

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**KATEDRA PSYCHOLOGIE A PATOPSYCHOLOGIE**

**Diplomová práce**

Bc. Jarmila Krausová

**Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy**

Emoce gravidní ženy

**Olomouc 2014**

**Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.**

Prohlašuji, že jsem uvedenou práci zpracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 7.4. 2014

.....

Jarmila Krausová

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat paní PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D., za cenné rady a odbornou pomoc při zpracování mé diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala své sestře Mie za podporu při studiu.

## OBSAH

<b>1</b>	<b>Úvod .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Teoretická část .....</b>	<b>6</b>
2.1	Emoce a jejich charakteristika .....	6
2.1.1	Vývoj emocí.....	8
2.1.2	Dělení emocí .....	10
2.1.3	Funkce emocí .....	11
2.1.4	Emoční vlastnosti.....	12
2.2	Těhotenství a porod .....	13
2.2.1	Plánování dítěte .....	13
2.2.2	Těhotenství.....	14
2.2.3	Porod .....	19
2.2.4	Alternativy v porodnictví.....	22
2.3	Šestinedělí .....	24
2.3.1	Průběh šestinedělí.....	25
2.3.2	Poruchy psychiky v šestinedělí.....	28
<b>3</b>	<b>Výzkumná část.....</b>	<b>31</b>
3.1	Cíle práce .....	31
3.2	Výzkumné otázky .....	32
3.3	Metodika práce .....	34
<b>4</b>	<b>Prezentace výsledků .....</b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>64</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>71</b>
<b>7</b>	<b>Souhrn.....</b>	<b>73</b>
<b>8</b>	<b>Summary .....</b>	<b>74</b>
<b>9</b>	<b>Seznam literatury .....</b>	<b>75</b>
<b>10</b>	<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>80</b>
<b>11</b>	<b>Anotace.....</b>	<b>81</b>
<b>12</b>	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>83</b>

# 1 ÚVOD

Emoce jsou nedílnou součástí života každého člověka. Jelikož se již delší čas pohybuji v nemocničním prostředí, v posledních letech v prostředí gynekologie a porodnictví, rozhodla jsem se napsat svoji diplomovou práci na téma Emoce gravidní ženy. Když jsem se v nemocnici setkávala se ženami, které přišly na kontrolu či již na příjem porodního sálu, zaujala mne rozrůzněnost prožívání těchto situací. Chtěla bych zjistit, co všechno ženy vnímají a co je spouštěcím faktorem pro jejich emoční rozpoložení.

Mezi cíle mé práce patří důkladné prostudování literatury, která se týká problematiky emocí, psychických změn v graviditě a problematiky zvládání těhotenství, porodu a šestinedělí.

Ve výzkumné části bych se ráda věnovala srovnání prožívání porodu dnes a v období před dvaceti lety, kdy rodila generace mojí maminky. V této části použiji metodu případových studií, následně pak srovnám, zda se liší emocionální stránka gravidity, v jaké míře a co nejvíce ovlivňovalo naše maminky a co ovlivňuje ženy v současné době. Myslím, že bude velmi zajímavé porovnat tato dvě období. Práce by měla pomoci uvědomit si, jak je emocionální stránka života důležitá. I malé slůvko podpory či naopak negativní přístup, zvláště v tak důležitém období, kdy je očekáván příchod nového života na svět, může ovlivnit vzpomínky na tyto okamžiky.

Chtěla bych také, aby práce posloužila jako osobní manuál a návod pro přístup k těhotným či rodičím v době, kdy budu vykonávat povolání porodní asistentky.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Emoce a jejich charakteristika

Emocionální stránka člověka prochází neustálým vývojem a člověk je emocemi doprovázen téměř při všech činnostech v průběhu života. Toto ve své knize uvádí Nakonečný:

*„Původní funkcí emocí bylo hodnocení situací a příprava jejich fyzického zvládnutí. Současně však měly a mají emoce také vnitřní původ ve fyziologických a sociálních potřebách člověka, jako jsou např. hlad a sdružování“ (Nakonečný, 2000, str. 7).*

Pokud bychom chtěli definovat pojem emoce v dnešním pojetí, bude tento úkol značně nelehký. Autoři definují pojem „emoce“ různě, to je také možné přisoudit skutečnosti, že vymezením pojmu emoce se zabývá mnoho vědeckých oborů. Emoce je pojem abstraktní.

Slovo „emoce“ pochází z latinského slovesa – emovere = vzrušovat, pohnout (Macháč, 1985).

Nociar uvádí, že emoce je chápána jako komplexní stav organismu, včetně tělesných změn, které zahrnují změnu tepové frekvence, změny ve vylučování žláz nebo dýchání. Po psychické stránce vyvolávají stav vzrušení nebo povzbuzení a vede k určitému typu chování (Nociar, 2007).

Podle psychologického slovníku English a Englishová je možné vymežit pojem emoce takto:

*„Jako mentální stav, charakterizovaný cítěním a doprovázený motorickými projevy, který se vztahuje k nějakému objektu nebo vnější situaci (English a Englishová, 1958, s. 176, dle Nakonečného, 2000 str. 8)“.*

V psychologickém slovníku Hartla a Hartlové najdeme další z několika definic: Emoce zastřešují subjektivní zážitky libosti a nelibosti, které provází fyziologické změny, motorické projevy (gestikulace, mimika), stavy určité pohotovosti a zaměřenosti (např. láska, strach aj.), a lze u nich zjišťovat směr přibližování či vzdalování, intenzitu a čas trvání (Hartl a Hartlová, 2000).

Nakonečný dále uvádí srovnání pojmu emoce a cit, podle jeho názoru mají tyto dva termíny stejný význam a lze je zaměnit. V knize je obsažena i definice o různorodosti těchto dvou pojmů dle autorů Woodwortha a Marquise: „*City jsou vědomé stavy různých druhů a intenzit*“, kdežto „*emoce jsou stavy vzrušení organismu individua*“. „*Každá emoce může být popsána v termínech pocitů, motorického vzorce odpovědi, organického stavu a druhu externí situace, která emoci vyvolává.*“ (Nakonečný, 2000, str. 9).

V knize R. L. Atkinson je definice emoce vymezená jako: „Komplexní stav, vznikající v reakci na určité afektivně zbarvené podmínky“. Dále dělí prožívání intenzivních emocí na několik složek, které se mohou vzájemně ovlivňovat:

1. *Subjektivní prožitek emoce*
2. *Vnitřní tělesné reakce, zvláště ty, na nichž se podílí autonomní nervový systém*
3. *Kognitivní hodnocení nebo přesvědčení, že se odehrává pozitivní nebo negativní událost*
4. *Výraz obličeje*
5. *Reakce na emoce*
6. *Tendence jednání (Atkinson, 2003, str. 389)*

S emocemi souvisí i temperament člověka, ten je spojen s genetickou výbavou člověka a ovlivňuje sílu a intenzitu prožívání emocí. Na formu prožívání emocí má vliv také sociální prostředí a kultura, ve kterém se člověk pohybuje. Tam je také učen tomu, jak je možné emoce projevovat (Juříčková, 2009).

Ráda bych také zmínila vznik emocí po fyziologické stránce. Část nervového systému, která je spojována s emocemi, je limbický systém, jenž je uložen ve vnitřních strukturách mozku a je tvořen sítí útvarů z šedé kůry mozkové. Tyto útvary jsou propojeny drahami mezi smyslovými orgány, frontálním lalokem a hypotalamem. Informace získané z vnějšího prostředí přes smyslové orgány nebo z vnitřního prostředí organismu jsou postupně předávány do vyšších center. Mozek poté vyhodnotí, zda je tento podnět hodnocen jako libý, nelibý, příjemný či nepříjemný. Podle toho vznikne určitý typ reakce – emoce (pfyziollfup.upol.cz, 2010).

### 2.1.1 Vývoj emocí

Emoce jako psychické funkce podléhají v průběhu života člověka fylogenetickému i ontogenetickému vývoji. Emoce novorozenecké nebo dětské se výrazně liší od emocí dospělých jedinců. Existuje několik názorů na psychický vývoj člověka a každá teorie má rozdílný názor na činitele, které jsou nejdůležitější pro psychický vývoj (Nakonečný, 2000).

Podle Nakonečného (2000) jsou nejdůležitějšími činiteli v psychickém vývoji:

*Sociální aspekty života* – vztah matka x dítě, kontakt s jinými členy rodiny, pocit jistoty v přítomnosti matky

*Míra citové saturace či deprivace* – citová stimulace dítěte rodiči, hlavně matkou

*Raná emocionální zkušenost* – například kontakt s matkou, separační úzkost

V následujících odstavcích budou popsány jednotlivé fáze dle vývojových období.

#### **Novorozenec a kojeneček**

Novorozenci projevují své emoce pomocí pláče a křiku. Pláčem dávají najevo nespokojenost, neuspokojení některé ze základních potřeb, například žízeň, potřeba jídla či pozornosti – kontaktu. Mezi 3. a 6. týdnem života se začíná projevovat sociální úsměv, dítě reaguje na mimiku obličeje, i přestože ostrost obrazu ještě není úplná, dokáže dítě vnímat pohyb rtů a reaguje na ně úsměvem. Mezi druhým a šestým měsícem věku se projevují emoce jako překvapení, vztek, smutek, později také strach či ostýchavost (Nakonečný 2000, Slaměník, 2011).

#### **Batolecí a předškolní věk**

Toto období je charakteristické rozvojem osobnosti dítěte a citů sociálního původu, jako je radost ze hry, lítost nad sebou samým provázená pláčem, soucit k ostatním lidem se projevuje později. Dítě je neustále citově závislé na rodičích, jejichž chování k dítěti může negativně či pozitivně ovlivnit další vývoj sociálního citění a možnosti navazovat uspokojivé sociální vztahy v budoucnosti. V tomto období pozorujeme také tzv. „skryté učení – jeho kvalita se odvíjí od emocionálních zkušeností dítěte, které mohou vést



*k apatii a úzkostnosti nebo aktivitě a sebejistotě v dalším životě* (Nakonečný, 2000, str. 174).“ Emocionální zkušenosti z tohoto období jsou důležitým činitelem v oblasti navazování vztahů a kontaktů ve starším věku (Nakonečný, 2000).

Vyjádřování emocí dětmi má své typické charakteristické rysy:

- Emoce trvají krátce a rychle odeznívají, jsou labilní a kolísavé
- Projev emoce je silný i v banální záležitostech
- Jsou expresivní a nepotlačitelné (Nakonečný, 2000).

### **Školní věk**

Období charakteristické nástupem do školního zařízení. Dítě již umí ovládat své emoce, což je důležitý předpoklad pro vstup do školy (Slaměník, 2011). Jak uvádí Vágnerová (2004), dítě již umí vyjádřit a popsat své pocity a emoce.

### **Dospívání, puberta a adolescence**

Po období raného věku, které je označováno jako první kritické období, nastává druhé kritické období – dospívání, puberta a adolescence. Jedinec hledá vlastní identitu, s tělesnými změnami přichází pocity studu, rozdílnosti a nejistoty, výběr budoucího povolání, změna školy, hledání první lásky a rozvoj sexuální potřeby, to je jen malý výčet změn, které se v tomto období realizují a určitě jsou pro jedince velmi náročné, snad by se dalo říct i stresující (Nakonečný, 2000; Vágnerová, 2004).

