokáže pomoci
- ☞ Žena by se v těhotenství neměla izolovat od okolí
- ☞ Snažit se pochopit realitu

(Čermáková, 2008)

1.3.1 PRVNÍ TRIMESTR

Žena se v prvním trimestru zaměřuje převážně na sebe, bývá introvertní, sleduje své tělo a zjišťuje, zdali je skutečně těhotná. Příznačná je v emoční oblasti nejistota, rozladěnost a náládovost. (Gregora, 2007) Tyto pocity pramení z určité nejistoty z budoucnosti. Ženy, jež podstoupily IVF neboli umělé oplodnění nebo ženy, které již potratily, jsou vystaveny mnohem větší psychické zátěži, která pramení ze strachu z případného potratu. (Čermáková, 2008)

1.3.2 DRUHÝ TRIMESTR

Druhý trimestr je období nazývané *přijetí plodu*. Žena začíná vnímat pocity dítěte, uvědomuje si, že v ní dítě skutečně je. Mohli bychom říci, že se jedná o období vyladěnosti a vnitřního klidu. Nastávající matka se učí vnímat dítě, povídá si s ním, zpívá mu a hladí jej přes břicho. (Čermáková, 2008) Žena se cítí dobře, snaží se všemožně podporovat zdárný vývoj gravidity. Hlavním úkolem tohoto stadia

psychických změn je přijetí plodu jako nezávislého a samostatného jedince. (Gregora, 2007)

1.3.3 TŘETÍ TRIMESTR

Tento trimestr nazýváme obdobím přípravy na porod a mateřství. Žena si uvědomuje, že se blíží porod, mohou se u ní objevit obavy, zda porod zvládne, zda nenastanou komplikace a jak se vyrovná s porodními bolestmi. To vše ovlivňuje psychickou pohodu budoucí matky. (Čermáková, 2008) Třetí trimestr bychom mohli charakterizovat jako období „stavění hnízda“. Žena prožívá protichůdné city a pocity. Smyslem této fáze je příprava ženy na porod a na existenci nového jedince mimo matčino tělo. (Gregora, 2007)

Matka může mít strach, jestli je dítě skutečně zdravé, začíná pochybovat o tom, že zvládne péči o novorozence, má obavy ze selhání, dokonce v některých případech může žena svou nejistotu a úzkost projektovat do snů. (Čermáková, 2008)

1.3.4 DALŠÍ PSYCHOFYZICKÉ ZMĚNY

Důležitý faktor, který výrazně ovlivňuje psychický stav ženy, je dostatek odpočinku a spánku. (Gregora, 2007) Velký počet žen si hlavně v posledním trimestru stěžuje na nedostatek spánku. Důvodem většinou bývá objemné břicho, které nastávající matce vadí při změně polohy, ale také bolestivě vnímané pohyby dítěte či dechové potíže.

Nemalé procento žen pociťuje zvýšenou únavu. Je to způsobeno nejen rostoucí tělesnou hmotností a s tím souvisejícími metabolickými změnami, ale i dechovými obtížemi. Jistou roli zde hraje i hormon zvaný progesteron. Tento hormon má sedativní tedy zklidňující účinek a během gravidity stoupá jeho hladina v těle ženy.

Ocitne-li se gravidní žena v nevětrané místnosti, rychle vstane, poklesne jí tlak či déle hladově, dochází u ní k závratím až k mdlobám. (Čermáková, 2008)

Je vhodné zmínit, že psychické změny, které žena v těhotenství prožívá, ovlivňují i jejího partnera, budoucího otce dítěte.

1.4 PARTNERSKÝ VZTAH

V době, kdy je žena gravidní, dochází nejen u ní, ale i u jejího partnera a budoucího otce ke změnám vnímání, chování a názorů. Zejména první měsíce těhotenství mohou

přinést sblížení nebo naopak odcizení partnerů. Vzhledem k tomu, by se partneři měli před založením rodiny důkladně poznat a pochopit reakce toho druhého. Předpokladem správně fungujícího vztahu je zejména tolerantní postoj k těhotné partnerce, ale mělo by to fungovat i opačně.

Partner by měl starostlivě pečovat o ženino zdraví, pohodlí i psychickou pohodu a hlavně by to měl brát jako radost a poctu, nikoliv jako povinnost a nutnost. Úloha partnera by měla započít již ve chvíli oznámení těhotenství a jeho zájem, či případný nezájem, mohou do budoucna výrazně ovlivnit vztah těhotné ženy k němu, a to vzhledem k tomu, že gravidní ženy vnímají mnohem intenzivněji partnerovo chování a postoj k těhotenství.

Muž si na roli otce zvyká mnohem pomaleji. Otcovství u mužů bývá v období gravidity pouze na teoretické úrovni na rozdíl od ženy, která graviditu intenzivně prožívá. V této chvíli má muž rád své dítě spíše skrze svou partnerku a hlavně pro ni. Také platí, že vztah partnera ke gravidní ženě, je jakýmsi předobrazem toho, jaký bude jeho vztah jako otce dítěte, což v konečném důsledku znamená, že pokud bude mít muž dostatek porozumění pro potřeby své těhotné ženy, bude mít později i dostatek porozumění pro potřeby dítěte. Muž se totiž ve vztahu k budoucí matce učí jak projevovat uznání, pochválit, také se učí otcovské toleranci a trpělivosti. (Gregora, 2007)

Nesporně velmi důležitou součástí partnerského soužití je sexuální život partnerů. Je to téma, o kterém se v souvislosti s těhotenstvím velmi často diskutuje, a které s sebou přináší nejen obavy a strach ze strany obou partnerů, ale také radost a potěšení.

1.5 TĚHOTENSTVÍ A SEXUÁLNÍ AKTIVITA PARTNERŮ

Pohlavní styk v těhotenství je často zmiňované téma, o němž koluje mnoho dohadů. Jedním z nejčastějších výroků na toto téma je, že jakmile žena otěhotní, znamená to absolutní konec s milostným životem partnerů. Skutečnost je však jiná. (Woods, 2012)

Oba partneři by měli vědět, že pohlavní styk nemůže vyvíjející plod nijak ohrozit, ten je totiž v děloze chráněn plodovou vodou a vakem, přičemž vlastní děloha je utěsněna hlenovou zátkou, která mizí krátce před porodem. I hluboký průnik není nebezpečný, každopádně by měl být jemný, aby nezpůsobil nepříjemné pocity. (Mackonochie, 2009)

V případě, že těhotenství probíhá zcela normálně, je sexuální aktivita partnerů naprosto bezpečná. V tomto případě hraje velkou roli psychika, kde se oba partneři, převážně muž domnívá, že by dítěti mohl ublížit. Taktéž neexistuje žádná spojitost mezi sexuální aktivitou partnerů v těhotenství a raným potratem či předčasným porodem. (Woods, 2012)

Existují okolnosti, za kterých by milování v těhotenství mohlo být nebezpečné. Jsou to případy, kdy žena trpí některými zdravotními komplikacemi, proto je důležitá konzultace stavu s lékařem.

- ☞ Žena již prodělala předčasný porod
- ☞ Dochází k prosakování plodové vody
- ☞ Žena již prodělala, případně jí akutně hrozí potrat
- ☞ Objevuje se vaginální krvácení, výtok či křeče
- ☞ Objevil se problém v podobě vcestného lůžka
- ☞ Objevila se cervikální inkompetence

Mimo uvedené případy, i když je žena naprosto v pořádku by se partneři měli vyhnout některým sexuálním praktikám, jež mohou ohrozit dítě i matku. Nežádoucí se stává také stimulace bradavek. Při stimulaci je vylučován hormon oxytocin, který může způsobit kontrakce. (Woods, 2012)

Řada žen uvádí, že prožívala prostřední měsíce těhotenství jako velmi citové, dokonce i erotické období. Lze to přičíst fyzikálním změnám, především potom zvětšením prsou, což může způsobit zvýšení zájmu o pohlavní styk. Také se může stát, že žena během těhotenství ztratí o sexuální aktivity zájem. Takovéto pocity nejsou neobvyklé, avšak mohou způsobit napětí mezi partnery. Muž se může cítit odmítán a je tedy potřeba nalézt jiné způsoby vyjádření lásky a ujištění o vzájemné náklonnosti. (Mackonochie, 2009)

1.5.1 PRVNÍ TRIMESTR

Je to období, kdy žena trpí tzv. *těhotenskými obtížemi* v podobě nevolností, pálení žáhy apod. V této době je sexuální činnost partnerů ve většině případů velmi omezena. (Woods, 2012)

1.5.2 DRUHÝ TRIMESTR

Po odeznění těhotenských symptomů může nastat období, kdy se žena cítí svůdná, krásná a díky bohatě prokrvenému pánevnímu dnu, může snadněji dosahovat orgasmu. Druhý trimestr tedy může přát milostné aktivitě páru. (Woods, 2012)

1.5.3 TŘETÍ TRIMESTR

S rostoucím bříškem přichází i psychická překážka v oblasti intimního styku, převážně u mužů. (Woods, 2012)

Celé období gravidity je období velkých změn, které jsou patrné nejen ve výše zmíněném milostném životě partnerů a psychických změnách, ale i s tím souvisejícími fyzickými změnami.

1.6 VIDITELNÉ FYZICKÉ ZMĚNY

K nejnápadnějším změnám na těle ženy patří bezpochyby zvětšující se prsy. Vše je uzpůsobeno tak, že se v prsech ukládá tuková tkáň a rozmnožuje se i tkáň mléčných žláz. Zvětšují se i prsní bradavky, které získávají tmavší barvu. Již v počátcích těhotenství lze vytlačit čirou tekutinu neboli mlezivo. (Trča, 2009)

Na kůži, zvláště pak ve střední části břicha a v krajině pupku, můžeme zaznamenat zvýšené ukládání kožního barviva, a proto se tato místa zbarvují dohněda. Přibližně v druhé polovině gravidity, se ženě na kůži objevují drobné perleťově zbarvené proužky, jež se objevují převážně na kůži břicha, stehů a prsů, které nazýváme *pajizévky*. Po porodu se pajizévky zmenší, zružoví a nebudou již tolik nápadné. Také pihy, které se mohou u těhotných žen objevit, po porodu zmizí, jak ve své knize uvádí Trča (2009).

Rozšířené žilky na lýtkách případně i u konečníku (zde je nazýváme hemoroidy), vznikají v pokročilém stádiu těhotenství. Tyto obtíže jsou vyvolány jednak zvýšeným množstvím krve a jednak sníženou pružností žilních stěn.

Považuji za důležité podotknout, že značné množství žen během těhotenství rozkvete a zkrásní, rozhodně to není jen období nepříjemných změn. Jsou ženy, u kterých gravidita vyléčila bolestivou menstruaci, jiné ztratí bolesti po předchozích zánětech vejcovodů. (Trča, 2009)

2. EMOCE

Emoční prožívání provází lidské chování, avšak ne vždy je vědomé. Je to jakási zvláštní třída duševních jevů, jež v podstatě nelze přesně definovat, přesto emoce zná každý z vlastních zkušeností. (Nakonečný, 1973) Emoce mají podobu subjektivních reakcí na podněty, jež mohou být příjemného či nepříjemného charakteru.

Juříčková mimo jiné uvádí, že emoce jsou obvykle aktivovány vnějšími událostmi, které přímo působí na jedince. Jinak řečeno, emoce mají vždy svůj objekt, na který jsou přímo zaměřeny, tím pádem vyjadřují vztah k lidem, věcem či nejrůznějším událostem, ale i jedinci samému. Emoce jsou ovlivněny mnoha faktory, jedná se o genetickou podmíněnost, ta přesně znamená intenzitu, délku trvání a stabilitu či labilitu prožívání emocí u jedince. Dalším aspektem, je temperament, který je velmi úzce propojen s genetickou výbavou jedince. Významným determinantem je také kultura a sociální prostředí, kde se jedinec učí, jaké projevy emocí je možno tolerovat. (Juříčková, 2009)

Emoce mohou být velmi proměnlivé, často se setkáváme s tzv. *ambivalentními emocemi*, což jsou emoce, kdy na jedince působí podnět příjemnými i nepříjemnými pocity najednou. To jakou emoci situace vyvolá, záleží na subjektivních zkušenostech jedince. (Juříčková, 2009)

Jak uvádí Nakonečný v knize *Emoce a Motivace* z roku 1973, existuje mnoho popisů, které se snaží emoce definovat, ačkoli jak uvádí, cit, nemůže být kvůli své jednoduchosti definován, nýbrž jen popisován.

Pro příklad bych uvedla definice, jež mne zaujaly:

- ☞ S. L. Rubenštejn popisuje emoce takto: „*Cit člověka to je jeho vztah ke světu, k tomu co prožívá a co dělá, ve formě bezprostředního prožitku.*“ (in Nakonečný, 1973)
- ☞ M. B. Arnoldová definuje emoci jako: „*pocitovanou tendenci vůči něčemu intuitivně očekávanému jako dobrému (prospěšnému) nebo od něčeho dál, co je oceňováno jako špatné (škodlivé). Tato atrakce nebo averse je doprovázena*

vzorem fyziologických změn organizovaných vůči přiblížení nebo úniku. Vzorce jsou odlišné pro různé emoce.“ (in Nakonečný, 1973)

- ☞ H. Rohracher se pokusil o přesnější definici pojmu cit. „*City jsou duševní stavy, které vystupují bez spolupůsobení vědomí jako bezprostřední reakce organismu, pudového života nebo osobnosti na vnější nebo vnitřní události a jsou ponejvíce, v řečové ne přesně pojatelné formě, prožívány jako příjemné nebo nepříjemné.*“ (in Nakonečný, 1973)

Při pokusech o vymezení pojmu emoce se diferencovaly dva proudy, jež se snažily uchopit podstatu pojmu:

- ☞ *Mentalisté* tvrdí, že cit je nejen určitým stavem mysli, ale také strukturovaným prožitkem.
- ☞ *Behavioristé* naproti tomu tvrdí, že je emoce komplexním chováním organismu, čili, jsou to viscerální a žlázoové změny spolu s motorickými reakcemi

Jak je také vidět, mentalisté upřednostňovali užívání termínu cit, kdežto behavioristé využívají především termín emoce. (Nakonečný, 1973)

2.1 SLOŽKY EMOCÍ

Mluvíme-li o intenzivních emocích, zjišťujeme, že mají šest složek:

- ☞ Nejčastěji vnímanou složkou jsou subjektivní emoce neboli afektivní stavy
- ☞ Další složkou emocí jsou reakce těla
- ☞ Jako třetí složku emocí si uveďme soubor myšlenek a přesvědčení, jež doprovází emoce
- ☞ Čtvrtou složkou je pak výraz v obličeji
- ☞ Pátá složka emocí obsahuje globální reakce na prožitek
- ☞ Poslední, čili šestá složka emocí se označuje jako vzorce chování, které lidé využívají, když prožívají konkrétní emoční situace

Žádná z uvedených složek emocí nepůsobí sama o sobě, emoce vznikají vždy spolupůsobením veškerých složek emocí a jedna složka dokáže ovlivnit druhou. (Atkinson, 2003)

2.2 AKTIVACE EMOCÍ

Emoce jsou řízeny autonomním nervovým systémem, jenž dle situace reaguje. V případě, že vzniká intenzivní emoce, jako je například strach, aktivuje se sympatický oddíl autonomního systému, který tělo připravuje na rychlý výdej energie – k boji. Jedinec na sobě v tomto případě může pozorovat jisté fyziologické změny:

- ☞ Zvyšuje se krevní tlak a zrychluje tepová frekvence srdce
- ☞ Jedinec má zrychlené dýchání
- ☞ Vzhledem ke zvýšené potřebě energie, dochází k poklesu glukózy v krvi
- ☞ Jelikož existuje možnost fyzického poranění, zvyšuje se srážlivost krve
- ☞ Dochází, k zúžení zornic
- ☞ Krev ze žaludku a střev je odváděna k mozku a kosterním svalům
- ☞ Sucho v ústech a naproti tomu zvýšené pocení
- ☞ Husí kůže (Atkinson, 2003)

Ve chvíli, kdy emoce odejdou, přebírá nad organismem vládu systém parasymptiku. Ten zajišťuje uchování energie a návrat organismu do běžného stavu.

Oba tyto autonomní systémy jsou spouštěny díky činnosti limbického systému společně s hypothalamem. Impulzy, které se dostanou do těchto systémů, se následně přenáší do jader mozkového kmene. Tato jádra kontrolní funkci nad autonomním systémem. K výše popsaným změnám dochází právě spuštěním autonomního nervového systému, jež působí přímo na svaly a vnitřní orgány.

Popsaná fyziologická aktivace emočních vztahů jako jsou smutek a vztek, se nemusí vyskytovat výlučně jen u emočních stavů tohoto charakteru nýbrž i u emočních stavů jako je radost, sexuální vzrušení apod. Avšak stavy jako je zármutek a žal, povětšinou provází utlumení tělesných procesů. (Atkinson, 2003)

2.3 KLASIFIKACE EMOCÍ

Téměř každý autor ve své publikaci využívá jinou klasifikaci emocí. V této práci jsem zvolila přehlednou klasifikaci, kterou uvádí Juříčková (2009) ve své studijní opoře.

A. Jako první bych uvedla klasifikaci podle pocitu, který emoce vyvolají:

- ☞ Příjemné pocity – například radost
- ☞ Nepříjemné pocity – například smutek

Označení příjemné a nepříjemné považujeme za vhodnější, vzhledem k tomu, že má jedinec tendenci prožívat pocity viny, v případě, že se objeví prožitek negativní emoce.

V literatuře bývají popsány následující emoce:

- ☞ Pocity štěstí neboli radost
- ☞ Pocit vzteku, hněvu případně zlosti
- ☞ Pocit strachu či úzkosti
- ☞ Pocit smutku

B. Následuje klasifikace podle intenzity a délky trvání emocí:

- ☞ Afekt je silná emoce, která se projevuje motoricky i vegetativně, má pouze krátké trvání. Afekt bývá spojen s nespokojeností, ale také s vystupňovanou negativní reakcí. Typickým je afekt pro osoby, jež mají vysokou míru dráždivosti.
- ☞ Nálada má oproti afektu mírnou intenzitu, ovšem delší průběh. Obecně bychom mohli náladu popsat jako dlouhodobější emoční ladění jedince, které ovlivňuje jeho celkový postoj nejen k sobě, ale i k okolí.
- ☞ Vášeň se vyznačuje vysokou intenzitou a také dlouhodobým charakterem. Projevuje se jako přilnutí k objektu vášně, což může být jiný člověk, věc případně nějaká hodnota, může ovlivnit myšlení a jednání jedince

C. Poslední klasifikace je podle vlivu emocí na chování jedince:

- ☞ Emoce stenické neboli podněcující k činnosti. Řadíme sem například radost, ale i hněv v jeho mírné podobě.
- ☞ Emoce astenické neboli emoce utlumující, ke kterým řadíme například strach a smutek. (Juříčková, 2009)

2.4 FUNKCE EMOCÍ

Plháková ve své publikaci uvádí, že jsou emoce poněkud záhadné, ovšem na základě dosavadních psychologických poznatků, stanovila tyto funkce emocí:

- ☞ Vyjádření základních lidských motivů, můžeme říci, že zesilují a podporují chování směřující k uspokojení lidských motivů
- ☞ Regulování úrovně fyziologických činností, což znamená míru ovlivnění autonomního nervového a hormonálního systému kladnými a zápornými city
- ☞ Signalizace, ve smyslu upozornění jedince na to, čeho by se měl vyvarovat, případně co by měl udělat
- ☞ Expresivní složka emocí je nedílnou součástí neverbální komunikace
- ☞ Působí jako vnitřní pobídka k dosažení cíle
- ☞ Kontrola zpětnovazebního systému, což znamená, že průběžně informují jedince o výsledcích jeho aktivit

Důležité je zmínit, že ne vždy mají emoce pozitivní vliv na lidské chování. Objeví-li se velmi intenzivní emoce, mohou narušit sebekontrolu jedince, jeho aktivitu, výkon či dokonce celkovou koordinaci chování a prožívání. (Plháková, 2003)

2.5 PORUCHY EMOCÍ

Jak bylo řečeno již výše, emoce vyjadřují subjektivní zkušenost jedince ve vztahu k sobě samému, a i k okolnímu světu. Poruchy emocí, stejně jako emoce samotné můžeme jednoduše rozdělit podle intenzity, délky trvání či kvality emočního prožitku.

2.5.1 AFEKTIVNÍ PORUCHY

Afektivní poruchy se vyznačují vysokou mírou intenzity a kratším trváním.

- ☞ Patický efekt je velmi silný emoční výbuch, který je spojen s krátkodobou poruchou vědomí. Jedinec se v tomto stavu může dopustit i násilných činů, které si nebude uvědomovat, což znamená, že si je nebude ani pamatovat.
- ☞ Fobie popisujeme jako vtíravé, chorobné strachy, které svou intenzitou neodpovídají skutečnému podnětu. Člověk si dokáže rozumově uvědomit nesmyslnost svých obav, ovšem nedokáže je vůlí ovládnout. (Vágnerová, 2004)

2.5.2 PORUCHY NÁLADY

Spojujeme je s méně intenzivním prožitkem nežli afektivní poruchy, ale poruchy nálady zato přetrvávají u jedince mnohem delší dobu. Srovnáme-li je s náladami běžnými, bývají značně vyhraněnější. Leckdy patologická nálada nepříznivě ovlivňuje chování jedince. Rozlišujeme tyto varianty:

- ☞ „Depresivní nálada je extrémně smutná, spojená s celkovým útlumem.“ (Vágnerová, 2004, str. 67)
- ☞ „Manická nálada je nepřiměřeně optimistická a rozjařená, spojená s celkově zvýšenou, nepřiměřenou aktivací.“ (Vágnerová, 2004, str. 68)
- ☞ Euforická nálada je charakteristická povzneseností a blažeností, ovšem není zde zvýšená aktivita jako u nálady manické.
- ☞ Anxiózní, úzkostná nálada je příznačná nepřiměřenými obavami z nějakého, blíže neurčeného ohrožení, obecně zvýšeným napětím spolu se sklonem k nepřiměřeným reakcím.
- ☞ Explozivní neboli výbušnou nálad spojujeme se sklony k hněvu a vzteku. Zároveň s tím souvisí i tendence k agresivním reakcím na podněty.
- ☞ „Apatická nálada je typická celkovou vyhaslostí a nezájmem o cokoli, obvykle i sníženou aktivitou a nechutí k jakékoli činnosti.“ (Vágnerová, 2004, str. 68)

2.6 EMOCE V TĚHOTENSTVÍ

V období gravidity se u ženy mohou střídát protichůdné emoce, od pocitů naprosté radosti až po depresivní stavy. Hormon zvaný choriogonadotropin, produkovaný ve

zvýšené míře v prvních dvanácti týdnech těhotenství, je zodpovědný za veškeré emocionální změny, pocity únavy, nechutenství a zvracení. (Mackonochie, 2009)

Výkyvy nálad neboli rychlé a netypické střídání nálad, se často dostavují zcela bez příčiny a mohou se projevovat jako úzkost až plačtivost. (Mikulandová, 2004) Všechny tyto reakce a emoce jako je střídání nadšení a strachu, podráždění a přecitlivělosti jsou přirozené a naprosto normální. Také přemýšlení o smrti a vzpomínky na mládí jsou zcela běžné. Někteří psychologové se míní, že to vše souvisí s uvědoměním si nesmírné zodpovědnosti, která doprovází rodičovství. Změny nálad ke graviditě patří a postupně odezní. (Symons, 2004)

3. PRENATÁLNÍ VÝVOJ

Nový jedinec vzniká spojením mužské a ženské pohlavní buňky. Vajíčko i spermie obsahují každý jen 23 chromozomů a jejich spojením se vytváří buňka zvaná zygota, která již obsahuje plný počet chromozomů, čili 46. Během několika následujících hodin se zygota začíná rýhovat. Počátek nového života probíhá náročně, avšak plynule a velmi rychle. Buňky se množí, stává se z nich shluk buněk, který se nazývá morula. Následuje vývojové stádium zvané blastula, ve kterém se již diferencují buňky na ty, ze kterých se vyvinou tělesné tkáně plodu a na ty, ze kterých se vytvoří plodové obaly a placenta.

Přibližně šestý až sedmý den, docestuje oplodněné vajíčko do dělohy. Zde se „uhníždí“ v naprosto ideálním prostředí, představovaném prokrvenou děložní sliznicí. V tomto okamžiku se v krvi a moči vyskytuje trofoblastem produkováný *HCG*¹, což signalizuje graviditu. (Mikulandová, 2004)

Z fyziologického hlediska, rozdělujeme vývoj jedince na tyto fáze:

- a) Období blastémové je obdobím oplodnění vajíčka, jeho uhníždění v děloze a následného vytvoření tří zárodečných listů neboli *ektoderm*, *entoderm* a *mezoderm*. (Šimíčková Čížková, 2003)
- b) Od čtvrtého týdne po uhníždění oplodněného vajíčka, které se rozrostlo do velikosti čtyř až pěti milimetrů, se začíná vyvíjet *embryo*. Koncem sedmého až osmého týdne je embryo zcela vyvinuté a skládá se z milionů buněk. (Symons, 2004)
- c) Od okamžiku, kdy mozek nenarozeného dítěte začíná vysílat signály orgánům, začínají se tvořit první kostní buňky a dítě má již obličej s očima, ušima, nosem, ústy a jazykem, čili od desátého týdne se miminko mění z embrya na plod. Placenta začíná rychle růst a je vytlačena na jednu stranu dělohy. (Symons, 2004)

¹ HCG, celým názvem humánní choriový gonadotropin, je hormon, jež je jedním z prvních ukazatelů těhotenství a zabraňuje další menstruaci. (<http://www.naseporodnice.cz/hladina-hcg-v-krvi-hormon-signalizujici-pocatek-tehotenstvi.php>)

3.1 PRVNÍ TRIMESTR

- ☞ Ve čtvrtém týdnu fyziologického těhotenství má embryo cca pět milimetrů. (Mikulandová, 2004) Nastává období organogeneze, vyvíjí se nejdůležitější orgány. (Delahaye, 2006) Počínají se tvořit základy srdce, které je oproti zbytku těla nesmírně velké a vydouvá se z embrya. (Symons, 2004)
- ☞ V šestém týdnu již dítě citlivě reaguje na dotek v orální oblasti. V pátém až šestém týdnu má dítě jednoduchý mozek, páteř i centrální nervový systém. Na hlavičce jsou patrné čtyři jamky jako základ pro oči a uši, dále se vyvíjí základ zažívacího systému, úst a čelisti, následně se vyvíjí žaludek a hrudník. Srdce nyní vypadá jako velká výchlípka umístěná na přední straně hrudníku a začíná bít od šestého týdne, což znamená, že v těle dítěte koluje krev. (Mikulandová, 2004)
- ☞ V sedmi týdnech je dítě velké cca 1,3 centimetrů. V této fázi vývoje se vytváří nervové dráhy. Hlava je velká a přikloněná k hrudi, oči jsou stále zavřené, ale můžeme vidět paže a nohy společně se štěrbinami na koncích, jež jsou jakýmsi základem pro pozdější vznik prstů. (Mikulandová, 2004) Srdce embrya tepe asi šedesát pětkrát za minutu. (Symons, 2004)
- ☞ V osmi týdnech měří plod 2,5 centimetrům a váží dva až tři gramy. Tvoří se vnitřní část uší, ale rozeznáváme i obličej. Dochází ke spojení čelistí, vytvoření nozder a úst, plod má i jazyk. (Mikulandová, 2004) Embryo se dosud podobalo plodu kteréhokoli primitivního savce, ale nyní má podobu miniaturní lidské bytosti.
(Hamberger, 2008)
- ☞ Kolem desátého až jedenáctého týdne plod měří přibližně 3,5 centimetrů. (Mikulandová, 2004) Tvoří se první buňky pohybového aparátu, embryo se mění na plod, který se začíná pohybovat, tím se posilují jeho svaly. (Symons, 2004)
- ☞ Ve dvanáctém týdnu má plod již osmnáct gramů a dosahuje délky kolem 6,5centimetrům. Dítě se již dokáže mračit, špulí rty, otevírá a zavírá ústa, dokáže zatnout pěsti a je velmi pohyblivé. (Mikulandová, 2004) Aktivují se polykací a dýchací reflexy. S největší pravděpodobností tyto dýchací reflexy stimulují

vývoj plicních komůrek. (Symons, 2004) Na končetinách má prsty a rostu mu nehty. Dítě je schopno roztahovat prsty na nohou i rukou. (Mikulandová, 2004)

3.2 DRUHÝ TRIMESTR

Druhý trimestr je obdobím rychlého růstu plodu, ze sta gramů, jež jsou typické pro počátek druhého trimestru, dosahuje na konci této vývojové fáze až šesti set gramů a přibližně třiceti centimetrů. (Mikulandová, 2004) Orgány i končetiny plodu jsou již zcela vyvinuté. (Symons, 2004)

- ☞ Koncem šestnáctého týdne dítě váží 135 gramů a měří asi šestnáct centimetrů. Dítě se již podobá člověku, zesiluje a má vyvinuté jak nohy a ruce, tak i uši, které jsou schopny vnímat zvuk. Funkční je i hmat a chuťové pohárky, také se vyvíjí chrup a rostou vlasy, řasy i obočí. V této fázi se vyvíjí imunitní systém dítěte. Tělo plodu je pokryto jemným chmýřím – *lanugem*, avšak kůže je průhledná. (Mikulandová, 2004) Ke konci gravidity je *lanugo* nahrazeno silnějším ochlupením – *velus*, jehož význam není příliš známý, ovšem má se za to, že udržuje mázek na kůži novorozenců. (Albrecht-Engel, 2008) Pohlavní orgány jsou již vyvinuty a na ultrazvuku je možno vidět, jak si dítě cucá palec či škytá. (Mikulandová, 2004) Dítě nyní dokáže vnímat světlo prostupující skrze dělohu, samo se dokáže odvrátit od prudkého slunečního světla. (Symons, 2004) Někdy kolem osmnáctého týdne některé ženy mohou zaznamenat pohyb dítěte, vnímavější k těmto pocitům jsou multipary, které již vědí, co mají očekávat. (Mikulandová, 2004)
- ☞ Ve dvacátém týdnu dítě váží cca 340 gramů a měří přibližně dvacet pět centimetrů. Pohyby dítěte jsou zcela patrné. Nohy i paže jsou velmi dobře vyvinuty, objevují se tukové žlázy. (Mikulandová, 2004) Pro vývoj dítěte jsou důležité podněty, kupříkladu doteky. Prozkoumává svůj životní prostor a s tím vnímá i různé vlastnosti nejen placenty, ale i pupeční šňůry, plodového obalu, také části vlastního těla. Neméně důležité jsou i pohyby matčina těla, například pohupování, které je mimo jiné vyvoláváno jejím dýcháním. (Albrecht-Engel, 2008) Uši jsou také zcela vytvořeny, plod slyší a leká se náhlých, silných zvuků. Na vysoké tóny zareaguje zvýšenou činností a naopak tlumené zvuk jej uklidňují. (Symons, 2004)

- ☞ Dvacátý druhý týden plod váží 570 gramů a měří třicet centimetrů. (Mikulandová, 2004) Vývoj pohlavních orgánů je dokončen a zubní pupeny plodu vylučují zubovinu pro budoucí mléčné zuby. (Delahaye, 2006)
- ☞ Ve dvacátém čtvrtém týdnu plod dosahuje zmíněných šesti set gramů a třiceti tři centimetrů. Dítě slyší hudbu i hlas matky, kašle a škytá. Jelikož se stále nevytvořila podkožní tuková vrstva, je dítě velmi hubené. Víčka dosud kryjí oči, postupně však se oddělují. V pokožce se začínají tvořit potní žlázy. Při ultrazvukovém vyšetření je při správné poloze dítěte možno určit jeho pohlaví. (Mikulandová, 2004) Kůže plodu je stále zvrásněna, ale stále více se vyhlazuje, dle toho, kolik tuku se dítěti v těle ukládá. Objevuje se i obočí a řasy. (Symons, 2004)

3.3 TŘETÍ TRIMESTR

V průběhu třetího trimestru začíná plod vypadat téměř jako novorozenec. Dítě se v děloze nedokáže otáčet celé, tím se jeho poloha ustálila, ale jeho aktivita je velmi intenzivní, kope a protahuje si ruce. (Mikulandová, 2004) Dítě narozené ve dvacátém šestém týdnu je v některých případech schopno života vzhledem k pokročilému vývoji plic. Má-li dítě, narozené takto brzo dostatek tukových zásob, jeho šance na přežití se zvyšuje. (Symons, 2004)

- ☞ V sedmém měsíci těhotenství měří dítě zhruba čtyřicet centimetrů a váží něco přes dva kilogramy. (Symons, 2004) Od dvacátého osmého týdne může otevírat a zavírat oči. (Mikulandová, 2004) V této fázi vývoje má předčasně narozené dítě velmi dobrou šanci na přežití. (Symons, 2004)
- ☞ Osmý měsíc představuje rychlý růst plodu díky tukovým rezervám. Plíce a játra, což jsou životně důležité orgány, jsou zcela vyvinuty a dítě je teoreticky připraveno na příchod na svět. Stále si ukládá důležité zásoby tuku. (Symons, 2004) Chlapci by měli mít varlata sestouplá v šourku. Nehty dítěte dorostly až ke konečkům prstů. (Mikulandová, 2004)
- ☞ V devátém měsíci již dítě dosahuje své porodní hmotnosti, což je tři až pět kilogramů. Dítě sestoupilo hlavou dolů, hluboko do pánve a začíná tlačit na děložní hrdlo. Celý proces se nazývá sestoupením a značí, že se dítě připravuje na příchod na svět. (Symons, 2004) Dítě je částečně pokryto mázkem, lanugo

až na malé zbytky zmizelo. Ve střevech dítěte se hromadí *smolka*².
(Mikulandová, 2004)

² Smolka neboli meconium, je tmavá, do zelena zbarvené lepkavá hmota ve střevech novorozence. Ve většině případů se celý obsah střev vyprázdní během dvaceti čtyř hodin po narození. Vyloučení smolky podporuje příjem mléčiva při kojení. (Mikulandová, 2007)

4. OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ

Po porodu potřebuje nejen tělo ale i duše ženy čas, aby se zregenerovalo, dostalo se zpět do podoby před těhotenstvím a srovnala se hormonální hladina v ženině těle. Tato doba trvá šest až osm týdnů. Prvních asi šest dní šestinedělí žena stráví v porodnici, kde se bude zotavovat z porodu a učit se základní péči o novorozence. (Neesová-Delavalová, 1995) Žena je v období šestinedělí citlivější a zranitelnější. (Gregora, 2007)

Mezi emoce, které žena v prvních dnech po porodu pociťuje, bychom mohli uvést:

- ☞ Euforii a depresi, případně výkyvy mezi oběma emocemi
- ☞ Pocity rostoucí sebedůvěry či naopak pocity nezvládnání dané situace, případně výkyvy mezi oběma
- ☞ Malý zájem o sexuální aktivitu případně méně běžnou zvýšenou žádostivost (Murkoffová, 2004)

4.1 ANATOMICKÉ ZMĚNY

Šestinedělí je charakteristické anatomickými a funkčními změnami v těle ženy, vedoucími k návratu jejího organismu do stavu před graviditou a porodem. Změny se týkají všech orgánů. Nejvýznamnější je hojení porodních poranění a plné rozvinutí činnosti mléčných žláz. (Gregora, 2007)

V prvních několika dnech po porodu se děloha ženy stahuje zpět na svou téměř původní velikost opakovanými kontrakcemi, tak zvané *poporodní bolesti*. Nejsilněji žena stahy cítí při kojení, sáním dítěte je stimulována produkce hormonů, které kontrakce podporují. (Albrecht-Engel, 2008) Krvácení ze zavinující se dělohy, také zvané jako *očistky (lochie)*, trvá téměř celých šest týdnů po porodu, ale jejich charakter se mění. V počátcích ženu provází silné krvácení jasnou krví, které po několika dnech zeslábně a mění se na krvavý a nahnědlý až vodnatý výtok, tento může trvat několik týdnů. U plně kojících žen, bývá odchod lochií rychlejší. (Mikulandová, 2007)

Po přirozeném vaginálním porodu, se pochva vrací do původního stavu přibližně za tři týdny. Obnovení pochvy velmi závisí na hormonálním stavu ženy. (Gregora, 2007)

Ochablé jsou po porodu i svaly pánevního dna a břišní stěna. Svou elasticitu a sílu získávají zpět během několika málo týdnů, hodně pomoci může i vhodné a pravidelné cvičení.