Citové reakce jsou náhlé a prudké, projevuje se citová labilita a pocitový zmatek. Časté jsou hádky s rodiči nebo s jinými dospělými osobami (Nakonečný 2000).

V závěru nastává období adolescence mezi 16.–17. rokem. Tato vývojová fáze je charakteristická celkovým zklidněním, sebekontrolou a nalezením vlastního já. Adolescenti jsou již samostatní jedinci, kteří si vytváří vlastní názor na budoucí život a hledají v něm svoji roli (Vágnerová, 2004; Nakonečný, 2000).

## **Dospělost**

Dospělost je období, kdy většina jedinců nachází svého životního partnera, uzavírá manželství, najde si stálé zaměstnání, pečuje a stará se o svoji rodinu, názory a postoje jsou utříbené. Dospělost se tedy označuje jako období realismu (Nakonečný, 2000).

## **Stáří**

Závěrečná etapa života se označuje jako stáří. Někteří autoři jej ještě dělí na časně a pozdní. Hlavním zdrojem emočního prožívání je sociální situace a zdravotní stav. Období charakteristické odchodem do starobního důchodu, často ztrátou partnera či ztrátou kontaktů s kamarády a známými, nebo vznikem chronického onemocnění je pro jedince psychicky i fyzicky náročné. Jak uvádí Nakonečný (2000), stáří je období konzervativní a nedůvěřivé. Naopak výčtu negativních zážitků ve stáří mohou oponovat nové skutečnosti či činnosti, na které si člověk najde konečně čas. Například různé sportovní aktivity, výlety a vycházky. Radostné zážitky se také pojí s péčí o vnoučata či péčí o rodinu (Nakonečný, 2000).

### **2.1.2 Dělení emocí**

V literatuře se setkáváme s mnoha typy dělení emocí, například podle délky trvání, podle kvality emočního prožitku či podle účelu.

#### **Podle délky trvání se dělí emoce na:**

*Afekty* – afekt je krátkodobé a náhlé emoční vzplanutí, které je vázáno na nějaký podnět. Při afektu má jedinec tendenci rychlého a bezmyšlenkovitého chování. Například afekt hněvu, zlosti, apod.

*Nálady* – jsou již emoční projevy delšího trvání, mohou také ovlivnit paměť, pozornost nebo chování.

*Citové stavy* – dlouhodobě trvající emoční vztahy, jsou často zaměřeny na konkrétní objekt, například láska, nenávist (Piňos, 2012).

## **Dělení podle kvality emočního projevu:**

*Nižší emoce* – tyto emoce jsou vrozené a vlastní člověku i zvířatům, jsou spojeny s instinkty a se základními lidskými potřebami, řadí se sem city somatické (únava, hlad), obranné nebo útočné (obrana v ohrožení).

*Vyšší city* – trvalejší city a sentimenty, jedinec je získává v průběhu života, jejich vznik je ovlivněn společností, ve které člověk žije, někdy jsou nazývány city morálními, jelikož jsou složkou estetických, etických a intelektuálních postojů a jednání (Cakirpaloglu, 2013).

Dále uvádím dělení emocí dle D. Kreche a R. S. Crutchfielda. Pojetí tohoto dělení je spíše praktické a věcné.

1. *Primární emoce*
  - a. *Vystupují v raném individuálním vývoji*
  - b. *Vyvolávají je jednoduché nekomplikované situace*
  - c. *Mají úzké vztahy k cílově zaměřenému chování a vystupují proto společně s vysokým stupněm napětí*
2. *Emoce, jejichž předmětem je sebehodnocení - emoce úspěchu a neúspěchu, studu, hrdosti, viny, lítosti (kajícínosti) - jsou specificky lidské*
3. *Emoce vztahující se ke smyslovým podnětům – bolest, odpor, úžas, uchvácení, hnus*
4. *Emoce zaměřené na jiné osoby – láska, nenávisť, soucit, závist, škodolibost*
5. *Esteticky hodnotící city – humor, pocit krásy, vznešeného, tragického*
6. *Nálady – propůjčení celému momentálnímu prožívání určité emočně akcentované zbarvení – určité formy úzkosti, skleslost, rozpustilost, atd.*  
(Nakonečný, 1997, str. 33-34).

### **2.1.3 Funkce emocí**

Emoce mají v životě člověka několik funkcí, díky kterým je ovlivňováno a řízeno naše chování:

**Vyjadřují základní lidské motivy** – napomáhají nám dosáhnout kýženého cíle či výsledku.

**Regulují úroveň fyzické aktivity** – připravují organismus na reakci boj nebo útek v situaci, která by mohla jedince ohrozit.

**Signální funkce** – upozorňují člověka na problémové situace, podněcují jedince k výběru vhodného chování pro dosažení určitého cíle, má formu určitého emočního (varovného) signálu, například – úzkost. Díky emočním signálům se rozvíjí obranné a vyrovnávací strategie jedince.

**Kontrolní a zpětnovazební funkce** – informuje člověka o výsledcích jeho působení, probíhá na vědomé úrovni, může vyjadřovat spokojenost či nespokojenost s výsledkem činností nebo průběhem života.

**Součást neverbální komunikace** – vyjadřují lidské pocity a nálady, podnět k vyvolání kladného citového stavu.

**Funkce vnitřní pobídky** – podnět k vynaložení úsilí pro dosažení chtěného výsledku (Plháková, 2007).

#### 2.1.4 Emoční vlastnosti

Způsob prožívání emocí se označuje jako určitá emoční vlastnost nebo také osobnostní charakteristika. Je to způsob, jakým jedinec emoci prožívá. Rozdělení emočních vlastností má podobu bipolární škály. Níže uvádím klasifikaci dle Klimenta (2001), autor uvádí, že toto dělení je jedno z mnoha možných a emoční vlastnosti mohou mít i další různé formy.

*Emoční stabilita – emoční labilita*

*Osvobození se od úzkosti a deprese – sklon k prožívání úzkosti a deprese*

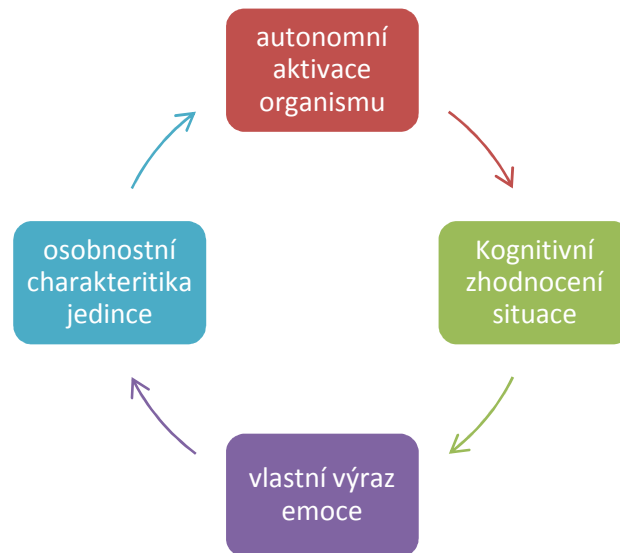
*Osvobození se od pocitu méněcennosti – sklon k pocitům méněcennosti*

*Schopnost racionální kontroly emocí – absence této vlastnosti*

*Důvěra vůči druhým lidem – nedůvěra vůči druhým lidem* (Kliment 2001, str. 58 - 59).

## Složky emocí

Na prožívání emocí se podle Klimenta (2001) podílí tyto procesy.



Zdroj: Kliment, 2001

## 2.2 Těhotenství a porod

Těhotenství a porod je pro každou ženu velmi specifické období, které je charakteristické velkými změnami v organismu ženy. Změny jsou viditelné, jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Na konci těhotenství dojde k porodu a žena se stává matkou, toto je pro ženy rodičí poprvé nová situace a je potřeba se s novou rolí matky adekvátně vyrovnat. Období po porodu je často doprovázeno negativními emocemi, které jsou okolím často vnímané jako banální. Negativní emoce mohou být pod náparem hormonálních změn velmi obtížně zvladatelné a řešení situací, kdy se u ženy po porodu negativní emoce vyskytují, je nutné brát velmi zodpovědně.

### 2.2.1 Plánování dítěte

Plánované rodičovství je snaha rodičovského páru počít dítě. Plánované rodičovství může být pozitivní či negativní. Za pozitivní se považuje snaha o těhotenství. Negativním plánovaným rodičovstvím označujeme opatření, která vedou k zamezení otěhotnění (Pařízek, 2007). Pokud se žena nebo pár rozhodne počít dítě a založit rodinu,

je vhodné zavést několik opatření, která povedou ke zdravému těhotenství a narození zdravého potomka.

Mezi tato opatření patří úprava životního stylu, ideálně alespoň tři měsíce před početím – to zahrnuje stravu obsahující dostatek vitamínů a minerálů, omezení alkoholu, nekouření apod. (Šípek, 2013).

Situace, které nepříznivě ovlivňují těhotenství a porod:

- Věk pod 20 let
- Věk nad 35 let
- Negativní zkušenost z předchozí gravidity, komplikace současné gravidity
- Užívání alkoholu či návykových látek
- Ženy v těžké sociální či ekonomické situaci
- Nechtěné těhotenství

Výše uvedené situace mohou negativně ovlivnit průběh těhotenství a porodu. Například prvorodička ve věku pod 20 let často nemá vytvořené zázemí, v němž by mohla vychovávat dítě, nebo je sama ještě nezralá se o dítě postarat. Často těhotenství vzniká z náhodných a krátkodobých vztahů (Rastislavová, 2008; Hanuščáková, 2008).

## 2.2.2 Těhotenství

Období fyziologického těhotenství trvá přibližně 40 týdnů. Údaj se také uvádí jako 280 dnů či 10 lunárních měsíců.

### Vznik těhotenství

Těhotenství začíná splnutím pohlavních buněk spermie a vajíčka, oocyty. K tomuto splnutí nejčastěji dochází ve fimbriální části vejcovodu (Roztočil, 2008). Po splnutí spermie a oocyty dochází uvnitř vajíčka ke sjednocení genetické informace buněk s haploidním počtem chromozomů a vzniká první buňka s diploidním počtem chromozomů, tzn. 44 XX nebo 44 XY – zygota (Kudela, 2011). Zygota dále putuje vejcovodem do dělohy, kde následně dojde k uhnízdění – nidaci. Během cesty vejcovodem zygota prochází druhým mitotickým dělením, tzv. rýhováním, které trvá asi

30 hodin. Zygota se dělí na blastomery. Další stádium vývoje je morula, která obsahuje 8 – 12 blastomer. V této fázi vstupuje morula do dělohy, kde je 2 – 3 dny volně uložena. Poté dochází k rozpouštění zony pelucidy, chránící morulu před působením děložní tekutiny, ta pronikne mezi buňky moruly, jež se tímto působením přemění na tzv. blastocystu, která je již dutá a obsahuje vnější vrstvu buněk, trofoblast, ze které se postupně vytvoří plodová část placenty, a vnitřní vrstvu, embryoblast, která dá vzniknout embryu, amnionu a žloutkovému váčku. Po zániknutí zony pelucidy, která tvořila ochranu před předčasným uhnízděním se blastocysta uhnízdí v děložní sliznici. Uhnízdění vajíčka se děje asi 6. až 7. den po oplození oocyty. Celý proces nidace je ukončen asi 11. den po oplození (Roztočil, 2008).