Přestože se funkce trávicího ústrojí rychle normalizuje, mohou přetrvávat obtíže s vyprazdňováním.

Průměrný váhový úbytek po porodu činí přibližně pět kilogramů a další zhruba čtyři kilogramy váhového úbytku dále připadá na vyloučení tekutiny, jež byla v těle ženy zadržována v průběhu těhotenství. (Gregora, 2007)

Velmi výrazné změny pozorujeme i v mléčné žláze. *Mlezivo* neboli *kolostrum*³ se v prsech objevuje již před porodem a přibližně od třetího dne po porodu se mění v mateřské mléko. Nalítí prsů po porodu může být doprovázeno teplotami, ovšem poté, co se tvorba mateřského mléka dostane do souladu s potřebami novorozence, obtíže časem pominou. (Gregora, 2007)

4.2 KOJENÍ

Kojení by pro matku i dítě mělo být nejkrásnější, ale zároveň i nejpraktičtější. (Albrecht-Engel, 2008) Má nepopíratelně zásadní význam pro budování vztahu mezi matkou a dítětem. Děti, které jsou kojené a stráví v prvních měsících života dostatek času s matkou, se později nebojí být sami. (Gregora, 2005) V případě, že žena rodila císařským řezem nebo předčasně, může se tvorba mléka (*laktace*) o několik dní opozdit. (Gregora, 2007) Mateřské mléko je optimálně sladěno s potřebami novorozence a nelze jej ničím nahradit, přestože existují různé umělé výživy pro dítě. Zejména v počátcích kojení by žena měla dítěti vždy nabízet oba prsy, aby podpořila dostatečnou tvorbu mléka na obou stranách. (Albrecht-Engel, 2008) Ve většině případů se doporučuje kojit ve čtyřhodinových intervalech, avšak v současné době se prosazuje i přístup zvaný *self-demand*, což znamená, že žena kojí tehdy, kdy si dítě samo řekne. (Gregora, 2007)

V období šestinedělí je velmi důležité dbát na hygienu. Matka by si měla důkladně mýt ruce nejen při každé výměně vložky, ale i před každým kojením, čímž zabrání možnému přenosu infekčních zárodků na bradavky a tím i na dítě. Žena by také měla

³ Kolostrum je hustá tekutina, která obsahuje velké množství bílkovin. (Gregora, 2007)

být informována o tom, že kojení nelze považovat za spolehlivou formu antikoncepce. (Gregora, 2007)

4.3 DUŠEVNÍ ZMĚNY

Žena v šestinedělí bývá v prvních dnech po porodu velmi unavená, zároveň si uvědomuje, že do jejího života vstoupila i péče o novorozence, proto se některé ženy v tomto období mohou začít obávat, že novou roli, roli matky nezvládnou. I přes velkou radost z dítěte se objevují stavy nejistoty, skleslosti a plačtivost bez zjevné příčiny. Právě v tomto období je velmi důležitá podpora blízkého okolí. (Trča, 2009)

5. POPORODNÍ DEPRESE

Poporodní deprese, jimž je věnována tato kapitola, postihují relativně vysoké procento žen po porodu dítěte. Většina žen, toto období překoná bez pomoci lékaře, proto je velmi obtížné stanovit přesný počet žen, kterých se poporodní deprese týká. Z dostupných internetových zdrojů jsem zjistila, že poporodní deprese trpí přibližně pět až dvacet procent žen. (FERAHLI Süsser, 2011).

Může trvat dny, týdny někdy i měsíce než se hladina hormonů v těle ženy po porodu dostane do normálních hodnot. V této době hladina hormonů značně kolísá, studie tvrdí, že padesát až osmdesát procent žen, prožívá po porodu značné výkyvy nálad někdy i temperamentu. Některé ženy se mohou cítit deprimované, jiné zase mají potíže se soustředěním, špatně spí, případně se cítí vyčerpané a plné obav. Jsou ženy, jež si projdou všemi výše uvedenými emocemi. Vzhledem k tomu, že nemálo žen prožívá velmi intenzivní emoce i několik měsíců po porodu, je velmi důležité rozpoznat, které emoce jsou běžné v rané fázi mateřství, a které emoce již vyžadují pomoc a péči o ženu.

Množství všech psychologických potíží, které se mohou u matky objevit, jsou pro každou ženu individuální. Můžeme se setkat se ženami, jejichž výkyvy nálad byly jen mírné, ale i se ženami, u kterých se mohou objevit klinické deprese. Důležitou informací pro každou matku by mělo být to, že její duševní zdraví výrazně ovlivňuje její schopnost vyrovnat se s obtížemi spojenými s mateřstvím. (Widerová, 2009)

Než objasním pojmy, jež se vztahují k problematice poporodních depresí u žen, je nasnadě vymezit pojem *deprese* v obecné rovině.

5.1 DEPRESE

Pocity smutku, stavy otupělosti a nezájmu bychom mohli definovat jako deprese. Můžeme říci, že deprese je běžnou reakcí na stresovou situaci v lidském životě (např. ztráta milované osoby, neúspěch, apod.). Pokud je deprese nepřiměřená situaci a trvá delší dobu než u většiny lidí, považujeme ji za abnormální.

Přestože se deprese vyznačuje poruchou nálady, existují čtyři soubory symptomů.

- Emoční symptomy – symptomy se týkají nálady, řadit zde můžeme smutek, sklíčenost, suicidální myšlení, ztráta radosti ze života

- Kognitivní symptomy - projevují se negativním myšlením, dále ještě bezmocí a ztrátou sebevědomí
- Motivační symptomy – vyznačují se utlumenou motivací a pasivitou
- Tělesné symptomy – nechutenství, poruchy spánku, pocity únavy, nedostatek energie

Deprese jako taková může vést k oslabení jedince, avšak většina depresí netrvá příliš dlouho, depresivní jedinci se zotavují. Přibližně deset procent osob s depresí se neuzdraví ani za pomoci lékaře a zůstává trvale v depresivních. (ATKINSON, 1995)

5.2 POPORODNÍ SMUTEK

Většina žen se těší, až se jim dítě narodí. Jsou však zaskočené tím, že když se dítě narodí, neustále pláčou a v podstatě ony ani jejich partneři netuší co se s nimi děje. Žena se může cítit nejistá a mít obavy postarat se o dítě zcela sama. Objevuje se plačtivost, podrážděnost, žena si v nové roli – roli matky neví rady, je zmatená. (Widerová, 2009)

Poporodní smutek či poporodní splín je výraz, jenž je užíván v souvislosti s náhlými emočními výkyvy, typickými pro počáteční období narození dítěte. (Widerová, 2009) Krátce po porodu se může objevit několikadenní období plačtivosti, špatné nálady, smutku a únavy, jež tedy nazýváme poporodní blues. (Gregora, 2005) Pro mnoho žen, je toto období běžnou součástí raného mateřství, studie uvádí až osmdesát procent matek, které si prošly nějakou formou poporodního smutku. (Widerová, 2009) Angličané toto období výstižně označují „*blue period*“ či „*baby blues*“. (Čekal, 2010)

Příznaky jsou naprosto individuální, avšak typické jsou tyto pocity:

- ☞ Podráždění
- ☞ Smutek
- ☞ Plačtivost
- ☞ Častá změna nálad
- ☞ Pocity úzkosti
- ☞ Pocit neschopnosti postarat se o dítě
- ☞ Zmatek
- ☞ Změny chuti k jídlu a spánkového režimu

Baby blues obvykle vrcholí v prvním týdnu po porodu. V běžných případech jeho příznaky slábnou během několika dalších dní až týdnů. U některých žen mohou příznaky po několik týdnů přicházet a zase slábnout. Naproti tomu jsou zase ženy, které prožijí vrchol poporodního smutku v době, kdy přestanou kojit. (Widerová, 2009)

Na vznik poporodního smutku neexistuje jednoznačná odpověď. Příčiny vzniku se mohou lišit u každé ženy, avšak u většiny žen hraje významnou roli kolísající hladina hormonů. Důležitou úlohu zde hrají hormony *progesteron* a *estrogen*, jejichž hladina bezprostředně po porodu klesá. Tyto hormony v mozku řídí chemické pochody, které mají vliv na náladu, čili když jejich hladina klesne, jsou tím ovlivněny především emoce. (Widerová, 2009)

Jak uvádí Widerová (2009) pocity smutku a náladovosti se objevují i u otců, nelze jasně říci, že by za poporodní splín byly odpovědny pouze hormony. Dalšími možnými příčinami mohou být kupříkladu stavy bezmoci, které plynou z nového pocitu zodpovědnosti. V porodnici měla matka možnost se kdykoli obrátit na nemocniční personál, kdežto po příjezdu domů padá tíha zodpovědnosti za novorozence na ni. Zde se mohou objevovat již zmíněné pocity bezmocnosti, izolovanosti, smutku či nervozity.

Jiným důvodem poporodního smutku může být tzv. „*období lítosti*“. Ženy například „teskní“ nad ztrátou předchozího života, ztrátou svobody, nezávislosti případně i samostatnosti. Další ženy mohou být smutné, jelikož již skončilo období těhotenství a ony si přivykly nosit dítě v sobě. (Widerová, 2009)

Tato oblast není dostatečně vědecky probádána, přesto je více než jasné, že příchod dítěte na svět vyvolává u velkého počtu žen silné pocity. Důležitým faktorem je i celková únava ženy.

Jennifer Widerová v knize uvádí i rady, jak je možné se s poporodním smutkem snadněji vypořádat:

- ☞ Spát co nejvíce je to možné
- ☞ Požádat o pomoc blízké, využít získaný čas jen pro sebe
- ☞ Připomínat si, že tyto pocity jsou pouze dočasné
- ☞ Neizolovat se od ostatních matek (Widerová, 2009)

5.3 POPORODNÍ DEPRESE

Mnoho populárně naučných knih dnes pojímá poporodní depresi jako jev, který je snadno rozpoznatelný a tudíž se předpokládá, že povědomí o něm je všeobecně známé. Poporodní deprese jako taková se vyskytuje u žen v období prvních dvou měsíců života dítěte. Příznaků deprese je celá řada, pakliže však symptomy přetrvávají i po období šestinedělí, čili šest až osm týdnů po porodu a to nejen občas, ale v podstatě stále, jedná se právě o poporodní depresi nikoli o baby blues. Žena může zaznamenat výraznou změnu v chuti k jídlu, kupříkladu začne jíst hodně, přejídá se nebo nemá chuť k jídlu vůbec. Časté jsou i změny ve spánkovém rytmu, což znamená, že žena spí buď příliš mnoho, nebo příliš málo. (Nicolson, 2001)

Mezi další symptomy poporodní deprese řadíme plačtivost, krátkodobé věnování pozornosti něčemu a obtížnou koncentraci, také záchvaty deprese. (Nicolson, 2001) Objevují se i pocity zloby, podrážděnosti a nervozity, žena se uzavírá vůči rodině a blízkým, letargie či ztráta energie případně i motivace, apatie a ztráta zájmu nebo potěšení z aktivit. V některých případech ženy provázejí myšlenky na ublížení dítěti nebo sama sobě. (Widerová, 2009) V různých populárních knihách jsou symptomy poporodní deprese přičítány fyziologii porodu a zvláště potom hormonálním změnám, k nimž po porodu dochází, ovšem fyzickému vyčerpání se přiznává jen určitý podíl. Přestože se vědecká literatura zabývá studiem poporodních depresí již něco málo přes sto let, stále není k dispozici dostatek údajů k objasnění toho, proč se ženy dostávají po porodu do depresí. (Nicolson, 2001)

Spousta žen se domnívá, že zrovna je poporodní deprese nemůže postihnout. Nemusí tomu tak být. Poporodní deprese postihuje ženy různého věku, národnostního etnika a socioekonomického prostředí. Jediným společným pojítkem je narození dítěte, ovšem i zde platí, že neměla-li žena poporodní deprese při prvním dítěti, mohou se u ní objevit při narození některého z dalších dětí. (Widerová, 2009)

Přestože poporodní deprese není tak častá jako poporodní smutek, vědecké studie, jak uvádí Widerová (2009), ukazují, že poporodní deprese postihují deset až dvacet procent žen. Tyto výsledky nemusí být přesné, jelikož se ne vždy podaří poporodní depresi u ženy odhalit.

Život s poporodní depresí může ženu připravit o veškerou energii, nedokáže vstát z postele, jiná může být zoufalá a začne se vyhýbat okolí nebo se cítí zaskočená povinnostmi starat se o novorozené miminko a objevují se u ní obavy, jestli dítě skutečně miluje. Widerová (2009) dále uvádí, že se mnoho žen za své emoce stydí, případně se u žen, které podstoupily umělé oplodnění, objevují pocity viny.

Zrádná je na poporodních depresích skutečnost, že se u každé ženy projevuje jinak. Důsledky neléčené poporodní deprese mohou být skutečně vážné. Nejvíce je ohroženo vytvoření vazby mezi matkou a dítětem. Žena má nedostatek energie, obtížně se koncentruje, což jsou dva z příznaků poporodní deprese, ale také vlastnosti, jež jsou důležité pro to, aby matka dokázala vyhovět požadavkům novorozence. U ženy se v tomto případě mohou objevovat pocity neschopnosti, které podstatně zhoršují depresivní pocity, a tím se vytvoří začarovaný kruh. (Widerová, 2009)

Depresivními stavy není ohrožena pouze matka. „Podle údajů Národního informačního střediska pro otázky zdraví žen (National Women's Health Information Center) a amerického Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí může mít poporodní deprese škodlivý dopad na jazykový vývoj nemluvňat.“ (Widerová, s. 128, 2009) Existují průzkumy naznačující spojitost mezi poporodní depresí, jež se objevila u matky a problémy se spánkem a chováním u nemluvňat. Studie Kolumbijské univerzity ukazují, že se u dětí matek s neléčenou depresí ve vyšší míře objevují úzkostlivé *disruptivní*⁴ a depresivní poruchy chování, které se mohou projevovat i v dospělosti. Naopak, je-li žena úspěšně léčena, riziko vzniku psychických a emočních poruch u dětí se snižuje. (Widerová, 2009)

Průzkumy ukazují i dopad poporodní deprese ženy na ostatní členy rodiny. Tento stav matky se negativně podepisuje na jejím vztahu s partnerem. Partner nemusí vždy dostatečně pochopit nastalou situaci. V případě, že se deprese přenesla i do partnerského vztahu, může dále přetrvávat nebo se dokonce i zhoršit. (Widerová, 2009)

5.3.1 RIZIKA POPORODNÍ DEPRESE

Mezi ženy, které jsou ohroženy výskytem poporodní deprese, patří:

⁴ Disruptivní stavy se projevují opakovaným nebo trvalým disociálním, agresivním nebo vzdorovitým chováním, jež se výrazně odlišuje od věkové normy (Widerová, 2009)

- a) Ženy, které mají v posledním roce stresující život
 - b) Ženy, které mají v partnerství časté konflikty
 - c) Ženy, které žijí bez partnera
 - d) Ženy, které své těhotenství neplánovaly
 - e) Ženy, které v minulosti depresí, ať už poporodní či jinou formou deprese, trpěly
 - f) Ženy, jež mají obtíže se stresem v souvislosti s péčí o dítě
 - g) Ženy, které trpí nedostatkem podpory blízkých osob
 - h) Ženy, u nichž se v rodině vyskytují psychiatrická onemocnění
- (Prestonová, 2011)

Jak je vidět z výše uvedených informací, neměla by žena poporodní deprese řešit sama. Čím větší bude informovanost mezi ženami, tím jednodušší bude rozpoznat symptomy poporodní deprese a tím pádem bude i léčba mnohem efektivnější. Bezpodmínečné je v případě rozpoznání příznaků poporodní deprese navštívení lékaře. Příznaků by si měli všimnout i lidé blízcí matce a v případě potřeby ji přesvědčit k vyhledání pomoci, která je potřeba.