### **Diagnostika těhotenství**

Počátek těhotenství s sebou přináší mnohé změny, které jsou pro toto období charakteristické a často upozorní na počátek těhotenství. Jedná se o známky těhotenství nejisté, pravděpodobné a jisté. Mezi známky nejisté patří například nepřítomnost menstruace, nevolnost či zvracení, které je charakteristické pro první trimestr těhotenství. Mezi známky pravděpodobné patří zvětšení prsou, pohyby plodu (18. – 22. týden těhotenství) apod. Jisté známky těhotenství se již opírají o diagnostické metody. Například kvantitativní a kvalitativní zjištění hladiny HCG orientační kvalitativní zkouškou z moči a poté pro přesné určení hladiny HCG z krve těhotné ženy. Dále vyšetření ultrazvukové a zjištění akce srdeční plodu (Zwinger, 2004).

### **První trimestr**

Období od splynutí pohlavních buněk do konce 12. týdne se označuje jako první trimestr. První trimestr je období, kdy žena zjistí počátek těhotenství a vyrovnává se s touto skutečností. Někdy se stává, že těhotenství přijde nečekaně či nechtěně, žena může zvažovat možnost umělého přerušování těhotenství, nebo jí vyrovnání s touto skutečností trvá delší časové období. První trimestr je charakteristický ranními nevolnostmi, únavou nebo podrážděností. Také vznikají orgány a orgánové struktury lidského organismu. Jelikož se v každém dnu či týdnu vytváří jiný orgán či struktura, je

lidský zárodek velmi náchylný k poškození a je dobré omezit kontakt s možnými teratogenními faktory a upravit životní styl (Roztočil, 2008; Rastislavová, 2008).

### **Druhý trimestr**

Druhý trimestr je období od začátku 13. týdne gravidity do konce 26. týdne gestace. V této době žena začíná přibývat na váze a okolo 18. týdne těhotenství začíná pociťovat pohyby plodu a těhotenství dostává reálnější podobu. Žena podstupuje mnohá vyšetření k vyloučení vrozených vývojových vad či jiného poškození plodu, což může být pro nastávající rodiče velmi psychicky náročné a stresující. Často je vyžadováno sdělení pohlaví dítěte a budoucí rodiče mají jasnou představu o svém potomkovi. Budoucí maminka je v kontaktu s komunitou dalších nastávajících maminek, vyměňují si svoje zkušenosti a sbírají rady, navzájem se podporují. Vhodná je i profylaktická příprava k porodu vedená odborníkem – porodní asistentkou, kde žena získá mnohé informace, které jí pomohou zmírnit strach z porodu nebo se připravit na situace, které při porodu mohou nastat (Rastislavová, 2008).

Ukončený 24. týden gravidity se považuje dle české legislativy za hranici životaschopnosti plodu (Kudela, 2011) .

### **Třetí trimestr**

Závěrečný třetí trimestr trvá od začátku 27. týdne gravidity do porodu dítěte. Vyznačuje se nárůstem hmotnosti ženy, plod dorůstá do své porodní hmotnosti a délky. Žena se připravuje na porod a připravuje potřebné věci pro novorozence, zařizuje svůj domov pro příchod nového člena. Pocity jsou často rozrůzněné. Žena pociťuje únavu, nepohodlí či tělesný nekomfort, díky narůstající hmotnosti nemůže spát. Těšení se na příchod potomka může vystřídat obava z bolesti a porodu nebo strach z nezvládnutí nové role matky. Velmi důležitá je podpora ze strany partnera a rodiny.

Prohlídka zdravotnického zařízení, kde se bude odehrávat porod, nebo kontakt s porodní asistentkou, která pracuje v tomto zařízení a seznámí ženu s procesem přijetí k porodu a celou hospitalizací, může pozitivně ovlivnit pocity, které žena zažívá (Rastislavová, 2008).



## **Emoční situace v těhotenství**

Celé těhotenství je pro ženu velmi náročné období. Se změnami po stránce tělesné se dostávají i změny psychické. Žena se začíná připravovat na novou roli matky, musí přehodnotit svůj stávající život, často musí upravit svůj denní režim a přizpůsobit jej tak, aby nebylo ohroženo těhotenství a plod samotný.

V těhotenství se často rozvíjí pocit úzkosti nebo může dojít ke zhoršení úzkostných poruch. Jak uvádí ve své knize Rastislavová, dle výzkumu Sjogrena z roku 1997 byla nejčastější úzkost způsobena nedůvěrou ve zdravotnický personál, strachem z vlastní neschopnosti nebo strachem ze smrti ženy či smrti dítěte (Rastislavová, 2008, str. 41).

Faktory, které napomáhají rozvoji úzkosti v těhotenství

- Úzkostná porucha v anamnéze, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti
- Komplikace a špatné zkušenosti z předchozích gravidit
- Špatná socio-ekonomická situace
- Somatické potíže, potíže s přijetím gravidity

## **Klinické projevy úzkostných poruch**

### ***Generalizovaná úzkostná porucha***

Charakteristická je starost a obava, celodenní úzkost, stěžování si, podrážděnost, neschopnost odpočívat a koncentrovat se na určitou věc.

### ***Tokofobie***

Tokofobie znamená obavu z porodu či těhotenství. Může se vyskytovat již od časného mládí, ta se označuje jako primární, nebo může vzniknout v důsledku špatného zážitku z předchozího těhotenství či porodu – sekundární tokofobie.

### ***Posttraumatická stresová porucha***

Projevuje se ztrátou pozitivních emocí a pocitů, dotírajícími sny a myšlenkami. Za příčinu posttraumatické stresové poruchy je považován předchozí komplikovaný či bolestivý a protrahovaný porod nebo narození mrtvého dítěte.

## ***Těhotenská deprese***

Příčinou jsou nejčastěji biologické faktory, rizikovým faktorem pro vznik je i psychiatrická anamnéza. Zde je také nutné zmínit faktory, jako je nízký socioekonomický status nebo výskyt sebevraždy v rodině.

K zabránění vzniku výše uvedených úzkostných stavů je možné provést několik opatření, a to například poskytnout dostatek kvalitních informací ženě i jejímu partnerovi o průběhu těhotenství, zajistit pomoc rodiny, žena by měla přehodnotit také hodnotový systém, mít dostatek odpočinku a věnovat se činnostem, které jsou pro ni příjemné (Rastislavová, 2008).

## **Fyzické změny v organismu ženy**

V období těhotenství probíhá v organismu ženy mnoho změn jak po stránce fyzické, tak po stránce emocionální. Většina těchto změn je spojena s růstem tkání a změnami na orgánech. Za vznik těchto změn jsou zodpovědné především hypofyzární a placentární hormony. U zdravé ženy jsou považovány za fyziologické a po skončení těhotenství se organismus vrací do téměř původního stavu (Roztočil, 2008).

Přehled fyziologických změn na orgánech a orgánových soustavách je uveden v tabulce č. 1.

**Tabulka č. 1: Fyziologické změny v těhotenství**

Orgánová soustava	Změny
Kardiovaskulární systém	Minutový objem srdeční narůstá o 1/3 Pokles krevního tlaku, změny na EKG Srdeční tep asi 90/min, změna polohy srdce
	Zvýšený objem plazmy, zvýšená erytropoéza Pokles hemoglobinu a hematokritu
Respirační systém	Vyšší spotřeba O <sub>2</sub> Nárůst minutové ventilace asi o 40%
Gastrointestinální systém	Snížená motilita žlučníku a střev Častá pyróza, vznik hemoroidů Nauzea, zvracení (I. trimestr)
Uropoetický systém	Zvýšení glomerulární filtrace o 50% (II. trimestr)

	Stáza moče, častější záněty močových cest Zvýšená frekvence močení (tlak dělohy na moč. měchýř)
Pohybový systém	Změny v chůzi a rovnováze Demineralizace kostí
Kůže a kožní systém	Hyperpigmentace (linea alba) Vznik strií

Zdroj: (Kudela, 2011; Roztočil, 2008)

### Životospráva v těhotenství

V období těhotenství jsou na organismus ženy kladeny vysoké požadavky. Zvyšují se nároky na výživu. Je třeba doplňovat vitamíny, minerály, ale také zvýšit příjem energie. Uvádí se, že v těhotenství by žena měla přijímat asi o 1000 - 1500 kilojoulů více. Velký vliv na správný vývoj a průběh gravidity má i výživový stav před otěhotněním. Je vhodné při plánování rodičovství zařadit do jídelníčku potraviny bohaté na vitamíny, zvláště kyselinu listovou jako prevenci rozštěpových vad obličeje, míchy, ale také jako prevenci těhotenských problémů nebo předcházení předčasnému porodu.

Z dalších opatření, na které by žena připravující se na těhotenství měla myslet, je samozřejmě abstinence alkoholu, cigaret a návykových látek. Kofein nebyl prokázán jako látka, která poškozuje plod nebo narušuje průběh těhotenství. (Tláškal, 2013).

### 2.2.3 Porod

Po devíti měsících očekávání a příprav na příchod nového člověka přichází den, kdy těhotenství končí.

V lékařské terminologii je porod definován takto:

*„Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 gramů, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je nově stanovenou podmínkou hmotnost alespoň 500 gramů“* (Čech a kol., 2007, str. 121).

Samotný porod je pro většinu žen velmi stresující událostí, zvláště ženy prvorodičky mohou mít velmi smíšené pocity, jelikož je pro ně tato situace nová a neznámá. Mohou pociťovat nervozitu, úzkost, strach, obavu o sebe samu či o dítě, strach z bolesti a nebo neznámého prostředí (Macků, 1998). V současné době si často ženy připravují k porodu tzv. porodní plán, který je určitým návodem pro zdravotnický personál a vyjadřuje, co si rodička u porodu přeje či odmítá. Plán by měl být vytvořen s pomocí odborníka z oboru porodnictví a po příchodu na porodní sál by ho rodička měla konzultovat s porodní asistentkou či lékařem, který o ni bude v průběhu porodu pečovat (Pařízek, 2007).

Porod je fyziologický proces a probíhá ve třech fázích – porodních dobách. Každá z těchto fází probíhá různě dlouhou dobu, ale pořadí těchto fází je neměnné.

### **První doba porodní – otevírací**

Porod začíná první dobou porodní, kdy se začínají otevírat porodní cesty, nastupují pravidelné kontrakce různé síly a intenzity, odtéká plodová voda. První doba porodní trvá déle u prvorodičky – nejčastěji uváděný údaj je 6 – 12 hodin, u vícerodiček je tato doba většinou kratší. V této době je žena nejčastěji přijímána na porodní sál k hospitalizaci. Během příjmu je provedeno kontrolní vyšetření plodu kardiokografem, vyšetření rodičky, kontrola porodních cest a v neposlední řadě sběr anamnézy a několik administrativních úkonů spojených s podpisem informovaných souhlasů, apod. Žena je tedy uložena na porodním sále a k porodu si často přivádí svůj doprovod. Role doprovodu u porodu je velmi důležitá a člověk, se kterým žena hodlá sdílet tento okamžik, by měl být pečlivě vybrán. Nejčastěji je u porodu přítomen otec dítěte, kamarádka nebo dula. Doprovod rodičky pociťuje velmi silné emoce. Jedním z nich může být strach, bezmoc apod (Rastislavová, 2008).

První doba porodní je doprovázena silnými kontrakcemi a bolestmi, jež jsou náročné jak po fyzické, tak i po stránce psychické. Rodička hledá úlevové polohy, ve většině porodnic může v dnešní době využít teplou sprchu, gymnastický míč k sezení a různé techniky, které by jí měly být nabídnuty ošetřujícím personálem ke zmírnění bolesti (Pařízek 2007; Zwinger, 2004). První doba porodní končí úplným otevřením porodních cest, v literatuře uváděný údaj je 10 až 12 cm, zánikem porodní branky. V této době je prožívání kontrakcí velmi intenzivní a bolestivé (Rastislavová, 2008).

## **Druhá doba porodní – vypuzovací**

Na první dobu porodní plynule navazuje druhá doba porodní, tzv. vypuzovací. Tato doba je již poněkud kratší. U prvorodiček trvá asi jednu hodinu, u vícerodiček o polovinu méně. Pro vypuzení plodu musí rodička vyvinout mnoho síly. Objevuje se pocit vyčerpání, panika a obava o nezvládnutí závěrečné fáze porodu. V tento okamžik je důležitá podpora doprovodu a jasné instrukce od porodní asistentky či lékaře. Často se stává, že rodička přestává spolupracovat. Tehdy je vhodné na rodičku mluvit pomalu, ale jasnými pokyny, rodičku je možné motivovat i připomenutím zdraví dítěte a blížícím se koncem bolesti (Pařízek, 2007). V druhé době porodní je řešena i otázka episiotomie - „nástřihu hráze“, která bývá často v porodních plánech odmítána. Dříve se považovala episiotomie za rutinní výkon prováděný u většiny rodiček. V současnosti s nástupem moderního porodnictví je nástřih prováděn pouze v případech, kdy hrozí velké porodní poranění, a v případech, kdy by mohlo být ohroženo zdraví dítěte (Čermáková, 2008; Pařízek, 2007).

Druhá doba porodní končí vypuzením dítěte z porodních cest. Tento čas je provázen silnými emocemi – radostí ze zvládnutého porodu, pocitem euforie, pocitem uspokojení. Žena konečně reálně vidí svoje dítě, které 9 měsíců nosila ve své děloze. Dítě je přiloženo na břicho ženy, kde může být na přání ženy také ošetřeno. Pokud je u porodu přítomen otec, je mu nabídnuta možnost přestřižení pupeční šňůry. Následuje další ošetření novorozence, ošetření pupečního pahýlu, kredeizace a značení novorozence, které také může provádět otec dítěte. (Čermáková, 2008; Pařízek, 2007).

## **Třetí doba porodní – k lůžku**

Třetí doba porodní je charakteristická ústupem porodních bolestí a pocitem štěstí. V této době dochází k porodu placenty, ošetření porodního poranění a kontrola poporodního krvácení. Následuje první přiložení dítěte k prsu. Pokud vše probíhá bez komplikací, následující dvě hodiny jsou ponechány jako doba, kdy se matka či oba rodiče seznamují se svým potomkem, doba, kdy se žena snaží zotavit nebo si odpočinout po prožité zátěži. Po dvou hodinách bývá žena přeložena na oddělení šestinedělí, kde tráví zbylý čas hospitalizace (Čermáková, 2008; Macků, 1998, Pařízek, 2007).

## 2.2.4 Alternativy v porodnictví

### Ambulantní porod

V současné době se ženám naskytuje možnost ambulantního porodu. Ambulantní porod je, dá se říct, alternativa pro ženy, které by si přály родit v domácím prostředí, nebo nechtějí být dlouho odloučeny od rodiny či pobývat v nemocničním prostředí. Princip ambulantního porodu spočívá v tom, že žena opouští porodnici v intervalu 2 – 24 hodin po porodu. Aby žena mohla porodnici opustit takto brzy, porod musí proběhnout fyziologicky a bez komplikací. Dále je nutné, aby žena zajistila pro své dítě pediatra, který bude ochoten o novorozence takto časně pečovat. Dále si musí sama zajistit administrativní záležitosti týkající se vyřízení rodného listu apod. Také je potřeba, zajistit vyšetření, která by za klasických okolností proběhla v nemocnici. Ambulantní porod je v ČR zatím stále novinkou a zdravotnický systém není plně připraven na péči o novorozence a matku po ambulantním porodu. Chybí například návštěvní služba porodní asistentky, která by ženě v této situaci měla být nápomocna. Ve světě je ambulantní porod běžnou rutinou a systémy návaznosti péče jsou dobře propracované. (Zdroj: <http://www.propp.cz/cz/ambulantni-porod/index.html> cit. 02-01-2014).

### Bonding

Bonding je metoda, při které je podporován raný kontakt matky a dítěte. Čím dál více častěji se objevuje v porodních plánech žen nebo přichází s přáním bondingu po porodu. Cílem bondingu je vytvoření emočního vztahu a láskyplného vztahu mezi matkou a dítětem. Jak uvádí M. Mrowetz, bonding pomáhá dítěti rychleji se adaptovat na nové životní prostředí a žena dokáže lépe reagovat na potřeby dítěte. Jak tedy samotný bonding probíhá. Uplatňuje se kontakt kůže na kůži – novorozenec je po porodu přiložen na nahé tělo ženy a takto jsou ponecháni co nejdéle možný čas. Novorozenec často sám hledá cestu k prsní bradavce a spontánně se přisává k prsu.

Existuje také alternativa pro ženy, které rodí císařským řezem. Roli ženy zastává otec dítěte, který přikládá novorozence na svou hrud' a tráví s ním první okamžiky po porodu (Mrowetz, 2011).

## **Dula u porodu**

Dula je žena, která doprovází rodící ženu celým těhotenstvím až k porodu. Je to osoba, která nemusí mít zdravotnické vzdělání, a jejíž úlohou je emocionální a psychická podpora ženy. Dula nezasahuje v žádném případě do kompetencí porodní asistentky či lékaře. Jaké služby dula může poskytovat:

- psychickou podporu ženy v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí,
- informace, odkazy na literaturu, zdroje vycházející z vědeckých výzkumů,
- pomoc s ujasněním priorit,
- pomoc s přípravou porodního plánu či porodního přání,
- doporučení týkající se životosprávy v těhotenství,
- souvislý doprovod během porodu,
- pomoc při volbě polohy a dalších nefarmakologických úlevových prostředků během porodu, dotyk,
- usnadnění komunikace mezi rodičkou (či rodiči) a zdravotníky,
- podporu pro partnera a rodinu,
- informace a podporu při zahájení kojení,
- podporu rodině v šestinedělí, předávání zkušeností s péčí o dítě,
- odkazy na další odborníky.

Česká asociace dul poskytuje ženám, jež se chtějí stát profesionálními průvodkyněmi ženy, možnost absolvovat certifikovaný kurz pro získání osvědčení k výkonu tohoto povolání ([www.duly.eu](http://www.duly.eu)).

## 2.3 Šestinedělí

Období šestinedělí (puerperium) začíná velmi záhy po vypuzení placenty z dělohy. Trvá 6 týdnů od porodu. Je to období, kdy v těle ženy probíhají změny, které vedou k návratu organismu do původního stavu, jako měl před porodem. V prvních dvou až tří hodinách po porodu je žena stále uložena na porodním sále, kde probíhají časté kontroly zdravotního stavu ženy a dítěte. I přestože byl porod nekomplikovaný, může se stav ženy během několika minut změnit na život ohrožující, a to například z důvodu velkého porodního poranění, špatného zavinování dělohy či vzniku velkého poporodního krvácení. Porodní asistentka také dbá o komfort ženy. Je jí přinesena teplá strava, nabídnuto občerstvení. Po dvou hodinách po porodu je možné, aby žena, pokud se cítí v pořádku, zkusila vstát z lůžka a provedla hygienu ve sprše, a podpořila tak alespoň z části svůj komfort. Podle zvyklosti nemocnice je dítě v tomto čase na pokoji se ženou a je jim poskytnut čas na vzájemné seznámení. Ve více osvětlených porodnicích nemusí být dítě od matky odnášeno vůbec a je podporován kontakt po celou dobu hospitalizace. Samozřejmě pokud je to přání ženy. Pokud by si žena chtěla odpočinout či byl porod velmi dlouhý, může být novorozenec na dobu nezbytně nutnou k odpočinku umístěn na novorozeneckém oddělení.

Po uplynutí dvou až tří hodin je žena přeložena na oddělení šestinedělí. Pokoje jsou často více lůžkové, a tak již není možná přítomnost partnera. Pokud by žena chtěla mít více soukromí, může požádat o nadstandardní pokoj, který je v dnešní době již samozřejmostí skoro ve všech porodnicích.

Pocity ženy v raném období po porodu jsou různé, od pocitu euforie, radosti a štěstí po pocit únavy a vyčerpání. I přestože je žena vyčerpaná, často nemůže usnout. Neustále si v hlavě přemítá zážitky a pocity z porodu, představuje si v hlavě obraz dítěte, pokud jej nemá u sebe. Za tyto psychické změny je odpovědná i změna v hladinách hormonů, klesá hladina progesteronu a estrogenu a do krevního oběhu je z hypofýzy vyplavován ve větším množství oxytocin a prolaktin, což jsou hormony, které napomáhají rozvoji kojení (Pařízek, 2007).

V první poporodní den se u žen často projevuje radostná nálada a pocit štěstí ze zvládnutého porodu. Tyto pocity v 50 % až 80 % případů vystřídají obavy, úzkost a labilita. Toto je spojeno s novou rolí matky, kdy žena začíná pečovat o svého potomka a může se u ní projevit pocit strachu, že nezvládne péči o dítě, a pokud má například ještě problém s kojením, může se projevit i pocit selhání (Pařízek, 2007; Rastislavová,



2008). Následující dny, které žena tráví v porodnici, jsou určeny ke kontrole zdravotního stavu dítěte i zdravotního stavu ženy. Žena může pociťovat dyskomfort, osamocení, nedostatek soukromí. Většinu dne ji zabere péče o miminko, kojení či vizita lékaře, která ji navštěvuje i dvakrát denně. Je kontrolováno umístění děložního fundu, odchod očístků, stav prsou, a krvácení. U dítěte je kontrolována hmotnost a přírůstky na váze, dále stav pupečního pahýlu nebo hodnota bilirubinu kvůli případnému vzniku novorozenecké žloutenky. Pokud je vše v pořádku, může být žena po uplynutí 72 hodin od porodu propuštěna domů. Po příchodu do domácího prostředí se žena již stará o novorozence sama a s pomocí svého partnera. Žena už také musí zařadit do svého denního režimu péči o domácnost, přípravu stravy a další činnosti, od kterých byla v nemocničním zařízení na krátkou dobu osvobozena. V této době přichází důležitá role partnera, jež by měl být ženě nápomocen. Žena je po dlouhém období těhotenství, náročném porodu a 24 hodinové péči o dítě vyčerpaná, unavená, a proto je důležité ji podpořit a převelet úkoly, které nemusí žena vykonávat, alespoň na určitý čas na jiného rodinného příslušníka (Roztočil, 2008; Kudela 2011; Pařízek 2007).