5.4 POPORODNÍ PSYCHÓZA

Už ve chvíli, kdy se ženě narodí dítě, cítí, že je něco v nepořádku. Poporodní psychóza je vzácná, ale životu nebezpečná nemoc, která může nastat u ženy po porodu dítěte. Z průzkumů vyplývá, že touto nemocí trpí asi jedna až dvě ženy z tisíce. Příznaky se mohou objevit kdykoli v průběhu prvních tří měsíců po porodu, ovšem nejčastěji se objevují během několika prvních týdnů po porodu.

Symptomy poporodní psychózy jsou vážné, patří sem:

- ☞ Falešné představy neboli deziluze
- ☞ Projevují se pocity úzkosti a/nebo panika
- ☞ Žena je posedlá myšlenkami na ublížení dítěti
- ☞ Trpí poruchami spánku
- ☞ Dochází ke změně apetitu či přímo k odmítání jídla
- ☞ Objevují se halucinace
- ☞ Žena může mít sebevražedné myšlenky (Widerová, 2009)

Ženy trpící poporodní psychózou uvádí, že se symptomy nemoci objevily náhle, zcela bez varování. Některé z žen, se před vypuknutím poporodní psychózy cítily depresivně, ale poměrně více žen uvedlo, že se před příchodem nemoci cítily být „v pořádku“.

Příčiny vzniku poporodní psychózy nejsou přesně známy. Je však nutné mít na paměti, že se jedná o skutečnou diagnózu a jako k takové je nutné i přistupovat. Psychóza sama neodezní, je nutné vyhledat odbornou pomoc. Někteří odborníci se domnívají, že po porodu dítěte dochází k hormonálním výkyvům, jež v mozku způsobují abnormální stav. „*Existují rovněž důkazy, že poporodní psychóza souvisí s bipolární poruchou, při níž žena často zažívá rychlé změny nálady, chová se nevypočitatelně a trpí manickými epizodami.*“ (Widerová, s. 142, 2009)

Dle výzkumů, jsou ženy, jež v minulosti trpěly psychózou, bipolární poruchou nebo schizofrenií, podstatně více ohroženy vznikem poporodní psychózy. Objevit se však může i u žen, které trpěly poporodní depresí, z níž se poporodní psychóza vyvinula. Rovněž se může objevit u žen, které dosud žádným druhem deprese případně jinými psychickými potížemi neprošly. Důležité je vědět, že u žen, které již poporodní psychózou prošly, je větší pravděpodobnost vzniku nemoci i v dalších těhotenstvích, než u žen, které poporodní psychózou nikdy neonemocněly. (Widerová, 2009)

6. NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ

Novorozence definujeme jako dítě od narození do dvacátého osmého dne života. Přitom však nezáleží na tom, jestli se novorozenec narodil v termínu či předčasně. Je-li novorozenec zdravý a narozen v termínu, měl by vykazovat známky donošenosti:

- ☞ Výška přibližně padesát centimetrů
- ☞ Váha mezi 2500 g až 4000 g
- ☞ Dostatečně dobře vyvinutý podkožní tuk
- ☞ Kůže musí být růžová a pokrytá mázkem
- ☞ Jemné vlásky na hlavě
- ☞ Nehty musí překrývat konečky prstů
- ☞ Na ploskách nohou jsou rýhy
- ☞ Ušní boltce jsou dokonale vyvinuty
- ☞ Genitálie dítěte jsou zralé

(Dostupné na: http://www.maminka.cz/article/age/?page=215&id_age=3)

V prvních chvílích narození dítěte, se ho matka neustále dotýká, aby zjistila, že je skutečné, sleduje, jestli je zdravé a nic mu nechybí, porovnává své sny se skutečností. V této chvíli potřebuje matka veškerou podporu svých blízkých, aby mohla být tou nejlepší matkou. Oproti tomu dítě je zmatené. Dosud nikdy nepocíťovalo, hlad, chlad ospalost či horko a doposud jej ani nic nebolelo. Příchod na svět znamená pro dítě obrovskou změnu. Vše co dítě dělá, připadá matce naprosto úchvatné, právě její dítě je první na celém světě, které čůrá, spí a má ten nejkrásnější úsměv na světě. Je to období naprostého propojení dítěte a matky, mluvíme tedy o *primární mateřské starostlivosti*. (Michele, 2006)

Dítě má velmi důležité citové potřeby, kupříkladu potřebuje být bráno do náruče. Tento fyzický kontakt je důležitý nejen pro dítě, ale i pro matku. Dítě, které pocítilo bezpečí náruče, má později touhu objevovat svět, kdežto dítě, které si tento kontakt příliš neužilo, může strávit život hledáním někoho, kdo by jej k sobě přivinul. Další velmi zvláštní potřebou dítěte, je slyšet hlas matky. Je to jedna z věcí, společně s vůní matčina těla a tlukotem jejího srdce, která je miminku velmi důvěrně známá již z prenatálního vývoje. (Michele, 2006)

6.1 ZÁKLADNÍ REFLEXY

Každý novorozenec přichází na svět s vrozenými nepodmíněnými reflexy, které zajistí jeho adaptaci a přežití. (Šimíčková-Čížková, 2003) Kontrola reflexů, jako je kupříkladu Moroův reflex se provádí, aby bylo jasné, zda nervový systém i motorika dítěte fungují správně. (Symons, 2004)

- a) Objímací Moroův reflex neboli lekavý reflex – když s dítětem náhle pohneme nebo když si myslí, že padá, překvapeně roztáhne paže i nohy
- b) Chodivý reflex – držíme-li dítě zpříma a ono se chodidly dotýká pevné podložky, dítě provádí pohyb podobný chůzi
- c) Potravové reflexy – umožňují dítěti najít potravu a přiblížit se k ní
 - i. Plazivý, hledací, polykací reflexy (Šimíčková-Čížková, 2003)
 - ii. Sací reflex – jakmile dítě pohládíme prstem po tváři, začne ústy hledat bradavku nebo dudlík
 - iii. Úchopový reflex – dítě zcela nevědomě pevně uchopí vše, co mu dáme do ruky (Symons, 2004)
- d) Orgánové reflexy - výchovou dítěti umožníme, aby vědomě zadržovalo a vypouštělo moč a to stejné i s defekačním aktem
 - i. Reflex vylučování moči
 - ii. Reflex vylučování stolice (Šimíčková-Čížková, 2003)
- e) Obranné reflexy – jsou to reakce na podněty, které jsou dítěti velmi nepříjemné nebo dokonce poškozují organismus dítěte
 - i. Pavlovův reflex obrany je obranou pro dítě proti pevnému svazování v peřince (Šimíčková-Čížková, 2003)

6.2 NOVOROZENECKÁ ŽLOUTENKA

Poměrně vysoké procento novorozenců během několika prvních dní zežloutne. Novorozenecká žloutenka je běžná u čtyřiceti pěti až šedesáti pěti procent zdravých, donošených miminek. Běžnou žloutenku způsobuje zvýšená hladina bilirubinu v krvi dítěte, projevy jsou viditelné na první pohled, kůže, zežloutne sliznice i oční bělmo. Tato žloutenka vzniká mezi druhým až třetím dnem po narození a svého vrcholu dosahuje kolem dva a devadesáté hodiny života dítěte, poté druhý týden ustupuje. Novorozenec je velmi unavený a tedy i spavý a méně pije. Léčba je v současné době

jednoduchá. Dítě je v inkubátoru vystaveno fototerapii, což znamená, že na něj svítí ultrafialové světlo, zatímco má pásku přes oči, aby světlo nepoškodilo zrak. Fototerapie je přerušena jen kvůli koupání a krmení dítěte. V nejzávažnějších případech žloutenky, je nutná výměnná transfuze krve. Nebezpečí vysoké hladiny bilirubinu v krvi spočívá v tom, že se může usadit v mozku a tím jej nevratně poškodit. (Rothová, 2013)

6.3 SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ

Dosud nebyla zjištěna přesná příčina syndromu náhlého úmrtí u novorozenců, přesto je možné snížit riziko jeho vzniku. Originální označení syndromu náhlého úmrtí z angličtiny zní *Sudden Infant Death Syndrome*, z něj vychází i oficiální zkratka SIDS.

Jedná se o náhlou, neočekávanou smrt dítěte do jednoho roku, u kterého ani následná pitva neurčí jasnou příčinu úmrtí. V České republice zemře asi třicet dětí ročně na syndrom náhlého úmrtí, v celosvětovém měřítku je to šedesát dva dětí ze sta tisíc živě narozených. (Labudová, 2012)

První zmínky o syndromu pocházejí již ze starověku. Současný název nemoci byl přijat na konferenci v Seattlu v roce 1969. Zákeřné je na syndromu náhlého úmrtí to, že postihuje naprosto zdravé děti. Nejrizikovější skupina dětí je ve věku dvou až čtyř měsíců, s rostoucím věkem pravděpodobnost vzniku syndromu klesá a po prvních narozeninách se již nevyskytuje. (Labudová, 2012)

Z mnohých studií SIDS vzešly rizikové faktory, které mohou přispívat k syndromu náhlého úmrtí u dítěte. Každá matka by o této problematice měla být poučena pediatrem.

Zásady snížení rizika vzniku SIDS:

- ☞ Postýlka dítěte by měla být do jednoho roku života dítěte u rodičů
- ☞ Postýlka by měla mít tvrdší prodyšnou matraci, v postýlce by se rozhodně neměly vyskytovat velké polštáře a velké plyšové hračky
- ☞ Nepřehřívát dítě, přikrývat jej maximálně do úrovně prsou
- ☞ V ideálním případě by dítě mělo spát na zádech, na boku pouze v případě kdy má zábranu proti přetočení do doby než se naučí přetáčet samo
- ☞ Riziko vzniku syndromu snižuje kojení, naopak riziko zvyšuje kouření v bytě

- ☞ Rizikové jsou i děti z rodin, ve kterých se již SIDS objevil a také nedonošenci s apnoickými pauzami v dýchání
- ☞ Riziko zvyšuje i kouření a užívání drog matkou během těhotenství, sexuálně přenosné choroby matky, také nedostatečná výživa matek a ohroženější jsou také děti velmi mladých matek
- ☞ Rizikem se také může stát krátký odstup od posledního těhotenství, vyvolávaný porod, infekce močových cest ženy, ale i infekční onemocnění kojence (Labudová, 2012)

Vzhledem tomu, že jsou výše uvedené faktory spíše podezřelými okolnostmi než skutečnými příčinami syndromu náhlého úmrtí, účinná prevence zřejmě neexistuje.

Dle množství provedených výzkumů dochází ke smrti tak, že dítě zcela náhle přestane dýchat, a vzhledem k tomu, že nemůže dechové potíže signalizovat, dospělí jej nestihnou včas resuscitovat. Bez rychlé pomoci se dítě udusí.

Zatím nejvýznamnější a nejdůležitější doporučení všech pediatriů na světě zní, nedávat dítě spát na břicho a zamezit tomu, aby se mohlo samo překulit.

Matky u nichž je zvýšené riziko vzniku syndromu náhlého úmrtí by měly být náležitě poučeny o resuscitaci dítěte a doporučuje se pořídit si přístroj na kontrolu dechu, který se vloží mezi matraci a prostěradlo. V případě zástavy dechu spustí alarm, který sám o sobě v některých případech dítě vyleká a ono začne znovu dýchat, případně upozorní rodiče, kteří mohou dítěti pomoci. (Labudová, 2012)

Důležitou roli při podávání informací rodičům, důležitých pro zdravý vývoj dítěte, sehrává nejen pediatr, ale v případě možnosti i porodní asistentka.

7. PORODNÍ ASISTENTKY

Kapitola o porodních asistentkách je součástí práce z důvodu stále častěji se vyskytujících diskuzí na téma jejich významu a informovanosti rodiček o možnosti spolupráce s porodními asistentkami. Výstupem diskusí je široká názorová škála a již zmiňovaná, mnohdy chabá informovanost nastávajících matek či párů o tom, jakým přínosem může být pomoc porodní asistentky. Slabé povědomí potvrzuje dotazníkové šetření, jehož shrnutí je nosnou konstrukcí praktické části této práce.

Porodní asistentka je osoba, která má zdravotnické vzdělání a specializuje se na péči o gravidní ženu v průběhu těhotenství, porodu a následně i šestinedělí, včetně péče o zdravého novorozence a kojence.

7.1 DEFINICE PORODNÍ ASISTENTKY

Světová zdravotnická organizace (WHO) společně s Mezinárodní konfederací porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federací gynekologů a porodníků (FIGO) vytvořila v roce 1972 dokument, jež se nazývá Definice porodní asistentky (Definition of the Midwife). Do současné podoby byl dokument upraven v roce 2005 v Austrálii.

Porodní asistentkou se osoba stává ve chvíli, kdy úspěšně ukončí vzdělávací program, jež musí být uznáván v zemi, ve které chce svou praxi vykonávat, a který vychází z dokumentů nazvaných *Nezbytné dovednosti (kompetence) pro základní praxi porodní asistentky* a také z rámce *Globálních požadavků na vzdělávání porodních asistentek*. Porodní asistentka musí získat nezbytnou kvalifikaci, aby byla registrovaná případně, aby mohla získat povolení k výkonu povolání porodní asistentky a tím pádem i používat označení porodní asistentka. Taktéž je povinna vykazovat potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky. (Dostupné na: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63)

Po splnění všech výše uvedených podmínek, je porodní asistentka uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník. Což znamená, že:

- ☞ pracuje v partnerství se ženami, tak aby jim dokázala poskytnout potřebnou podporu, péči a radu během gravidity, porodu a samozřejmě v době poporodní
- ☞ vede samotný porod na svou vlastní zodpovědnost

☞ poskytuje následnou péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku.

Popsaná péče zahrnuje:

- ☞ veškerá preventivní opatření,
- ☞ podporu normálního porodu,
- ☞ zjišťování případných komplikací u matky nebo dítěte
- ☞ opatření přístupu k lékařské pomoci popřípadě jiné vhodné péči a provedení nutných opatření při mimořádně naléhavé situaci. (Dostupné na: http://www.ckpa.cz/source/file/dokumenty/ckpa_008.pdf)

Porodní asistentka je důležitým článkem zdravotního poradenství a vzdělávání nejen žen, ale v rámci možností i jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu na rodičovství, také může být rozšířena i do oblastí jako je zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Výhodou porodní asistentky je, že může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, od prostředí domácího, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, až po zdravotnická střediska.

Dle právních předpisů platných v České republice, stejně jako v ostatních zemích Evropské Unie, může porodní asistentka pracovat samostatně, čili bez odborného dohledu lékaře a jeho indikace a to v případě, že u ženy probíhá fyziologické těhotenství, porod a šestinedělí.

Většina porodních asistentek, je zaměstnáno ve státních zdravotnických zařízeních, ale některé z nich pracují i v nestátních zdravotnických zařízeních. Potřebné informace si budoucí rodiče v případě zájmu mohou dohledat na internetových stránkách. (Dostupné na: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63)

7.2 KOMPETENCE PORODNÍ ASISTENTKY

Porodní asistentka se stává průvodkyní ženy těhotenstvím:

- ☞ potvrzuje nebo diagnostikuje graviditu

- ☞ „Provází ženu a její blízké v průběhu celého těhotenství (poskytuje informace, upozorňuje na možná rizika, připravuje ženy k porodu)“ (Dostupné na: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63)
- ☞ „Provádí, doporučuje a předepisuje vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství“ (tamtéž)
- ☞ „Sleduje stav plodu v děloze, rozpoznává možná rizika“ (tamtéž)
- ☞ Pokud zjistí jakákoli rizika spojená s graviditou, předává ženu do péče lékaře gynekologa – porodníka

Porodní asistentka vede normální neboli fyziologický porod ženy:

- ☞ Je oprávněna samostatně vést fyziologické porody
- ☞ Ve všech porodních dobách o ženu pečuje
- ☞ Zjistí-li jakékoli informace, neprodleně přivolává lékaře nebo ženu doprovází do zdravotnického zařízení

Porodní asistentka a její péče o matku a novorozence:

- ☞ „Ošetřuje porodní a poporodní poranění pečuje o ženu bezprostředně po porodu“ (Dostupné na: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63)
- ☞ „Poskytuje fyziologickou péči dítěti bezprostředně po porodu včetně prvního ošetření“ (tamtéž)
- ☞ Navštěvuje rodinu i po porodu

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této práce si klade za cíl vytvoření všeobecného přehledu o gravidních ženách, průběhu jejich těhotenství a pocitech, což by mělo plyně navazovat na teoretickou část. Cíle práce bych shrnula do několika bodů:

- a) Zjistit zda je významný rozdíl mezi emocionálními stavy primipar a multipar v průběhu gravidity a co dané skupiny spojuje
- b) Zjistit všeobecnou informovanost o možnostech bezplatné pomoci porodní asistentky a významu psychoprofylaktické poradny pro ženy
- c) Zmapovat pocity žen, před porodem i po porodu
- d) Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak ženy svá těhotenství prožívají a zdali se ve vzorku objeví ženy trpící poporodní depresí, které je v teoretické části věnována poměrně obsáhlá kapitola

Předmětem výzkumu je emocionální stav respondentek, jež v daném vzorku představují ženy, které již minimálně jednou prožily celé těhotenství včetně šestinedělí a jsou tedy dostatečně kompetentní k tomu, vyjádřit své zkušenosti v dotazníku a tím pádem významně přispět k dokončení výzkumu.