### **2.3.1 Průběh šestinedělí**

#### **Kojení**

Kojení je jedna z nejjednodušších a nejpřirozenějších forem výživy novorozence. Je to okamžik, kdy si žena a dítě užívají vzájemného kontaktu a navazují mezi sebou mateřský vztah. Při kojení pociťuje většina žen příjemné a jedinečné pocity (Gregora, 2011). Podle odborníků by každý novorozenec měl být výlučně kojen do 6. měsíce života, bez přidávání umělé výživy nebo tekutin (Zwinger, 2004). Mateřské mléko obsahuje potřebné množství tekutin a látek, které jsou v optimálním množství předávány dítěti. Žádná umělá výživa přesně nedokáže kopírovat složení mateřského mléka (Pavlátová, 2010).

Na laktaci se tělo připravuje po celou dobu těhotenství a ke konci třetího trimestru již může být přítomen výtok mleziva z bradavky. Spouštěcím faktorem pro laktaci je poklesnutí hladiny estrogenu a vysoká hladina prolaktinu. Prolaktin je nejdůležitějším hormonem pro tvorbu mléka. Asi hodinu po porodu stoupá jeho množství v krvi nejvíce, jelikož tělo reaguje na sání dítěte. Týden po porodu se hladina zvyšuje asi

desetkrát a půl roku po porodu se hladina prolaktinu při sání téměř nezvyšuje. Reakcí na dráždění prsních bradavek a sání dítěte se vyplavuje další velmi důležitý hormon pro laktaci – oxytocin. Oxytocin je hormon zadního laloku hypofýzy a uvolňuje se v určitých jednorázových dávkách. Oxytocin míří k myoepitelovým buňkám, které obepínají alveoly a vývody. Tím je způsobena kontrakce mléčné žlázy, tj. ejekční spouštěcí reflex, který se během kojení dostavuje pravidelně. Uvádí se také, že tento reflex je spouštěn i podněty sluchovými, vizuálními a dotykovými a že žena, která věří, že kojit může a bude, nemá často s kojením žádné větší obtíže. Pro správné nastartování laktace je důležitý čas v první půl hodině po porodu, kdy by mělo být ženě umožněno přiložení dítěte k prsu. Rozvíjí se prvotní sací a hledací reflex a je to také doba nejsilnější hormonální odpovědi. Stimulace bradavek též podporuje involuci dělohy pod vlivem hormonu oxytocinu a snižuje se riziko velkého porodního krvácení. I přestože je mateřského mléka zpočátku málo, pravidelným a častým přikládáním dítěte k prsu je jeho tvorba stimulována a je větší předpoklad pro úspěšné kojení. Asi druhý až třetí den po porodu se prsy začínají nalévat mlékem a žena může plně kojit. V přechodné době, kdy žena nemá dostatek mléka, je důležité vydržet a nepodávat dítěti žádnou umělou stravu lahvemi nebo dudlíky, jelikož by to byla nejlepší cesta k poškození učení novorozence sacímu reflexu. (Zwinger, 2004; Pařízek, 2006).

S kojením je někdy spojen i pocit neschopnosti, bolesti či odmítání, některé matky kojení odmítají a často je potřebná i intervence psychologa, jež jim s tímto problémem poradí. Bolest je mnohokrát spojena se špatnou technikou kojení a nedostatkem informací či pomoci od zdravotnického personálu (Paulová, 2010, Rastislavová, 2008). Nejčastější faktory, které negativně ovlivňují výlučné kojení:

- podání umělé výživy v prvních dnech po porodu, šidítka,
  - nedostatek informací, stres, nemoc,
  - nízký socio-ekonomický status, nízké vzdělání,
- (Zwinger, 2004, Rastislavová, 2008).

### **Výhody kojení pro dítě**

Uvádí se, že kojené děti mají větší odolnost vůči infekcím, alergiím nebo se u nich méně často projevuje syndrom náhlého úmrtí. Pavlátová ve svém článku uvádí několik studií, které dokazují, že kojení má výrazně pozitivní vliv na zdraví a vývoj dítěte, a to

díky správnému poměru živin a látek v mateřském mléce (Pavlátová, 2012). Kojení také chrání před obezitou, kojením se dá snížit riziko obezity u dětí asi o 22 %. Podle studie vědců z několika anglických univerzit existuje pravděpodobnost, že se u nekojených dětí častěji vyskytne úzkostná porucha, nesoustředěnost nebo problém se socializací (Havlová, 2011). V tomto odstavci je uvedeno pouze několik příkladů pozitivního vlivu kojení na zdraví dítěte. Pokud bych chtěla vyjmenovat více příkladů či studií vlivu kojení na dítě, přesahovala by tato kapitola kapacitu mé práce (Pavlátová, 2012).

Pro podporu kojení vzniklo v České republice i ve světě mnoho organizací, které se zabývají podporou tohoto procesu a obeznámením žen s pozitivy kojení dětí. U nás je to například Laktační liga nebo Národní laktační centrum. Bylo vytvořeno i mnoho edukačních materiálů, které by měly tuto snahu podpořit. Níže uvádím - Deset kroků pro úspěšné kojení, což je plán, který byl vypracován pro zdravotnická zařízení a udává, kroky, které je potřeba podniknout pro podporu kojení.

#### **Deset kroků pro úspěšné kojení:**

1. Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie.
3. Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení.
4. Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu.
5. Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí.
6. Nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů.
7. Praktikovat rooming-in – umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně.
8. Podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného harmonogramu).
9. Nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.

10. Povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení (breastfeeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice (Pavlátová 2010).

### **Sexualita v šestinedělí**

Sexualita páru po porodu je značně ovlivněna mnoha faktory. Žena se soustředí na roli matky a většinu času jí zabírá starost a péče o novorozence. Navíc se v této době hojí porodní poranění a na základě hormonálních změn nemusí být pro ženu intimní kontakt příjemný. Pokud šestinedělí probíhá bez komplikací, je možné zahájit intimní život po 6 týdnech od porodu. Záleží pouze na páru, jak k obnovení sexuálního života přistoupí. Podlé výzkumu Glazenera z roku 1997 se do deseti týdnů od porodu obnoví sexuální život u 90 % párů. Dále je ale také uváděno, že kojící ženy obnovují intimní život později než ženy, které nekojí (Rastislavová 2008).

Příchod nového člena do rodiny může být příčinou vzniku sexuálních poruch. Jedním z důvodů, kdy může vzniknout sexuální porucha, je špatné hojení porodního poranění a stud ženy před partnerem, krize ve vztahu, obava z probuzení dítěte, deprese, únava apod. Tomuto všemu se lze s úspěchem bránit pokud, má žena nebo celý rodičovský pár dostatek informací o situacích, které mohou nastat a také zralý vztah, plný pochopení a vzájemné komunikace a porozumění (Rastislavová, 2008).

### **2.3.2 Poruchy psychiky v šestinedělí**

#### **Poporodní blues**

U 50 – 80 % žen se v rozmezí 3. – 6. dne po porodu objevuje přechodný stav, který je provázen smutkem, emoční labilitou, podrážděností, změnami nálad, nespokojeností se sebou samou, plačtivostí či zmateností, tento stav se nazývá poporodní blues. Není přesně známo, proč poporodní blues vzniká, není spojován ani s komplikovaným průběhem porodu, použitou farmakoterapií u porodu nebo sociálním statutem. Častěji se dle některých autorů vyskytuje u prvorodiček. Spouštěcím faktorem může být každá situace, která v ženě vyvolá pocit nejistoty, strach o dítě apod. Poporodní blues trvá asi

10 dní. Pokud by byl průběh delší, je nutné vyhledat odborníka a začít tento stav řešit, jelikož by se mohla vyvinout těžší forma poporodní deprese (Rastislavová, 2008).

### **Poporodní deprese**

Poporodní deprese je stav, který se objevuje okolo druhého až třetího měsíce života dítěte a pokračuje i delší období. Projevuje se plačtivostí, změnami nálad, změnami v chuti k jídlu, špatnou koncentrací nebo stavem nervozity, zloby a deprese. Poporodní deprese bývá lidmi často zlehčována a zaměňována s poporodním blues a není dobře rozpoznána. Postoj k této psychické poruše bývá zlehčován. V některých případech, kdy není rozpoznána poporodní deprese, může nastat situace, která ohrožuje ženu i dítě na životě, jelikož se mohou objevit sklony k ubližování. Poporodní deprese vzniká u žen bez ohledu na věk nebo sociální úroveň. Objevuje se jak u prvorodiček, tak i multipar. Existuje ale několik rizikových faktorů, jež by mohly vznik poporodní deprese podpořit, a to například – ženy žijící v konfliktním partnerství nebo bez partnera, ženy, které těhotenství neplánovaly, nebo trpí nějakým psychiatrickým onemocněním, či již depresi prodělaly (Prestonová, 2011). U každé ženy je průběh tohoto onemocnění jiný. Některá žena trpí formou lehčí a zvládá se postarat o dítě a sebe samu, jiná žena nemusí svou roli v průběhu ataky deprese zvládat vůbec. Proto je důležité, aby okolí k ženám po porodu přistupovalo velice chápavě, ale také pozorně a v případě, že by bylo něco v nepořádku, pomohlo ženě tuto situaci řešit a přivedli ji k odborníkovi. Podle vědeckých studií se uvádí, že depresí trpí asi 10 – 20 % žen. Toto číslo nemusí být přesné z důvodu těžké diagnostiky této poruchy (Widerová, 2009; Nicolson, 2001).

### **Poporodní psychóza**

Poporodní psychóza je velmi nebezpečný stav, který může ohrozit ženu i dítě na životě, a je nutné ji včas odhalit a poskytnout okamžitě intervenci k zabránění vzniku neštěstí. Může se projevit ihned u porodu nebo v prvních třech měsících od porodu. Nejčastější doba výskytu je v prvních několika týdnech života dítěte. Příznaky se objevují náhle a příčina vzniku psychózy je nejasná, nicméně vznik tohoto stavu může podpořit psychiatrické onemocnění v anamnéze. Důležité je vědět, že poporodní

psychóza se může opakovat i u dalších gravidit ženy a je nutné s tímto rizikem počítat a ženu pečlivě sledovat.

Mezi příznaky poporodní psychózy patří:

- úzkost a panika,
- poruchy spánku,
- falešné představy, halucinace,
- suicidální myšlenky,
- myšlenka na ublížení dítěti, apod. (Widerová, 2009).