Následující úsek je tedy věnován zodpovězení třinácti výzkumných otázek. Tyto výzkumné otázky přímo navazují na stejný počet uzavřených otázek dotazníkového šetření, které bylo provedeno. Spolu s dalšími metodami výzkumu, jako je např. pedagogické pozorování, škály, sociometrie, rozhovor a mnoho jiných, se dotazník řadí do tzv. *empirických metod*. Jak uvádí Gavora (in Chráska 2007), dotazník je jednou z nejfrekventovanějších metod v pedagogickém výzkumu.

Je to způsob, kdy tazatel na předem připravené písemné otázky, získává písemné odpovědi od respondenta. (Chráska, 2007) Dotazník je využíván kupříkladu ke zjištění respondentova postoje k daným hodnotám, jež se mohou v průběhu života měnit. Z časového hlediska je dotazníková metoda výhodná, jelikož může být hromadně prezentována. Ovšem za nevýhodu lze považovat omezení odpovědí respondentů, které je dáno otázkami popřípadě předtištěnými odpověďmi, jež respondentovi neposkytují dostatečný prostor k vyjádření se. (Vágnerová, 2000)

V tomto případě se jedná o anonymní dotazník, který je v celém rozsahu k nahlédnutí v příloze. Bylo osloveno 114 respondentů. Objektem výzkumu jsou respondenti, jimiž se v této práci označují matky, které mají dítě ve věku od šesti týdnů do pěti let. Tento vzorek byl vybrán z důvodů relativně čerstvé zkušenosti s problematikou, matky tedy dokázaly věrohodněji zaznamenat své odpovědi. Výzkumu se zúčastnilo čtyřicet pět primipar a šedesát osm multipar. Vyhodnoceno bylo 113 dotazníků, jeden dotazník nebyl validní. Kvůli nesprávnému pochopení otázky respondentkou, nebylo možné dotazník vyhodnotit, odpověď nebyla zcela jednoznačná.

Dotazníky byly rozeslány elektronickou formou, prostřednictvím internetového portálu www.vyplnto.cz, podstatný podíl dat byl shromážděn přímo v terénu.

Ke každé otázce dotazníku byla vypracována výzkumná otázka. Souhrn odpovědí na výzkumné otázky sděluje procentuální zastoupení nabídnutých alternativ. Jednotlivé podíly jsou zaznamenány graficky.

Dotazníky byly zpracovány pomocí tzv. *čárkovací metody*, což znamená, že každá odpověď byla zaznamenána do samostatného archu pod danou otázku čárkou. Čárky byly následně sečteny a zaneseny do tabulek v programu Excel, který následně vytvořil vyhodnocení, potřebné pro grafické zobrazení dat.

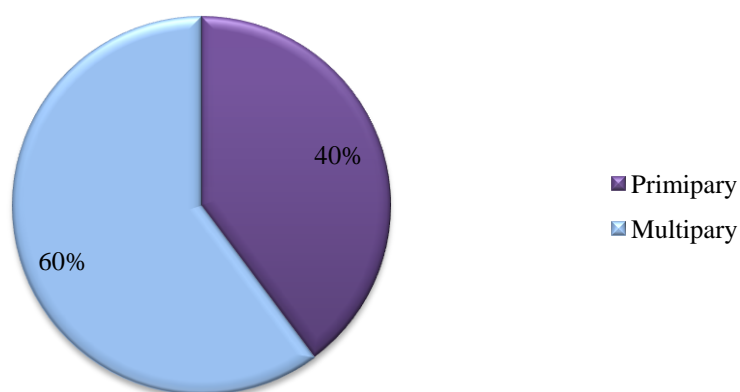
I. OTÁZKA

Prosím zaškrtněte, jste-li:

- *Prvorodička*
- *Několikanásobná matka*

Výzkumná otázka č. 1: Vyskytuje se ve vzorku více primipar či multipar?

Respondentky



Graf č. 1

Odpověď: Z daného vzorku matek a výše uvedeného grafu je zřejmé, že převážná část žen, účastnicích se výzkumu, jsou multipary.

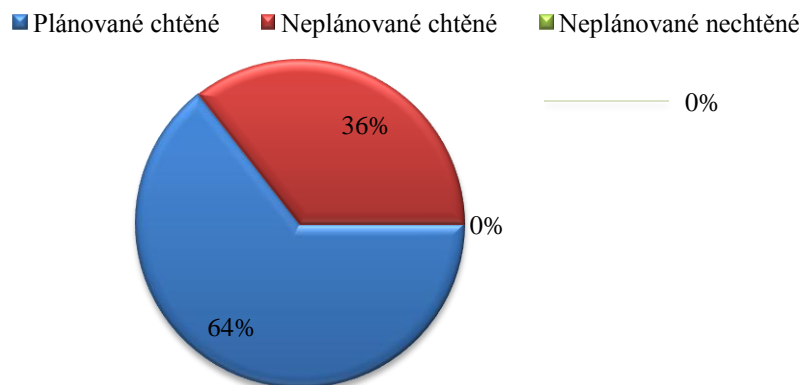
II. OTÁZKA

Jaké bylo vaše těhotenství?

- *Plánované chtěné*
- *Neplánované chtěné*
- *Neplánované nechtěné*

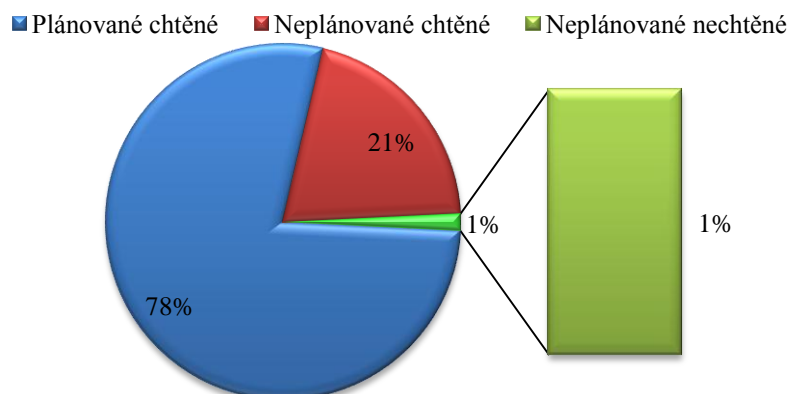
Výzkumná otázka č. 2: Je více primipar či multipar, které své těhotenství plánovaly a zároveň chtěly?

Primipary



Graf č. 2

Multipary



Graf č. 3

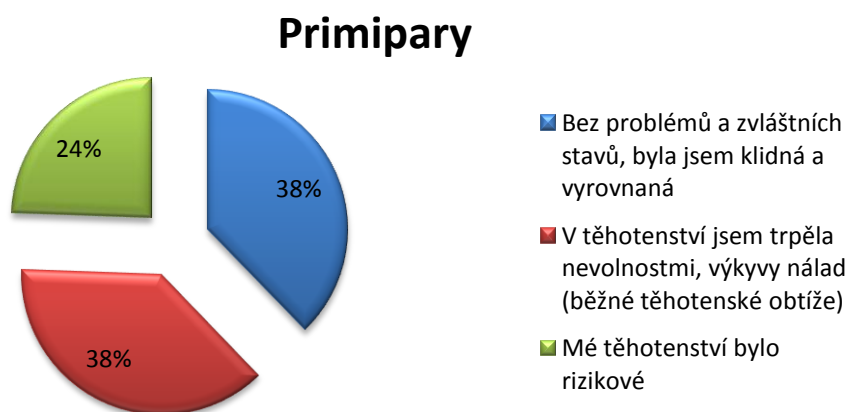
Odpověď: Z grafů vyplývá, že podíl matek, které své těhotenství plánují a zároveň chtějí, je multipar vyšší.

III. OTÁZKA

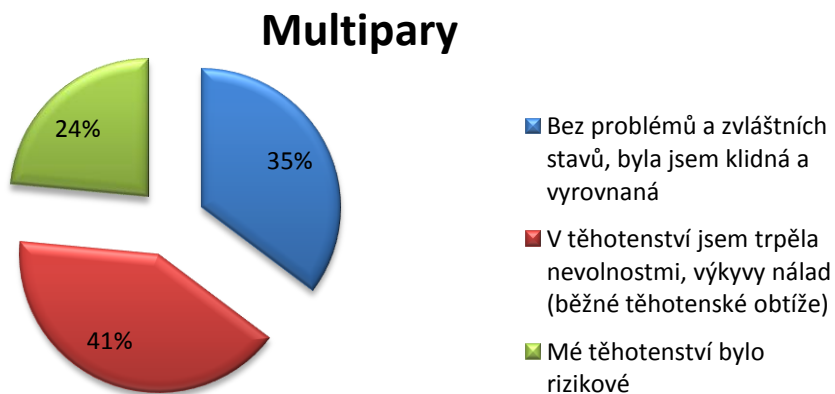
Jak probíhalo Vaše těhotenství?

- *Bez problémů a zvláštních stavů, byla jsem klidná a vyrovnaná*
- *V těhotenství jsem trpěla nevolnostmi, výkyvy nálad (běžné těhotenské obtíže)*
- *Mé těhotenství bylo rizikové*

Výzkumná otázka č. 3: Existují zásadní rozdíly v průběhu těhotenství u primipar a multipar?



Graf č. 4



Graf č. 5

Odpověď: Z výsledků šetření je patrné, že je průběh těhotenství u primipar a multipar téměř srovnatelný, respektive výskyt obtíží je u obou skupin obdobný.

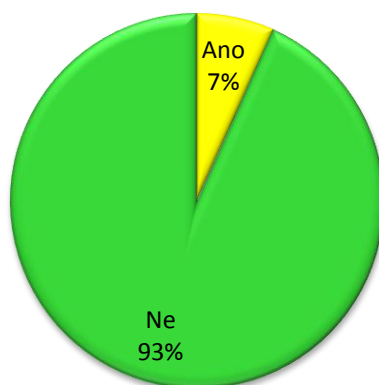
IV. OTÁZKA

Navštěvovala jste během těhotenství psychoprofylaktickou poradnu?

- *Ano*
- *Ne*

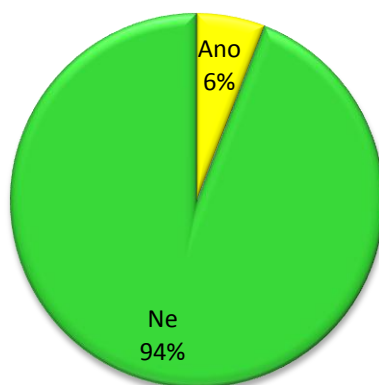
Výzkumná otázka č. 4: Převažuje využívání služeb psychoprofylaktické poradny primiparami nad multiparami?

Primipary



Graf č. 6

Multipary



Graf č. 7

Odpověď: Primipary navštěvují psychoprofylaktické poradny více než multipary, ovšem rozdíl je nepatrný.

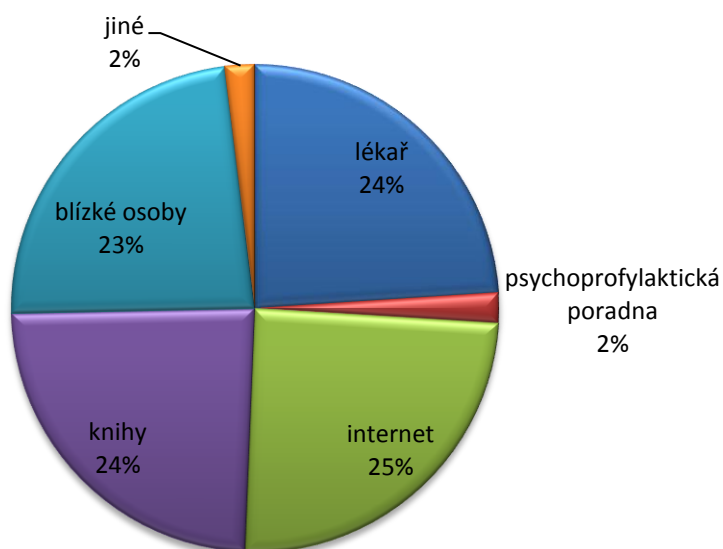
V. OTÁZKA

Kde jste získávala informace o těhotenství, vývoji dítěte a porodu?

(prosím zaškrtněte libovolný počet možností)

- *lékař*
- *psychoprofylaktická poradna*
- *internet*
- *knihy*
- *blízké osoby*
- *jiné*

Výzkumná otázka č. 5: Čerpají ženy potřebné informace kombinací výše uvedených zdrojů nebo je některý ze zdrojů zřetelně dominantní?



Graf č. 8

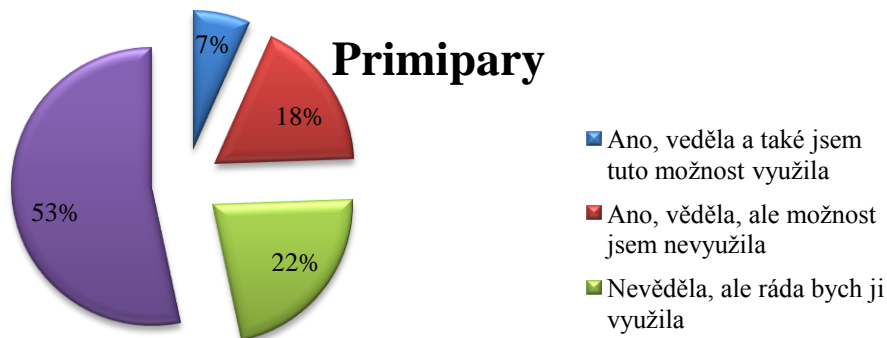
Odpověď: Využití výše uvedených zdrojů je srovnatelné, žádný z nich není výrazně dominantní. Výjimku, tvoří pouze psychoprofylaktická poradna, kterou využívá jen malé procento žen.

VI. OTÁZKA

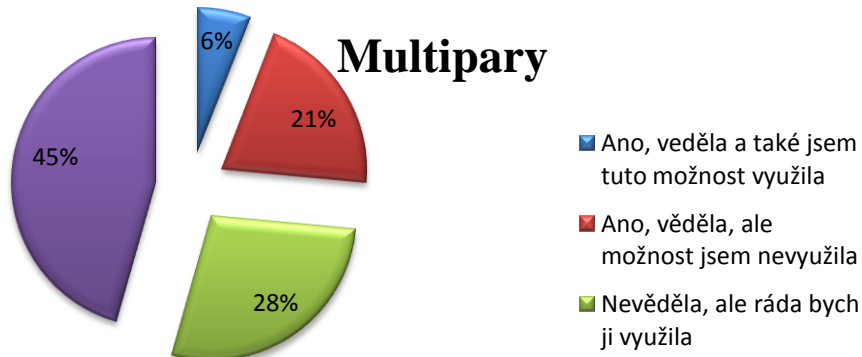
Byla jste lékařem upozorněna na možnost bezplatné porodní asistentky?

- *Ano věděla a také jsem tuto možnost využila*
- *Ano věděla, ale nevyužila jsem tuto možnost*
- *Nevěděla, ale ráda bych využila*
- *Nevěděla a nevyužila*

Výzkumná otázka č. 6: Vyskytne se výrazný rozdíl mezi skupinami primipar a multipar ve vztahu k možnosti využití bezplatné uskutečněné/potenciální pomoci porodní asistentky?

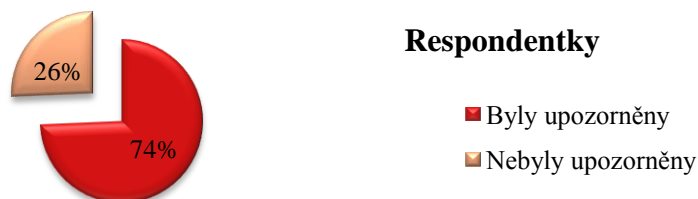


Graf č. 9



Graf č. 10

Odpověď: S kladným postojem k využití bezplatné pomoci porodní asistentky se setkáme ve vyšší míře u multipar, ovšem celkový postoj žen je spíše odmítavý. Z následujícího grafu také plyne, že lékaři ženy na tuto možnost sami neupozorňují.