## **3 VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **3.1 Cíle práce**

#### **Teoretická část**

Seznámit se s problematikou emocí, psychického prožívání těhotenství a porodu.

#### **Výzkumná část**

Porovnat emocionální prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí u žen rodičích v uplynulých 5 letech a u žen rodičích v uplynulých 15–25 let.

Zjistit rozdíly v emocionálním prožívání porodu mezi těmito dvěma skupinami žen.

## 3.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Projevovaly se u žen, které nenavštěvovaly předporodní kurzy, častěji obavy z porodu?

Výzkumná otázka č. 2: Prožívaly ženy navštěvující předporodní kurzy porod emocionálně lépe?

Výzkumná otázka č. 3: Jaký doprovod nejčastěji volily k porodu ženy, které rodily před více než 15 lety, a ženy, které rodily v posledních 5 letech?

Výzkumná otázka č. 4: Byl doprovod u porodu pro ženy přínosem?

Výzkumná otázka č. 5: Prožívaly ženy, které rodily před více než 15 lety, více negativních emocí než ženy, které rodily v posledních 5 letech?

Výzkumná otázka č. 6: Pokud nebylo ženám umožněno využití úlevových a alternativních metod, měly by o ně v případě možnosti zájem?

Výzkumná otázka č. 7: V jakém intervalu od porodu bylo dítě nejčastěji přiloženo k prsu u žen, které rodily v posledních 5 letech, a u žen, které rodily před více než 15 lety?

Výzkumná otázka č. 8: Měly ženy dostatek informací o kojení, péči o dítě, péči o porodní poranění?

Výzkumná otázka č. 9: Měly ženy rodící v uplynulých pěti letech častěji problémy s kojením?

Výzkumná otázka č. 10: Jaké pocity se u žen nejčastěji vyskytovaly v období šestinedělí?



Výzkumná otázka č. 11: Jak dlouho přetrvávaly negativní pocity v šestinedělí u žen, které rodily před více než 15 lety, a u žen, které rodily v posledních 5 letech?

Výzkumná otázka č. 12: Byly s přístupem personálu a hospitalizací více spokojeny ženy, které rodily před více než 15 lety nebo ženy, které rodily v posledních 5 letech?

Výzkumná otázka č. 13: Co by nejčastěji chtěly změnit na svém prvním porodu ženy, které rodily před více než 15 lety, a ženy které rodily v posledních 5 letech?

### 3.3 Metodika práce

Diplomová práce je zpracována jako teoreticko-praktická. V teoretické části bylo cílem důkladně se seznámit a zpracovat problematiku emocí, těhotenství a jeho prožívání a období šestinedělí.

Pro výzkum v praktické části práce jsem zvolila kvantitativní metodu dotazníku. Jelikož cílem výzkumné části je srovnat emocionální prožívání porodu a těhotenství u žen rodičích v období posledních 5 let, a žen, které rodily před 15–25 lety, vyhodnotila jsem tuto metodu jako nejvhodnější pro realizaci výzkumu. Dotazník pro obě dvě skupiny respondentek je totožný a získávané informace se týkají emocionálního prožívání prvního porodu. Dotazník byl vyplňován v období od srpna 2013 do ledna 2014.

Dotazník je dle Gavory (2000) nejčastěji používaná výzkumná metoda a pomocí této metody, lze v krátkém čase získat informace od většího počtu respondentů. Dotazník má mít kvalitně sestavené otázky a jasnou strukturu, aby bylo možné odpovědi respondentů správně vyhodnotit (Gavora, 2000).

Dotazník se skládá z 25 otázek. V úvodu dotazníku jsou uvedeny pokyny pro vyplnění. Otázky jsou zaměřené na přípravu k porodu, průběh porodu a hospitalizace samotné, dále se zaměřují na emoce a pocity prožívané během porodu a šestinedělí. V závěru se otázky týkají informovanosti o průběhu porodu a šestinedělí. Poslední otázka je spojena se spokojeností s péčí a průběhem porodu.

Skladba otázek:

17 otázek výběrového typu (a, b, c,..) a s možností vypsání vlastní odpovědi – polouzavřené otázky

4 otázky s možností dopsání volné odpovědi – otevřené otázky

2 otázky s možností výběru ANO x NE – uzavřené otázky

2 otázky výčtového typu

Celkem bylo rozdáno 250 dotazníků (100%) s návratností 158 dotazníků (63,2%)

Z tohoto počtu bylo vyřazeno 10 dotazníků pro neúplnost vyplnění.

Celkem bylo pro účely této práce vyhodnoceno 148 dotazníků, tj. 59,2 % z celkového počtu 250 dotazníků (100%).

74 dotazníků od žen rodičích v uplynulých 5 let - označeno jako skupina A

74 dotazníků žen rodičích v horizontu minulých 15 - 25 let - označeno jako skupina B

Data získané dotazníkovým šetřením byla zpracována v programu MS Office Excel. Pomocí tohoto programu byly vyhodnoceny výsledky a vytvořeny tabulky a grafy, které jsou prezentovány v následující kapitole.

## 4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

### Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 2: Věk respondentek skupina A    Tabulka č. 3: Věk respondentek skupina B

Skupina A		Skupina B	
<b>Průměrný věk</b>	31,8	<b>Průměrný věk</b>	46,1
<b>Modus</b>	32	<b>Modus</b>	50
<b>Medián</b>	32	<b>Medián</b>	46
<b>Směrodatná odchylka</b>	2,8	<b>Směrodatná odchylka</b>	3,4

Průměrný věk respondentek skupiny A je 31,8 let. Nejnižší věk zaznamenaný při výzkumu u této skupiny je 22 let a nejvyšší věk respondentky, která odpovídala na otázku dotazníku, je 42 let. Nejčastější věk respondentek je 32 let. Tabulka č. 2.

Průměrný věk respondentek skupiny B je 46,1 let. Nejnižší věk zaznamenaný při vyhodnocení výzkumu je 38 let. Nejvyšší věk respondentek skupiny B je 50 let. Nejčastější věk respondentek je 50 let. Tabulka č. 3.

## Otázka č. 2: V kolika letech jste poprvé rodila?

Tabulka č. 4: Věk při prvním porodu sk. A Tabulka č. 5: Věk při prvním porodu sk. B

Skupina A		Skupina B	
<b>Průměrný věk</b>	28,5	<b>Průměrný věk</b>	23,1
<b>Modus</b>	28	<b>Modus</b>	23
<b>Medián</b>	28	<b>Medián</b>	23
<b>Směrodatná odchylka</b>	3,5	<b>Směrodatná odchylka</b>	2,4

Ve skupině A je průměrný věk respondentek při prvním porodu 28,5 let, se směrodatnou odchylkou 3,5. Nejčastěji ženy rodily ve 28 letech. Nejnižší věk respondentky při prvním porodu je 22 let a nejvyšší věk respondentky při prvním porodu je v tomto souboru 38 let. Tabulka č. 4.

Ve skupině B je průměrný věk při prvním porodu 23,1 let se směrodatnou odchylkou 2,4. Nejčastěji ženy poprvé rodily ve věku 23 let. Nejnižší věk respondentky při prvním porodu je 19 let a nejvyšší věk při prvním porodu je 29 let. Tabulka č. 5.

Tato skutečnost je dána nejspíše tím, že v současné době se věk rodiček zvyšuje a ženy se pro početí prvního potomka rozhodují později.

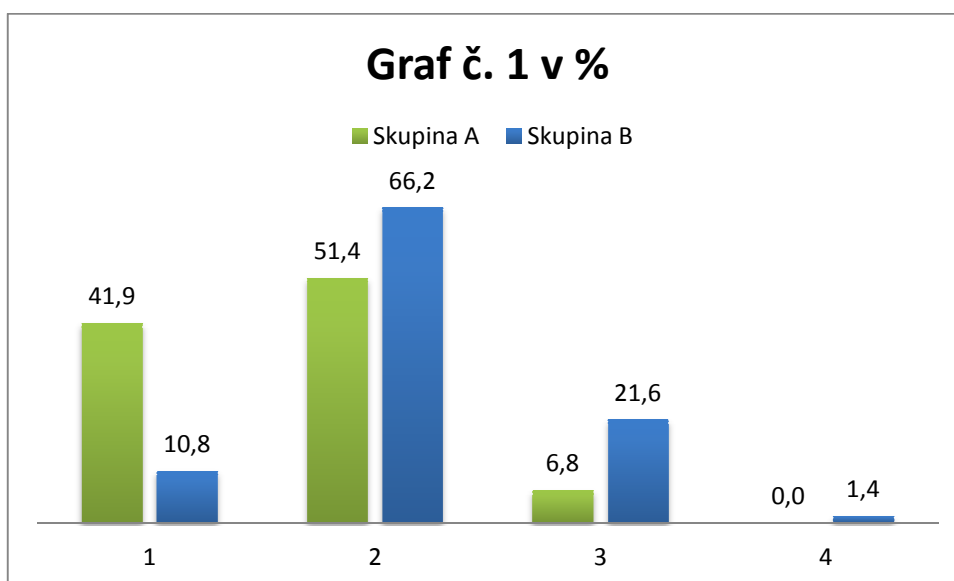
### Otázka č. 3: Kolik máte dětí?

Tabulka č. 6: Počet dětí skupina A a skupina B

Počet dětí	Skupina A	Skupina B
1	31	8
2	38	49
3	5	16
4	0	1

Další otázka se týkala počtu dětí. Ve skupině A má 38 (51,4%) respondentek 2 děti. Dále je u skupiny A nejvyšší četnost u počtu dětí 1, a to 31 (41,9%) respondentek. Tři děti má pouze 5 (6,8%) respondentek. Tabulka č. 6, graf č. 1.

Ve skupině B je taktéž nejvyšší četnost u počtu dětí 2, a to 49 (66,2 %) respondentek. Dále počet dětí 3 u 16 (21,6%) respondentek, jedno dítě uvedlo 8 (10,8%) respondentek. Jedna respondentka (1,4%) má děti 4. Tabulka č. 6, graf č. 1.



#### Otázka č. 4: Navštěvovala jste předporodní kurzy?

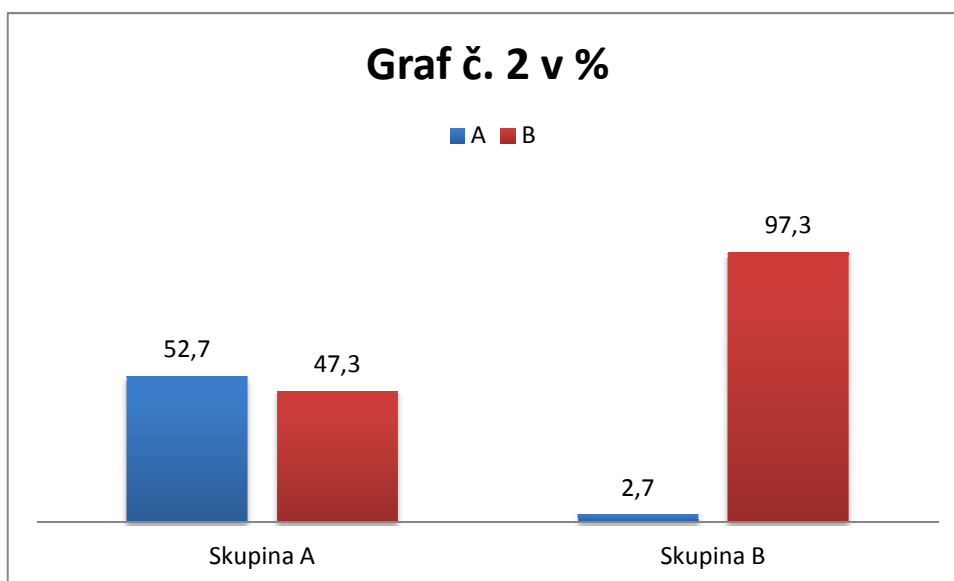
- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 7: Skupina A a B

	A	B
<b>Skupina A</b>	39	35
<b>Skupina B</b>	2	72

Ve skupině A navštěvovalo předporodní kurzy 39 (52,7%) žen, zbylých 35 (47,3%) žen kurzy nenavštěvovalo. Tabulka č. 7, graf č. 2.

Ve skupině B se předporodních kurzů účastnily pouze 2 (2,7%) ženy, zbylých 72 (97,3%) žen kurzy nenavštěvovalo. Tabulka č. 7, graf č. 2.



Tyto rozdílné výsledky mezi oběma skupinami respondentek lze přičíst období, ve kterém ženy rodily. Dříve totiž nebylo standartem, aby kurzy předporodní přípravy probíhaly skoro v každém městě. Poměrně vyrovnané výsledky ve skupině A ukazují, že i když ženy mají možnost kurzy navštěvovat, ne vždy se jich chtějí zúčastnit a této možnosti nevyužívají.

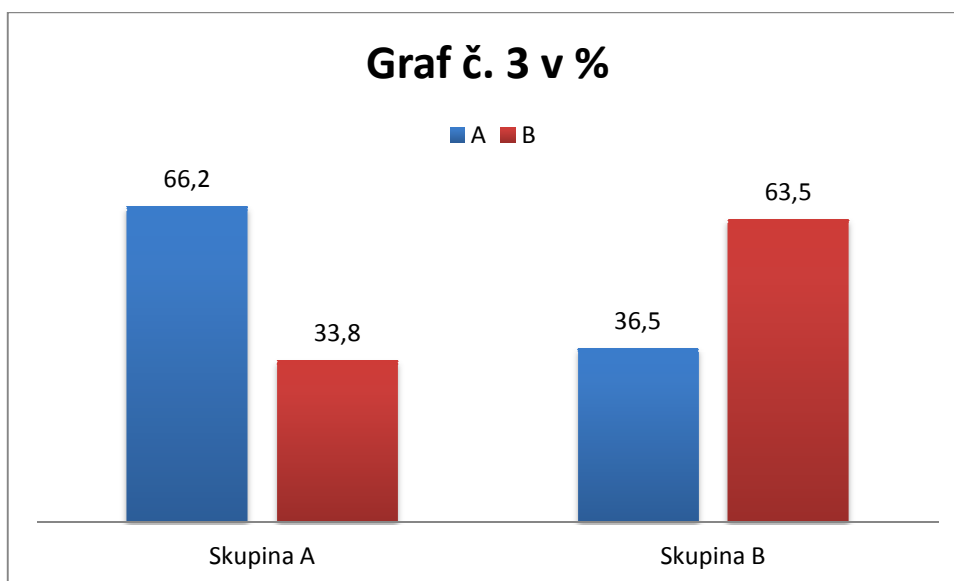
### Otázka č. 5: Pociťovala jste v průběhu těhotenství obavy z porodu?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 8: Skupina A a B

	A	B
Skupina A	49	25
Skupina B	27	47

Na otázku, zda ženy pociťovaly v průběhu těhotenství obavy z porodu, odpovědělo ve skupině A 49 (66,2%) žen ano, zbylých 25 (33,8%) respondentek odpovědělo, že obavy v průběhu porodu nepociťovaly. Ve skupině B byly výsledky následující, 27 (36,5%) žen obavy z porodu pociťovalo, 47 (63,5%) žen obavy z porodu nepociťovalo. Tabulka č. 8, graf č. 3.





### Otázka č. 6: Kdo byl po čas porodu Vaším doprovodem?

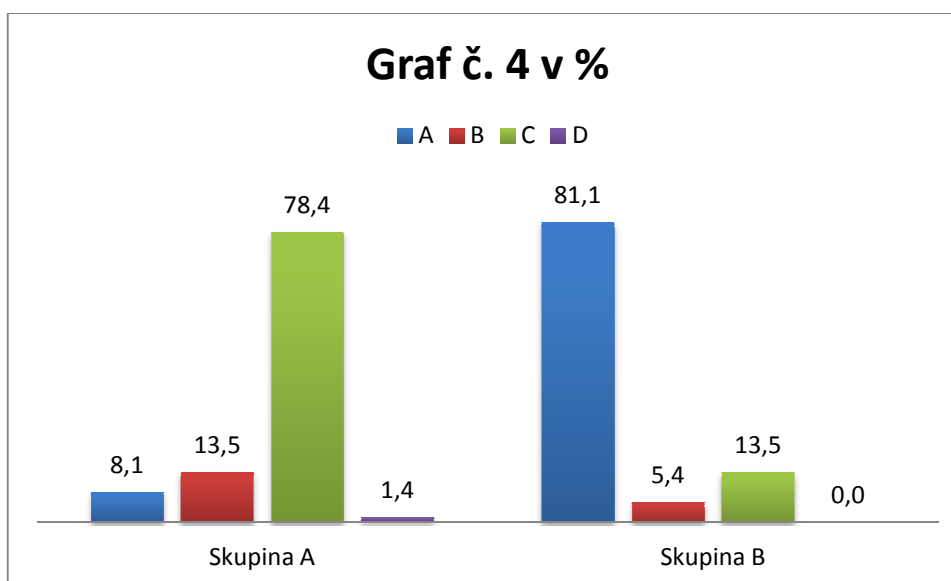
- a) Neměla jsem doprovod, nebylo mi to umožněno
- b) Nechtěla jsem doprovod
- c) Partner/manžel
- d) Jiný doprovod (dula, soukromá porodní asistentka, apod.)\_\_\_\_\_

Tabulka č. 9: Skupina A a B

	A	B	C	D
<b>Skupina A</b>	6	10	57	1
<b>Skupina B</b>	60	4	10	0

V deváté otázce jsem zjišťovala, kdo byl nejčastějším doprovodem ženy u porodu. Ve skupině A ženy nejčastěji volily odpověď C, tj. partner nebo manžel, 57 (78,4%) žen, dále odpověď B, tj. doprovod jsem nechtěla, 10 (13,5%) žen, odpověď A doprovod jsem chtěla, ale nebylo mi to umožněno, volilo 6 (8,1%) žen, v jednom případě (1,4%) měla žena jako doprovod u porodu soukromou porodní asistentku.

Skupina B má výsledky rozdílné. Nejčastěji byla volena odpověď A, tj. doprovod jsem chtěla, ale nebylo mi to umožněno, 60 (81,1%) žen, dále odpověď C – partner, manžel 10 (13,5%) žen, a zbylé 4 (5,4%) ženy o doprovod k porodu neměly zájem. Tabulka č. 9, graf č. 4.



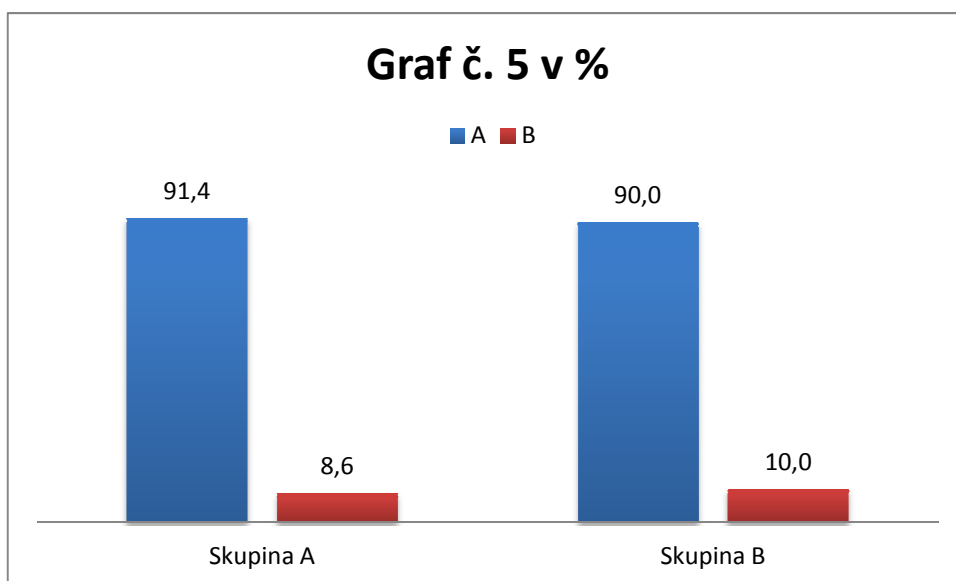
**Otázka č. 7: Pokud jste měla při porodu doprovod, byl pro Vás přínosem, oporou?**

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 10: Skupina A a B

	A	B
<b>Skupina A</b>	53	5
<b>Skupina B</b>	9	1

Otázka č. 7 byla určena pouze pro ženy, které měly při porodu doprovod. Ve skupině A na tuto otázku odpovídalo 58 žen, ve skupině B 10 žen. U skupiny A byl pro ženy doprovod při porodu přínosem v 53 (91,4%) případech. Ve skupině B bylo s doprovodem spokojeno 9 (90%) žen. Tabulka č. 10, graf č. 5.



**Otázka č. 8: Jak dlouho jste byla hospitalizovaná? \_\_\_\_\_ dní**

Tabulka č. 11: Skupina A

Skupina A	
<b>Průměrná délka</b>	6,7
<b>Modus</b>	4
<b>Medián</b>	5
<b>Směrodatná odchylka</b>	4,7

Tabulka č. 12: Skupina B

Skupina B	
<b>Průměrná délka</b>	6,8
<b>Modus</b>	6
<b>Medián</b>	6
<b>Směrodatná odchylka</b>	2,6

Průměrná délka hospitalizace je u obou skupin téměř shodná. Skupina A 6,7, skupina B 6,8. U skupiny A se objevuje vyšší hodnota směrodatné odchylky, a to 4,7, u skupiny B je směrodatná odchylka 2,6. Ženy ve skupině A byli nejčastěji hospitalizované 4 dny a ve skupině B 6 dní. Nejdéle byla ve skupině A hospitalizovaná respondentka 28 dní a to z důvodu komplikací po operativním porodu, nejkratší dobu byla hospitalizovaná respondentka 1 den a byla propuštěna po tzv. ambulantním porodu. Ve skupině B je nejdelší doba hospitalizace 20 dní, taktéž je tato doba spojena s poporodními komplikacemi a nejkratší doba hospitalizace je 5 dní. Tabulka č. 11 a 12.