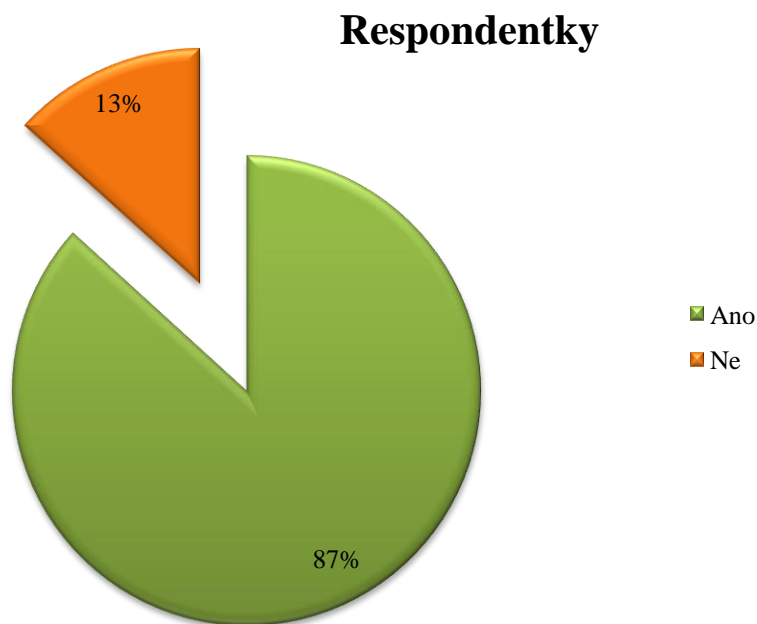
Graf č. 11

VII. OTÁZKA

Měla jste plnou důvěru ve svého lékaře, zaměstnance a nemocniční zařízení?

- *Ano*
- *Ne*

Výzkumná otázka č. 7: Mají ženy plnou důvěru v ošetřujícího lékaře, nemocniční personál a nemocniční zařízení?



Graf č. 12

Odpověď: Většina dotazovaných žen měla plnou důvěru ve svého ošetřujícího lékaře, zaměstnance nemocnice i nemocniční prostředí. Objevuje se i nezanedbatelné procento žen, které důvěru v některý z výše uvedených elementů nepocit'ovaly.

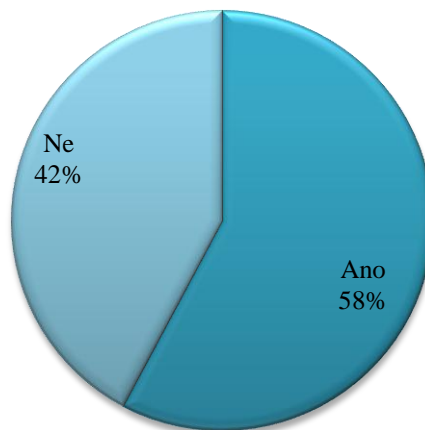
VIII. OTÁZKA

Provázely Vás během těhotenství obavy z porodu?

- *Ano*
- *Ne*

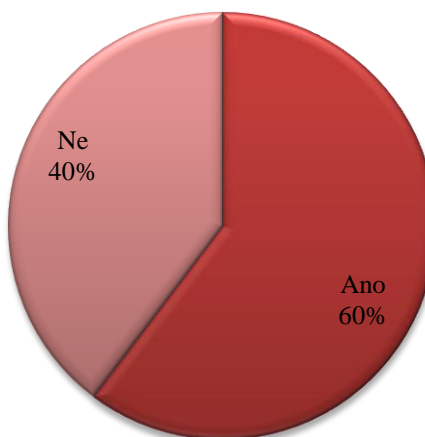
Výzkumná otázka č. 8: Vyskytují se u primipar obavy z porodu častěji než u multipar?

Primipary



Graf č. 13

Multipary



Graf č. 14

Odpověď: Obavy z porodu provází srovnatelný podíl primipar a multipar.

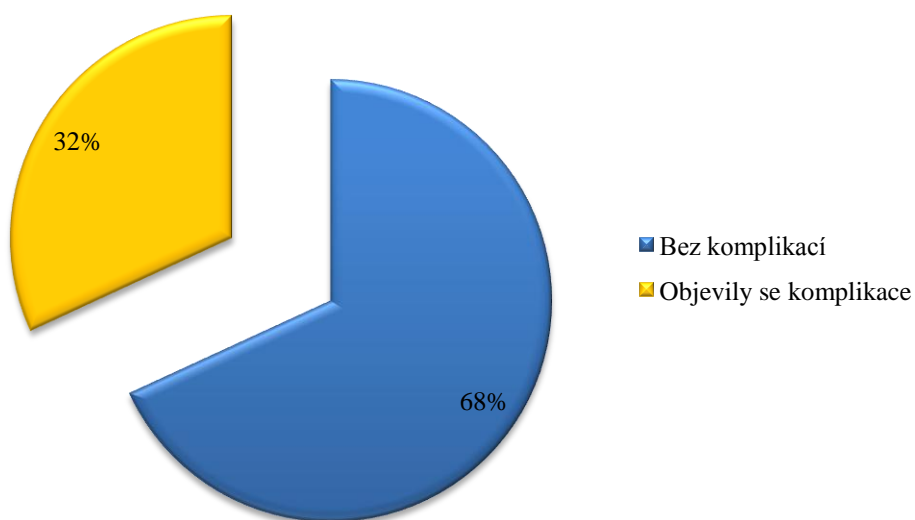
IX. OTÁZKA

Jak u Vás probíhal samotný porod?

- *Bez komplikací*
- *Objevily se komplikace*

Výzkumná otázka č. 9: Proběhl porod bez komplikací alespoň v nadpoloviční většině případů?

Respondentky



Graf č. 15

Odpověď: Výpovědi dotazovaných žen svědčí o tom, že nadpoloviční většina porodů proběhla bez komplikací, ale u výrazného počtu respondentek se komplikace objevily.

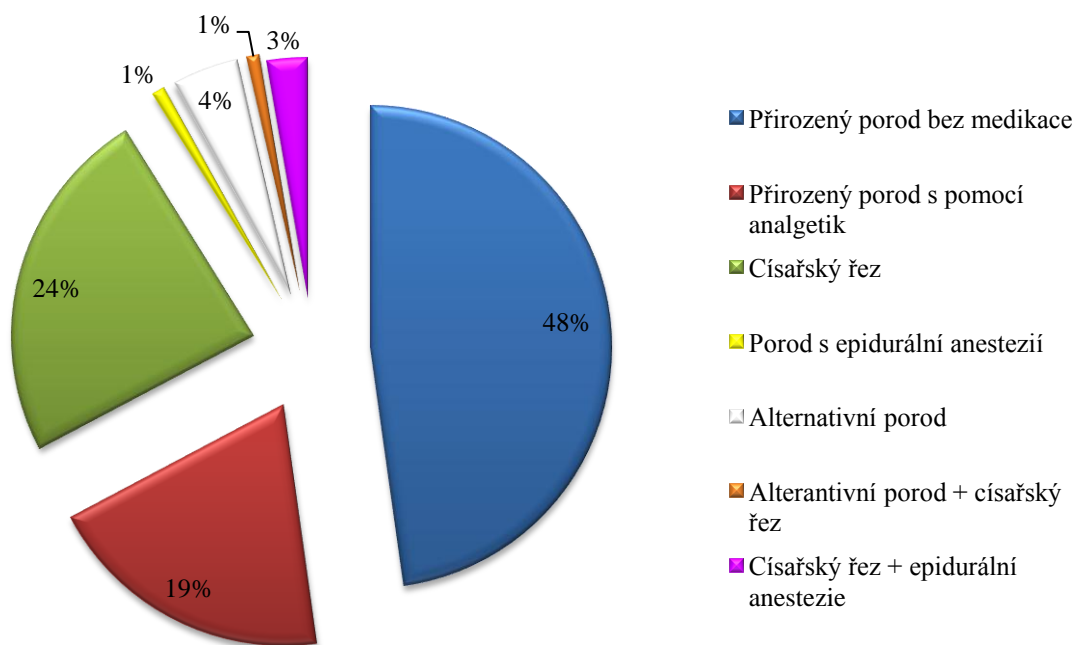
X. OTÁZKA

Vyberte prosím jednu z možností, jakou formou Váš porod probíhal?

- *Přirozený porod bez medikace*
- *Přirozený porod s pomocí analgetik*
- *Císařský řez*
- *Porod s epidurální anestezií*
- *Alternativní porod (porod do vody, na porodní vak, na porodní stoličce...)*
- *Alternativní porod + císařský řez*
- *Císařský řez + epidurální anestezie*

Výzkumná otázka č. 10: Jak velký podíl žen se rozhodlo k alternativnímu způsobu porodu?

Reponentky



Graf č. 16

Odpověď: Pouze pět procent respondentek upřednostnilo alternativní způsob porodu.

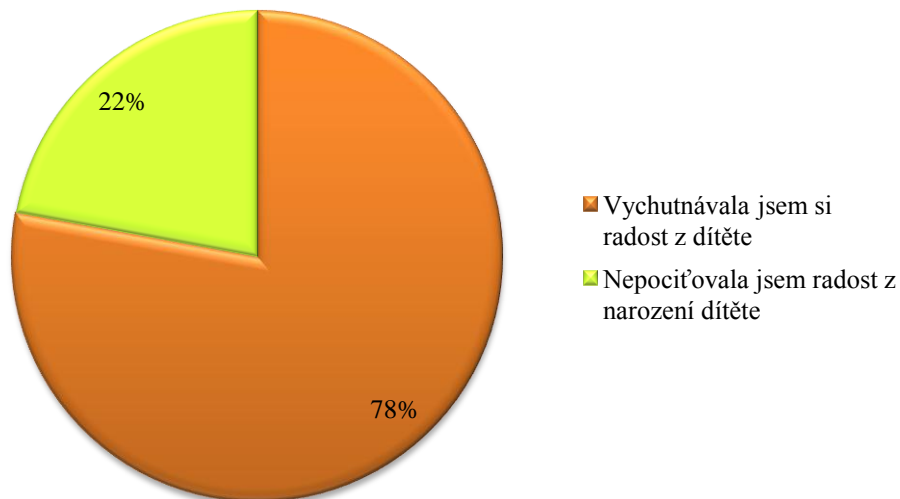
XI. OTÁZKA

Jaké byly vaše pocity v prvních minutách po porodu?

- *Vychutnávala jsem si radost z dítěte*
- *Nepociťovala jsem radost z narození dítěte (ruch na porodním sále, odnesli dítě, celkové vyčerpání...)*

Výzkumná otázka č. 11: Měly ženy v prvních minutách po porodu možnost vychutnat si radost z nově narozeného.

Respondentky



Graf č. 17

Odpověď: Více než $\frac{3}{4}$ žen měly možnost vychutnat si radost z dítěte v prvních minutách po porodu, ovšem za zmínku stojí i nemalý podíl žen, které z blíže nespecifikovaných důvodů tuto možnost neměly.

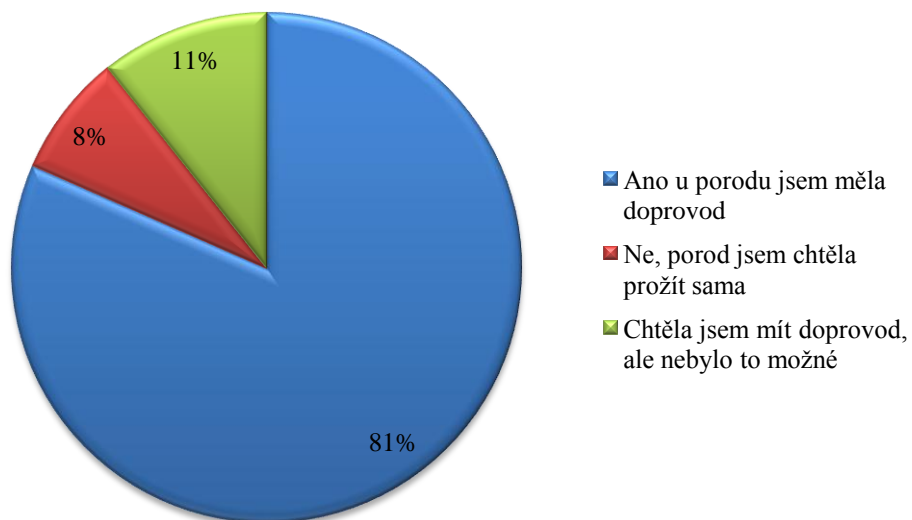
XII. OTÁZKA

Bylo Vaším přáním, aby byl porodu někdo přítomen?

- *Ano, u porodu jsem měla doprovod*
- *Ne, porod jsem chtěla prožít sama*
- *Chtěla jsem mít doprovod, ale nebylo to možné*

Výzkumná otázka č. 12: Jak významný je podíl žen, které se rozhodly prožít porod bez přítomnosti blízké osoby?

Respondentky



Graf č. 18

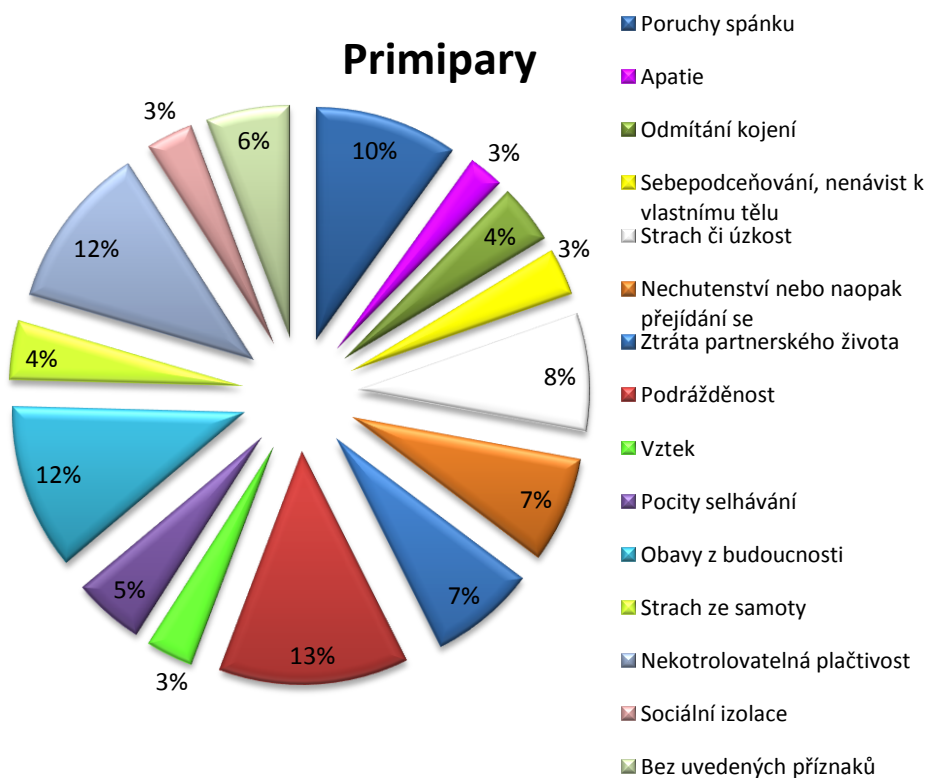
Odpověď: Z globálního hlediska podíl žen, které nechtějí mít u porodu blízkou osobu, není významný, avšak pro ženy samotné tato skutečnost zcela jistě významná je.

XIII. OTÁZKY

Objevil se u Vás v období šestinedělí některý z těchto příznaků? (prosím zaškrtněte všechny možnosti)

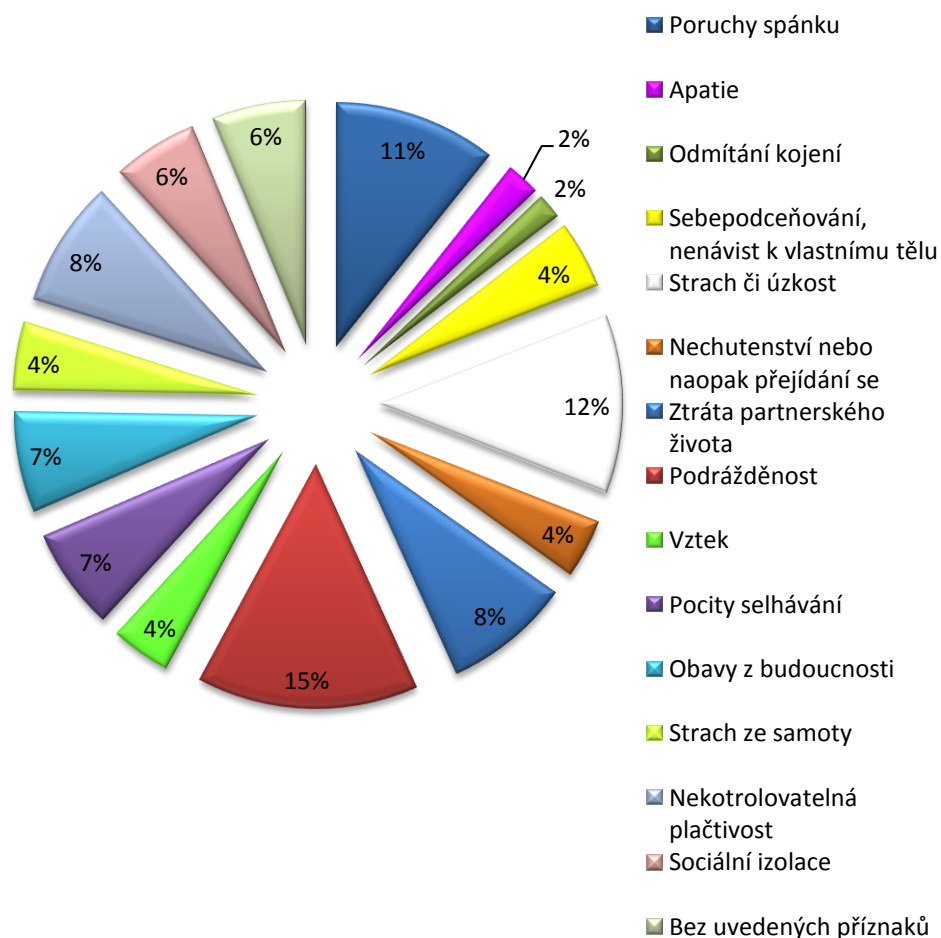
- Poruchy spánku (nemohla jsem spát, často jsem se budila)
- Apatie
- Odmítání kojení
- Sebepodceňování, nenávisť k vlastnímu tělu
- Strach či úzkost
- Nechutenství nebo naopak přejídání se
- Ztráta partnerského života (nezájem o fyzický kontakt, překážky v komunikaci s partnerem ...)
- Podrážděnost
- Vztek
- Pocity selhávání
- Obavy z budoucnosti
- Strach ze samoty
- Nekontrolovatelná plačtivost
- Sociální izolace

Výzkumná otázka č. 13: Jsou multipary schopny lépe zvládat období zvýšené psychické zátěže jakým bezesporu šestinedělí je?



Graf č. 19

Multipara



Graf č. 20

Odpověď: Zvládání vypjatých emocionálních stavů v období šestinedělí se u primipar a multipar výrazně neliší, až na výjimky, které tvoří emocionální stavy, jejichž rozdíl činí u multipar a primipar více než 3% (patří sem: strach či úzkost, nechutenství nebo přejídání se, obavy z budoucnosti, nekontrolovatelná plačtivost a sociální izolace).

DISKUZE

Téma emocionality žen v těhotenství je obecně známé. O změnách nálad žen v těhotenství i v šestinedělí je napsáno mnoho více či méně kvalitních knih. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda ženy skutečně prožívají graviditu a šestinedělí takto bouřlivě. Hlavním cílem však bylo zjistit, zda se v daném vzorku žen objeví matky, které by mohly vykazovat příznaky poporodní deprese. Nepovažovala jsem však za vhodné rozdat ženám dotazník o dvou otázkách a snažit se zjistit jen jejich pocity po porodu, proto jsem se rozhodla dotazník výrazněji provázat s teoretickou částí. Výzkum byl prováděn na dvou skupinách žen, jedná se o primipary a multipary.

Za velkou nevýhodu výzkumu považuji nemožnost verifikace jednotlivých odpovědí v dotazníku z důvodu zachování anonymity každé odpovídající ženy. Ve vzorku se objevilo přesně šest žen, což je pět procent žen, které by mohly trpět poporodní depresí. To zda si tímto stavem ženy skutečně prošly a uvědomovaly si jej nebo ne, již s ohledem na zmíněnou anonymitu dotazníků zjistit nelze. Ovšem nespornou výhodou použité dotazníkové metody, je velký počet získaných dat. Za výhodu anonymního dotazníkového šetření také považuji to, že se ženy neobávaly vyjádřit své reálné zkušenosti. Vyhodnoceno poté bylo přesně sto třináct validních dotazníků. I přesto si myslím, že získané výsledky nelze zobecňovat.

Několik otázek v dotazníku je rozděleno právě na primipary a multipary, což v některých oblastech považuji za velmi důležité, v jiných naopak za nepodstatné.

Druhá a třetí otázka v dotazníku velmi úzce souvisí s psychickým stavem ženy. Těhotenství plánované a bez obtíží může mít velmi pozitivní vliv na ženino prožívání v těhotenství, avšak není to pravidlem. Pakliže je gravidita z jakéhokoli důvodu neplánovaná, mohou se objevovat emoce strachu a úzkosti, což neprospívá matce ani plodu, avšak ani tento stav není pravidlem i žena s neplánovaným těhotenstvím může být během gravidity šťastná a spokojená.

Otázka číslo čtyři, zabývající se psychoprophylaktickou přípravou pro mne byla obzvláště zajímavá a zde vidím právě nevýhodu dotazníkového šetření. Drtivá většina žen označila, že psychoprophylaktickou poradnu během gravidity nenavštěvovala. Tuto skutečnost jsem v takové míře očekávala u multipar, u primipar však nikoli. Myslím si,

že by bylo přínosné zjistit důvod proč ženy psychoprofylaktickou přípravu nenavštěvují ani při prvním těhotenství. Setkala jsem se i s tím, že ženy netušily co psychoprofylaktická poradna je, což mne překvapilo mnohem více. Toto zjištění společně s tím, že respondentky uvedly, že nebyly informovány o možnosti bezplatné porodní asistentky, jak dokazuje graf číslo jedenáct, mne vede k domněnce, že lékaři nedostatečně informují nastávající matky o jejich možnostech. Toto tvrzení, taktéž není možné zobecnovat, vzhledem k tomu, že výzkumný vzorek žen pochází z jednoho kraje. Jedním z důvodů, proč ženy nenavštěvují psychoprofylaktickou přípravu může být i dostupnost informací například z internetu, což dokazuje graf číslo osm. Jak můžeme v grafu pozorovat, data jsou velmi podobná, tedy až na psychoprofylaktickou poradnu jsou zdroje čerpání informací srovnatelné.

Otázka číslo šest se zabývá informovaností žen v oblasti využití porodní asistentky bezplatně. Z grafů číslo devět a deset vyplývá, že velké procento žen, u primipar je to konkrétně padesát tři procent, u multipar celých čtyřicet pět procent, které o možnosti využití pomoci porodní asistentky bezplatně informovány nebyly, by tuto možnost přesto nevyužily. Domnívám se, že by jedním z důvodů mohla být nedostatečná informovanost žen o dané problematice. Nezanedbatelné je ovšem i procento žen, u primipar dvacet dva procent, u multipar dvacet osm procent, které o možnosti využití bezplatné pomoci porodní asistentky taktéž informovány nebyly, ale tuto službu by rády využily. Procento žen, které skutečně služby porodní asistentky využily je však velmi malé, jak ukazují grafy číslo devět a deset. Dle mého názoru by pomoc porodní asistentky mohla přispět k psychické pohodě ženy před porodem, ale i po něm, kdy je porodní asistentka ženě stále k dispozici a měla by být ochotna jí kdykoli poskytnout radu.

Otázky číslo sedm, osm, devět, deset a jedenáct byly zvoleny jako doplňující. Měly sloužit k zjištění souvislostí mezi ženinou důvěrou v ošetřujícího lékaře, obavami z porodu, komplikacemi při porodu, samotným porodem a prvními minutami po porodu a vznikem poporodní deprese. Tato souvislost však nebyla potvrzena.

Dvanáctá otázka dokazuje trend dnešní doby a to, mít u porodu blízkou osobu. Potvrzení nalezneme v grafu číslo osmnáct. Jsem toho názoru, že v případě, jeli to svobodné rozhodnutí obou partnerů, je to přínosné pro oba. Z mnohých článků

a diskuzí, jež jsem v rámci přípravy na bakalářskou práci pročetla, vyplývá, že mnoho žen se cítí příjemněji a bezpečněji, mají-li u sebe při porodu partnera. Jedním z důvodů může být i to, že partner nejen ohlídá novorozence, ale postará se i o to, aby se personál věnoval ženě dostatečně, což stále nemusí být samozřejmostí. Přesto se i dnes objevují ženy, které chtějí porod z různých důvodů prožít samy, je proto vždy důležité respektovat přání ženy. To ona je v této chvíli ta nejdůležitější osoba a chystá se na svět přivést nového člověka.

Jak již bylo uvedeno výše, otázku číslo třináct považuji za nejdůležitější otázku celého dotazníku. Má za úkol zjistit, zda se ve vzorku vyskytují ženy s poporodní depresí. V daném vzorku se objevily dvě ženy, jedna primipara a druhá multipara, které v otázce číslo třináct zaškrtnuly všechny uvedené příznaky, což mne dovádí k domněnce, že se u nich mohla vyskytnout poporodní deprese. V případě, kdy matky zaznačily pouze několik málo příznaků, jsem seznala, že prošly baby blues. Pakliže ženy zaškrtnuly osm a více příznaků, dospěla jsem k názoru, že se u nich mohlo jednat o poporodní depresi. V tomto případě se jedná o čtyři další ženy. Bohužel kvůli anonymitě dotazníků není možné dohledat, zda se u dvou žen se všemi označenými odpověďmi, jedná o skutečnou reálnou zkušenost či se jednalo o aktuální rozpoložení obou žen. Zajímavá je v tomto případě i odlišnost obou žen:

- ☞ Primipara - těhotenství bylo chtěné a plánované, ale rizikové. Psychoprofylaktickou poradnu nenavštěvovala a služby porodní asistentky nevyužívala. Porod žena chtěla prožít sama, probíhal bez komplikací císařským řezem, ale žena si po porodu nevychutnávala radost z dítěte.
- ☞ Multipara - těhotenství taktéž plánovala, během gravidity ji provázely běžné těhotenské obtíže. Psychoprofylaktickou poradnu taktéž nenavštěvovala a stejně tak nevyužívala služeb porodní asistentky. U porodu si žena přála mít doprovod, samotný porod probíhal bez komplikací přirozenou cestou bez medikací.

V teoretické části se uvádí, že poporodním smutkem trpí až osmdesát procent matek, výzkum toto číslo potvrzuje. Pouze šest procent žen v daném vzorku nepocítilo během šestinedělí žádný z příznaků poporodního smutku.

V kapitole o graviditě je popsána podkapitola o partnerských vztazích a sexuálním životě partnerů. I ztráta partnerského života je jedním z příznaků poporodního blues. Jak

uvádí grafy číslo devatenáct a dvacet, až sedm procent primipar a osm procent multipar, ztratily v šestinedělí zájem o intimní vztah s partnerem.

Za další zajímavost plynoucí z dotazníků, považuji multiparu, jež prožila neplánované a nechtěné těhotenství. Gravidita byla označena za rizikovou a žena nenavštěvovala psychoprofylaktickou poradnu. Co mne na ženiných odpovědích zarazilo, byl fakt, že nedůvěřovala ošetřujícímu lékaři či nemocničnímu personálu a měla obavy z porodu. Porod u ní proběhl bez komplikací císařským řezem a žena si po porodu užívala radost z novorozence, u porodu si přála mít doprovod, ovšem nebylo to možné. V šestinedělí se u ní neobjevil žádný z příznaků uvedených v otázce číslo třináct.

Otázky v dotazníkovém šetření byly zpracovány několikrát, díky cenným postřehům respondentek.

Výzkumné otázky a odpovědi

Výzkumná otázka č. 1: Vyskytuje se ve vzorku více primipar či multipar?

Odpověď: Z daného vzorku matek a výše uvedeného grafu je zřejmé, že převážná část žen, účastnících se výzkumu, jsou multipary.

Výzkumná otázka č. 2: Je více primipar či multipar, které své těhotenství plánovaly a zároveň chtěly?

Odpověď: Z grafů vyplývá, že vyšší podíl matek, které své těhotenství plánují a zároveň chtějí, jsou multipary.

Výzkumná otázka č. 3: Existují zásadní rozdíly v průběhu těhotenství u primipar a multipar?

Odpověď: Z výsledků šetření je patrné, že je průběh těhotenství u primipar a multipar téměř srovnatelný, respektive výskyt obtíží je u obou skupin obdobný.

Výzkumná otázka č. 4: Převažuje využívání služeb psychoprofylaktické poradny primiparami nad multiparami?

Odpověď: Primipary navštěvují psychoprofylaktické poradny více než multipary, ovšem rozdíl je nepatrný.

Výzkumná otázka č. 5: Čerpají ženy potřebné informace kombinací výše uvedených zdrojů nebo je některý ze zdrojů zřetelně dominantní?

Odpověď: Využití výše uvedených zdrojů je srovnatelné, žádný z nich není výrazně dominantní. Výjimku, tvoří pouze psychoprofylaktická poradna, kterou využívá jen malé procento žen.

Výzkumná otázka č. 6: Vyskytne se výrazný rozdíl mezi skupinami primipar a multipar ve vztahu k možnosti využití bezplatné uskutečněné/potenciální pomoci porodní asistentky?

Odpověď: S kladným postojem k využití bezplatné pomoci porodní asistentky se setkáme ve vyšší míře u multipar, ovšem celkový postoj žen je spíše odmítavý. Z následujícího grafu také plyne, že lékaři ženy na tuto možnost sami neupozorňují.

Výzkumná otázka č. 7: Mají ženy plnou důvěru v ošetřujícího lékaře, nemocniční personál a nemocniční zařízení?

Odpověď: Většina dotazovaných žen měla plnou důvěru ve svého ošetřujícího lékaře, zaměstnance nemocnice i nemocniční prostředí. Objevuje se i nezanedbatelné procento žen, které důvěru v některý z výše uvedených elementů nepocit'ovaly

Výzkumná otázka č. 8: Vyskytují se u primipar obavy z porodu častěji než u multipar?

Odpověď: Obavy z porodu provází srovnatelný podíl primipar a multipar.

Výzkumná otázka č. 9: Proběhl porod bez komplikací alespoň v nadpoloviční většině případů?

Odpověď: Výpovědi dotazovaných žen svědčí o tom, že nadpoloviční většina porodů proběhla bez komplikací, ale u výrazného počtu respondentek se komplikace objevily.

Výzkumná otázka č. 10: Jak velký podíl žen se rozhodlo k alternativnímu způsobu porodu?

Odpověď: Pouze pět procent respondentek upřednostnilo alternativní způsob porodu.

Výzkumná otázka č. 11: Měly ženy v prvních minutách po porodu možnost vychutnat si radost z nově narozeného.

Odpověď: Více než $\frac{3}{4}$ žen měly možnost vychutnat si radost z dítěte v prvních minutách po porodu, ovšem za zmínku stojí i nemalý podíl žen, které z blíže nespecifikovaných důvodů tuto možnost neměly.

Výzkumná otázka č. 12: Jak významný je podíl žen, které se rozhodly prožit porod bez přítomnosti blízké osoby?

Odpověď: Z globálního hlediska podíl žen, které nechtějí mít u porodu blízkou osobu, není významný, avšak pro ženy samotné tato skutečnost zcela jistě významná je.

Výzkumná otázka č. 13: Jsou multipary schopny lépe zvládat období zvýšené psychické zátěže jakým bezesporu šestinedělí je?

Odpověď: Zvládání vypjatých emocionálních stavů v období šestinedělí se u primipar a multipar výrazně neliší, až na výjimky, které tvoří emocionální stavy, jejichž rozdíl činí u multipar a primipar více než 3% (patří sem: strach či úzkost, nechutenství nebo přejídání se, obavy z budoucnosti, nekontrolovatelná plačtivost a sociální izolace).

Výzkum hodnotím jako úspěšný a pro mne velmi zajímavý, přínosný nejen pro bakalářskou práci, ale i pro mne osobně. Za úspěch považuji počet shromážděných dat, ale i to, že pouze jeden dotazník bylo nutné vyřadit pro jeho nevěrohodnost.

ZÁVĚR

Původní záměr vytvoření srozumitelného a přehledného textu vhodného pro širokou veřejnost byl zachován v průběhu celé práce, což ovšem neznamená absenci odborné úrovně.

Za základní techniku získávání informací, potřebných pro sepsání tohoto dokumentu, byla zvolena sekundární analýza dokumentů, která obnáší především studium již dříve zpracovaných publikací, které se staly zdrojem potřebných informací

Použité zdroje lze, dle jejich přínosu, rozdělit do dvou skupin. Skupina základní literatury zahrnuje veškeré použité knižní publikace. Za doplňující pak považuji zdroje, jež poskytují důvěryhodné servery zabývající se danou problematikou.

Cíl práce, jež byl formulován jako objasnění emočních stavů ženy během gravidity a po narození dítěte v období šestinedělí, byl dle mého názoru naplněn. Emoční stavy žen považuji za objasněné. Naplněný cíl, spatřuji jednak v předložených teoretických poznacích, ale také v dílčích výsledcích dotazníkového šetření. Z dnešního pohledu bych však dotazníkové šetření doplnila i případovými studii vybraných žen k objasnění některých nejasností, které dle mého názoru z dotazníku vplynuly. Například jak je uvedeno již v části „Diskuze“, proč ženy nenavštěvují psychoprofylaktickou poradnu a jiné.

Velmi důkladně je zpracována kapitola o emocích, jež považuji za jednu ze stěžejních pro tuto práci. Emoce obecně jsou velmi podrobně popisovaným pojmem v mnohé psychologické literatuře, jež se zaměřuje na obecnou psychologii. Nejpřínosnější v tomto případě pro mne byla kniha M. Nakonečného, jehož později vydané publikace cituje mnoho autorů, což dle mého názoru dokazuje hodnotu vědecké činnosti autora.

Pečlivě zpracovanou kapitolou jsou i „*Poporodní deprese*“. Tato část textu obsahuje nejzásadnější i nejkomplicovanější emocionální období v životě ženy, což je období šestinedělí, kdy se právě poporodní deprese u matek mohou vyskytnout. Za důležité také považuji objasnění depresí obecně, v čemž mi byla velmi nápomocna kniha R. Atkinson, kde jsou deprese zpracovány velmi dobře a hlavně srozumitelně, což považuji za velké pozitivum knihy.

„*Teoretická část*“ práce je členěna do sedmi kapitol, které jsou následně strukturovány do podkapitol.

Ke všem kapitolám uvedeným v bakalářské práci jsem našla dostatek kvalitní tištěné literatury. Literaturu, jež jsem prostudovala k této práci, hodnotím jako věrohodnou. Avšak ne vždy je tomu tak u internetových zdrojů. Na internetových stránkách lze bohužel nalézt i poměrně velké množství odborně nepodložených informací. Tyto prameny trpí nedostatkem ověřitelných zdrojů. Osobně jsem se snažila čerpat z důvěryhodných internetových serverů, kde to bylo možné, tam je uveden autor, případně organizace zaštiťující ty které internetové stránky.

Jedinou nesrovnalost jsem v literatuře objevila v souvislosti s vývojem dítěte před narozením. Největší problém jsem spatřovala v rozlišení období embrya a plodu. Například v publikaci od Šimíčkové Čížkové, je uvedeno embryonální období do čtvrtého měsíce vývoje dítěte. Naopak autorka J. Symons uvádí konec embryonálního období mezi devátým a desátým týdnem, kdy se začínají tvořit první kostní buňky. Model, jež jsem v dané kapitole využila, je syntézou poznatků z několika zdrojů uvedených v seznamu literatury.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA ČÍSLO 1

Stránka č. 1 z 2

iDNES.cz

O těhotné se místo lékařů postarají porodní asistentky, navrhuje Heger

22. února 2012 1:42

Ministr zdravotnictví Leoš Heger chce změnit systém péče o těhotné. Rád by posílil pravomoci porodních asistentek. Ty by měly o zdravé ženy pečovat v době těhotenství i po porodu. K lékařům by ženy docházely jen na nejnnutnější prohlídky nebo při zdravotních obtížích. Ministr tak chce ušetřit a snížit vyčerpání lékařů.



O těhotné ženy by se podle ministra Hegera měly starat porodní asistentky. K lékařům by chodily jen výjimečně. | foto: Ladislav Němec, MAFRA

Na ministerstvu už vzniká pracovní skupina, která má nové pravomoci nastavit. "Chceme, aby porodní asistentky převzaly od gynekologů prenatální péči o ženy během těhotenství. Na to nemusí být lékař," říká ministr Leoš Heger z TOP 09.

Podle něj stačí jen nově určit pravidla, co porodní asistentky mohou a kdy už by měly poslat těhotnou pro jistotu na vyšetření lékařem. Těhotné ženy by však v první řadě chodily na pravidelné prohlídky k novodobým porodním bábám. Tedy alespoň ty zdravé.

**hovor s prezidentem
ské gynekologické a
odnické společnosti
dimírem Dvořákem**

"Je pravděpodobné, že by péči o polovinu těhotných, které jsou zdravé, cítí se dobře, nic jim není a mají laboratorní vyšetření v pořádku, zcela převzaly asistentky. Ke gynekologovi by šla žena jen na ultrazvuk nebo v některých definovaných případech," říká ministr.

http://zpravy.idnes.cz/tiskni.aspx?r=domaci&c=A120221_210959_domaci_brm

11.4.2013

Čtete ve středu 22. února

Jenže ambulantní gynekology tím rozlítíl. "Nechápu, když je někde nastavena péče na vyšší úroveň, proč se vracet k tomu, co jsme tu měli dřív, za dob porodních bab?" reaguje prezident České gynekologicko-porodnické společnosti Vladimír Dvořák.

ě v počítači

MF DNES pro iPad a iPhone

Podle ministra se gynekologové bojí, že přijdou o jistý příjem peněz. Každý rok v Česku otěhotní přes sto tisíc žen. "Samozřejmě už to mohlo být dávno, ale

společnost gynekologů to vidí jako nemožné, ne z důvodů odborných, ale komerčních," říká ministr.

Jeho cílem číslo dvě je totiž ušetřit. A na to slyší jak zdravotní pojišťovna, tak poslanci. "Je jen otázka času, kdy se ty kódy pro porodní asistentky a pro pojišťovnu nasmlouvají, aby tuto práci mohly dělat a dostaly za ni zaplacené. A není to krok zpátky, je to naopak cesta do Evropy, protože ve většině zemí na Západě to tak je," říká Aleš Roztočil ze zdravotního výboru Sněmovny, shodou okolností také gynekolog. Ohrožení péče o těhotné se neobává.

A porodní asistentky logicky souhlasí. "My si s lékaři nekonkurujeme, my se doplňujeme," říká ředitelka Unie porodních asistentek Kateřina Hájková Klíčová. "Ve většině zemí je to tak, že žena chodí k porodní asistentce a jen na jistá vyšetření jde k lékaři. Takže místo deseti návštěv u něj jsou tam jen třikrát," popisuje německý model. Porodních asistentek je u nás asi šest tisíc a všechny mají vzdělání stejné jako jinde v Evropě.

Autor: Lenka Petrášová

PŘÍLOHA ČÍSLO 2

JMENUJI SE ANDREA BULVASOVÁ. STUDUJI SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKU RANÉHO VĚKU NA PALACKÉHO UNIVERZITĚ V OLOMOUCI. TENTO DOTAZNÍK SLOUŽÍ JAKO PODKLAD VÝZKUMU K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI NA TÉMA „PSYCHICKÝ STAV MATKY PŘED PORODEM A PO PORODU“.

PROSÍM O VYPLNĚNÍ NÁSLEDUJÍCÍCH OTÁZEK.

DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ.

POKUD NENÍ U OTÁZKY NAPSÁNO JINAK, PROSÍM ZAKŘÍŽKUJTE JEN JEDNU MOŽNOST. PŘEDEM DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ.

1. PROSÍM ZAŠKRTNĚTE, JSTE-LI:
 - PRVORODIČKA
 - NĚKOLIKANÁSOBNÁ MATKA
2. JAKÉ VAŠE BYLO MATEŘSTVÍ?
 - PLÁNOVANÉ A CHTĚNÉ
 - NEPLÁNOVANÉ A CHTĚNÉ
 - NEPLÁNOVANÉ A NECHTĚNÉ
3. JAK PROBÍHALO VAŠE TĚHOTENSTVÍ?
 - BEZ PROBLÉMŮ A ZVLÁŠTNÍCH STAVŮ, BYLA JSEM KLIDNÁ A VYROVNANÁ
 - V TĚHOTENSTVÍ JSEM TRPĚLA NEVOLNOSTMI, VÝKYVY NÁLAD (BĚŽNÉ TĚHOTENSKÉ OBTÍŽE)
 - MÉ TĚHOTENSTVÍ BYLO RIZIKOVÉ
4. NAVŠTĚVOVALA JSTE BĚHEM TĚHOTENSTVÍ PSYCHOPROFYLAKTICKOU PORADNU?
 - ANO
 - NE
5. KDE JSTE ZÍSKÁVALA INFORMACE O TĚHOTENSTVÍ, VÝVOJI DÍTĚTE A PORODU? (PROSÍM ZAŠKRTNĚTE LIBOVOLNÝ POČET MOŽNOSTÍ)
 - LÉKAŘ
 - PSYCHOPROFYLAKTICKÁ PORADNA
 - INTERNET
 - KNIHY
 - BLÍZKÉ OSOBY
 - JINÉ
6. BYLA JSTE LÉKAŘEM UPOZORNĚNA NA MOŽNOST BEZPLATNÉ PORODNÍ ASISTENTKY?
 - ANO VĚDĚLA A TAKÉ JSEM TUTO MOŽNOST VYUŽILA
 - ANO VĚDĚLA, ALE NEVYUŽILA JSEM TUTO MOŽNOST
 - NEVĚDĚLA, ALE RÁDA BYCH VYUŽILA

- NEVĚDĚLA A NEVYUŽILA
7. MĚLA JSTE PLNOU DŮVĚRU VE SVĚHO LÉKAŘE, ZAMĚSTNANCE A NEMOCNIČNÍ ZAŘÍZENÍ?
- ANO
 - NE
8. PROVÁZELY VÁS BĚHEM TĚHOTENSTVÍ OBAVY Z PORODU?
- ANO
 - NE
9. JAK U VÁS PROBÍHAL SAMOTNÝ POROD?
- BEZ KOMPLIKACÍ
 - OBJEVILY SE KOMPLIKACE
10. VYBERTE PROSÍM JEDNU Z MOŽNOSTÍ, JAKOU FORMOU VÁŠ POROD PROBÍHAL?
- PŘIROZENÝ POROD BEZ MEDIKACE
 - PŘIROZENÝ POROD S POMOCÍ ANALGETIK
 - CÍSAŘSKÝ ŘEZ
 - POROD S EPIDURÁLNÍ ANESTEZIÍ
 - ALTERNATIVNÍ POROD (POROD DO VODY, NA PORODNÍ VAK, NA PORODNÍ STOLIČCE...)
 - ALTERNATIVNÍ POROD + CÍSAŘSKÝ ŘEZ
 - POROD S EPIDURÁLNÍ ANESTEZIÍ + CÍSAŘSKÝ ŘEZ
11. JAKÉ BYLY VAŠE POCITY V PRVNÍCH MINUTÁCH PO PORODU?
- VYCHUTNÁVALA JSEM SI RADOST Z DÍTĚTE
 - NEPOCIŤOVALA JSEM RADOST Z NAROZENÍ DÍTĚTE (RUCH NA PORODNÍM SÁLE, ODNESLI DÍTĚ, CELKOVÉ VYČERPÁNÍ...)
12. BYLO VAŠÍM PŘÁNÍM, ABY BYL PORODU NĚKDO PŘÍTOMEN?
- ANO, U PORODU JSEM MĚLA DOPROVOD
 - NE, POROD JSEM CHTĚLA PROŽÍT SAMA
13. OBJEVIL SE U VÁS V OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ NĚKTERÝ Z TĚCHTO PŘÍZNAKŮ? (PROSÍM ZAŠKRTNĚTE VŠECHNY MOŽNOSTI)
- PORUCHY SPÁNKU (NEMOHLA JSEM SPÁT, ČASTO JSEM SE BUDILA)
 - APATIE
 - ODMÍTÁNÍ KOJENÍ
 - SEBEPODCEŇOVÁNÍ, NENÁVIST K VLASTNÍMU TĚLU
 - STRACH ČI ÚZKOST
 - NECHUTENSTVÍ NEBO NAOPAK PŘEJÍDÁNÍ SE
 - ZTRÁTA PARTNERSKÉHO ŽIVOTA (NEZÁJEM O FYZICKÝ KONTAKT, PŘEKÁŽKY V KOMUNIKACI S PARTNEREM ...)
 - PODRÁŽDĚNOST
 - VZTEK
 - POCITY SELHÁVÁNÍ
 - OBAVY Z BUDOUCNOSTI
 - STRACH ZE SAMOTY
 - NEKONTROLOVATELNÁ PLAČTIVOST

- SOCIÁLNÍ IZOLACE
- BEZ UVEDENÝCH PŘÍZNAKŮ

SEZNAM LITERATURY

ALBRECHT-ENGEL. I, ALBRECHT. M, *Těhotenství a porod, co se děje v ženském těle*, 1. vydání. Praha: Jan Vašut, 2008, ISBN 978-7236-604-0

ATKINSON. R, ATKINSON., SMITH., BEM., *Psychologie*, 1. vydání. Praha: Victoria Publishing, 1995, ISBN 80-85605-35-X

ATKINSON. R, ATKINSON., SMITH., BEM., *Psychologie*, 2. vydání. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-640-3

ČEKAL. M, ŠULC., *Průvodce ženou jiným stavem*, 1. vydání. Praha: Československý spisovatel, 2010, ISBN 978-80-87391-39-6

DELAHAYE. M, *Praktický průvodce těhotné ženy*, 1. vydání. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-073-9

GREGORA. M, VELEMÍNSKÝ. M, *Čekáme dítě*, 1. vydání. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1489-9

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

HAMBERGER. L, NILSSON. L, *TĚHOTENSTVÍ TÝDEN PO TÝDNU, Tajemství lidského života*, 2. vydání. Praha: Svojtka&Co., 2008, ISBN 80-7237-768-X

HÖFER. S, SZÁSZ. N, *Jsem v tom! Rady pro nastávající maminky. Těhotenství, porod a první dny s miminkem*, 1. vydání. Praha: Jan Vašut, 2010, ISBN 978-80-7236-735-1

CHRÁSKA. M, *Metody pedagogického výzkumu*, 1. vydání. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4

JUŘÍČKOVÁ. V, *Úvod do psychologické teorie*, 1. vydání. Opava: Optys, 2009, ISBN 978-80-85819-75-5

MACKONOCHE. A, LEWIS. S, *Těhotenství, výživa a péče o miminko*, 1. vydání. Praha: Svojtka&Co., 2009, ISBN 978-80-256-0155-6

- MICHELENA. M, *PRVNÍ ROK PRO CELÝ ŽIVOT, Tajemný citový život matky a jejího dítěte*, 1. vydání. Brno: ERA, 2006, ISBN 80-7366-041-5
- MIKULANDOVÁ. M, *TĚHOTENSTVÍ A POROD, průvodce české ženy od početí do šestinedělí*, 1. vydání. Brno: Computer Press, 2004, ISBN 80-251-0205-X
- MIKULANDOVÁ. M, *TĚHOTENSTVÍ, POROD A ŠESTINEDĚLÍ, nejčastěji kladené otázky*, 1. vydání. Brno: Computer Press, 2007, ISBN 978-80-251-1470-4
- MURKOFFOVÁ. H, EISENBERGOVÁ. A, HATWAYOVÁ. S, *Co čekat v radostném očekávání*, 1. vydání. Praha: Slovart, 2004 ISBN 80-7209-457-2
- NAKONEČNÝ. M, *Emoce a motivace*, 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1973
- NICOLSON. N, *Poporodní deprese*, 1. vydání. Praha: Grada, 2001, ISBN 80-7169-938-1
- PETÁČKOVÁ. V, KRAUS, a kol., *Akademický slovník cizích slov A-Ž*, 1. vydání. Praha: Akademia, 1997, ISBN 80-200-0607-9
- PLHÁKOVÁ. A, *Učebnice obecné psychologie*, 1. vydání. Praha: Akademia, 2004, ISBN 80-200-1086-6
- PRESTONOVÁ. P, *KNIHA KNIH O MATEŘSTVÍ – Čekáme druhé dítě*, 1. vydání. Praha: Fortuna, 2011, ISBN 978-80-7321-576-7
- SYMONS. J, *Těhotenství a péče o dítě*, 1. vydání. Praha: REBO Productions, 2004, ISBN 80-7234-284-3
- ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ. J, a kolektiv, *Přehled vývojové psychologie*, 2. nezměněné vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, ISBN 80-244-0629-2
- TRČA. S, *Budeme mít děťátko*, 1. vydání. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2581-9
- VÁGNEROVÁ. M, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 2. vydání. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ. M, *VÝVOJOVÁ PSYCHOLOGIE, dětství, dospělost, stáří*, 1. vydání. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-308-0

WIDEROVÁ. J, *POZOR! Jak se nezbláznit po porodu*, 1. vydání. Praha: Metafora, 2009, ISBN 978-80-7359-202-8

WOODS. M, *Těhotenství pro muže*, 1. vydání. Brno: CPress, 2012, ISBN 978-80-264-0132-2

Česká konfederace porodních asistentek. [online]. 2013 [citováno 19. 3. 2013]. Dostupné na World Wide Web: http://www.ckpa.cz/source/file/dokumenty/ckpa_008.pdf

FERAHLI Süsser. D, *Maminka* [online]. 2012 [citováno 14. 3. 2012]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.maminka.cz/clanek/tehotenstvi-a-porod/7-jednoduchych-tipu-jak-se-poprat-s-poporodni-depresi>

Maminka. [online]. 2013 [citováno 25. 3. 2013]. Dostupné na World Wide Web: http://www.maminka.cz/article/age/?page=215&id_age=3

Naše porodnice. [online]. 2013 [citováno 22. 2. 2013]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.naseporodnice.cz/hladina-hcg-v-krvi-hormon-signalizujici-pocatek-tehotenstvi.php>

LABUDOVÁ. Z, *Maminka* [online]. 2012 [citováno 23. 3. 2013]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.maminka.cz/clanek/zdravi/sids-nejrizikovejsi-vek-je-mezi-druhym-az-ctvrtym-mesicem>

Naše porodnice. [online] 2013 [citováno 24. 3. 2013]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.naseporodnice.cz/hladina-hcg-v-krvi-hormon-signalizujici-pocatek-tehotenstvi.php>

ROTHOVÁ. R, *Maminka* [online]. 2013 [citováno 25. 3. 2013]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.maminka.cz/clanek/tehotenstvi-a-porod/cim-vas-prekvapi-novorozenec>

Unie porodních asistentek. [online]. 2013 [citováno 19. 3. 2013]. Dostupné na World Wide Web: Web:

http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1

Příloha číslo 2