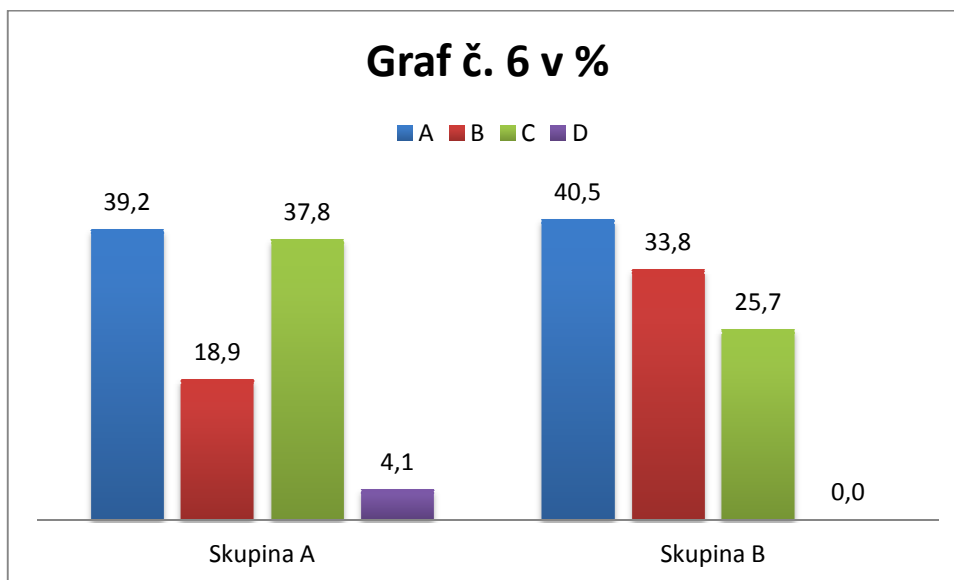
### Otázka č. 9: Jak jste zvládla odloučení a pobyt v cizím prostředí?

- a) Pobyt v cizím prostředí mi nedělá problémy
- b) Cítila jsem se sama, pociťovala jsem úzkost a stesk po domově
- c) Díky častým návštěvám jsem pobyt zvládala bez problémů
- d) Jiná možnost \_\_\_\_\_

Tabulka č. 13: Skupina A a B

	A	B	C	D
<b>Skupina A</b>	29	14	28	3
<b>Skupina B</b>	30	25	19	0

Otázka číslo 9 řešila problematiku zvládnutí odloučení od rodiny a pobyt v cizím prostředí. Ve skupině A uvedlo odpověď A 29 (39,2%) žen, odpověď B 14 (18,9%) žen, odpověď C 28 (37,8%) žen a odpověď D 3 (4,2%) ženy, kde byl uveden pocit zoufalství, strachu a samoty. Ve skupině B uvedlo 30 (40,5%) žen odpověď A, odpověď B zvolilo 25 (33,8%) žen a odpověď C byla volena v 19 (25,7%) případech. Tabulka č. 13, graf č. 6.



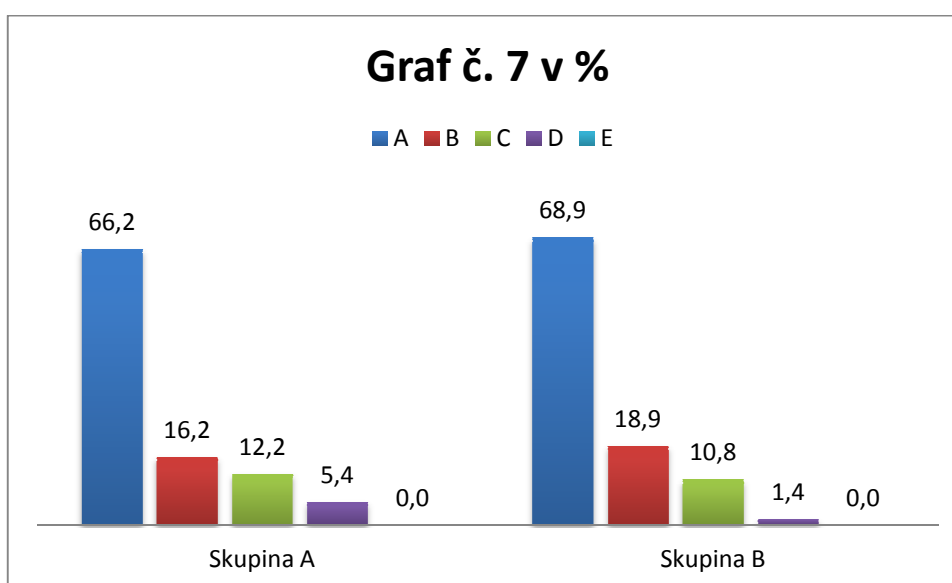
### Otázka č. 10: Jak probíhal Váš porod?

- a) Přirozený, nekomplikovaný
- b) Přirozený s komplikacemi (klešťový porod, velké porodní poranění, dlouhý porod)
- c) Císařský řez – akutní
- d) Císařský řez plánovaný
- e) Jiný porod (do vody, porodní stolička, apod.)\_\_\_\_\_

Tabulka č. 14: Skupina A a B

	A	B	C	D	E
<b>Skupina A</b>	49	12	9	4	0
<b>Skupina B</b>	51	14	8	1	0

Otázka číslo 10 se týkala průběhu porodu a výsledky byly v obou skupinách téměř shodné. Skupina A 49 (66,2%) žen rodilo přirozeným a nekomplikovaným porodem, 12 (16,2%) žen přirozený porod s komplikacemi, 9 (12,2%) žen uvedlo akutní císařský řez a 4 (5,4%) ženy, uvedly císařský řez plánovaný. Ve skupině B uvedlo 51 (68,9%) žen přirozený, nekomplikovaný porod, 12 (18,9%) žen - přirozený porod s komplikacemi, 8 (10,8%) žen akutní císařský řez, 1 (1,4%) respondentka rodila plánovaným císařským řezem. Odpověď E, kde ženy mohly uvést jinou alternativu porodu, nebyla ani v jedné skupině respondentek využita. Tabulka č. 14, graf č. 7.



**Otázka č. 11: Bylo Vám při porodu umožněno:**

<i>Střídání poloh</i>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<i>Využití sprchy, balonu, apod.</i>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<i>Léků na tišení bolesti</i>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<i>Pokud Vám nebylo umožněno využít výše uvedené metody, měla byste o ně zájem?</i>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>

Tabulka č. 15: Skupina A a B

	Poloha	Sprcha	Léky	Zájem
<b>Skupina A</b>	49	54	23	20
<b>Skupina B</b>	6	14	4	60

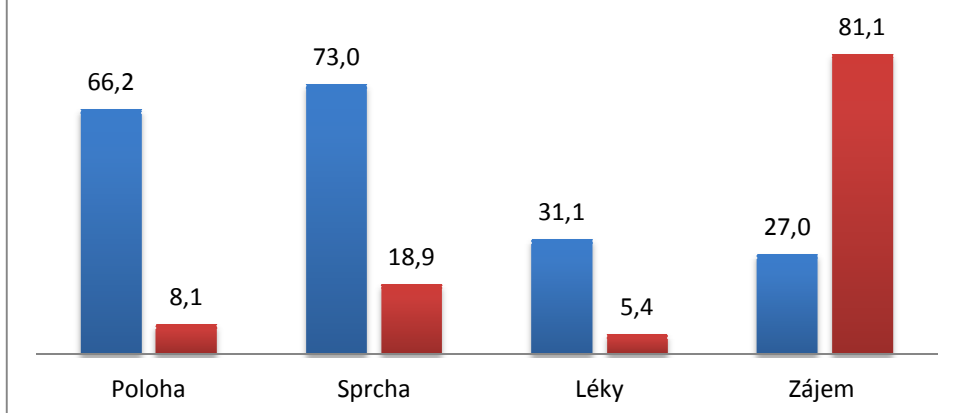
V otázce číslo 11 jsem se zajímala o průběh porodu, zda bylo ženám umožněno střídání a výběr polohy, využití sprchy, balonu nebo zda jim byla nabídnuta možnost použití léků k tišení bolesti. Pokud byla tato možnost nabídnuta, mohly ženy označit více odpovědí.

Ve skupině A bylo ženám ve 49 (66,2%) případech umožněno střídání poloh, využití sprchy a balónu bylo ženám nabídnuto v 54 (73,0%) případech a léky na tišení bolesti byly nabídnuty ve 23 (31,1%) případech. 20 (28,4%) žen tyto možnosti nedostalo, ale v případě možnosti by je rády využily.

Ve skupině B 6 (8,1%) žen mohlo využít různé polohy, sprcha či balón byl ženám nabídnut ve 14 (18,9%) případech, léky na tišení bolesti byly nabídnuty ve 4 (5,4%) případech. 60 (81,1%) žen nedostalo možnost využití alternativních možností při porodu. Tabulka č. 15, graf č. 8.

## Graf č. 8 v %

■ Skupina A ■ Skupina B



**Otázka č. 12: Jaké jste prožívala pocity během porodu? (zakroužkujte více možností)**

*Strach*                      *Úzkost*                      *Obava o zdraví dítěte*                      *Únava*  
*Celkový nekomfort (hlad, žízeň)*                      *Radost*                      *Vztek*  
*Obava o svůj život*    *Nesnesitelná bolest*    *Vyčerpání*                      *Bolest*  
*Stud*                      *Ponížení*                      *Deprese*                      *Euforie*  
*Jiný pocit: .....*

Tabulka č. 16: Skupina A a B

	Strach	Úzkost	Obava o dítě	Únava	Nekomfort	Radost	Vztek	Obava o sebe
<b>Skupina A</b>	26	12	<b>35</b>	<b>34</b>	8	22	4	4
<b>Skupina A v %</b>	35,1	16,2	<b>47,3</b>	<b>45,9</b>	10,8	29,7	5,4	5,4
<b>Skupina B</b>	<b>33</b>	26	31	29	<b>34</b>	9	5	4
<b>Skupina B v %</b>	<b>44,6</b>	35,1	41,9	39,2	<b>45,9</b>	12,2	6,8	5,4
	Nesnes. bolest	Vyčerpání	Bolest	Stud	Ponížení	Deprese	Euforie	Jiný
<b>Skupina A</b>	15	23	<b>38</b>	5	4	1	6	0
<b>Skupina A v %</b>	20,3	31,1	<b>51,4</b>	6,8	5,4	1,4	8,1	0,0
<b>Skupina B</b>	12	<b>32</b>	27	29	9	0	2	0
<b>Skupina B v %</b>	16,2	<b>43,2</b>	36,5	39,2	12,2	0,0	2,7	0,0

V otázce č. 12 jsem se zabývala emocemi a pocity při porodu. Ve skupině A byly tři nejčastěji uváděné emoce - bolest u 38 (51,4%) respondentek, únava ve 34 (45,9%) případech a obava o dítě u 35 (47,3%) respondentek.

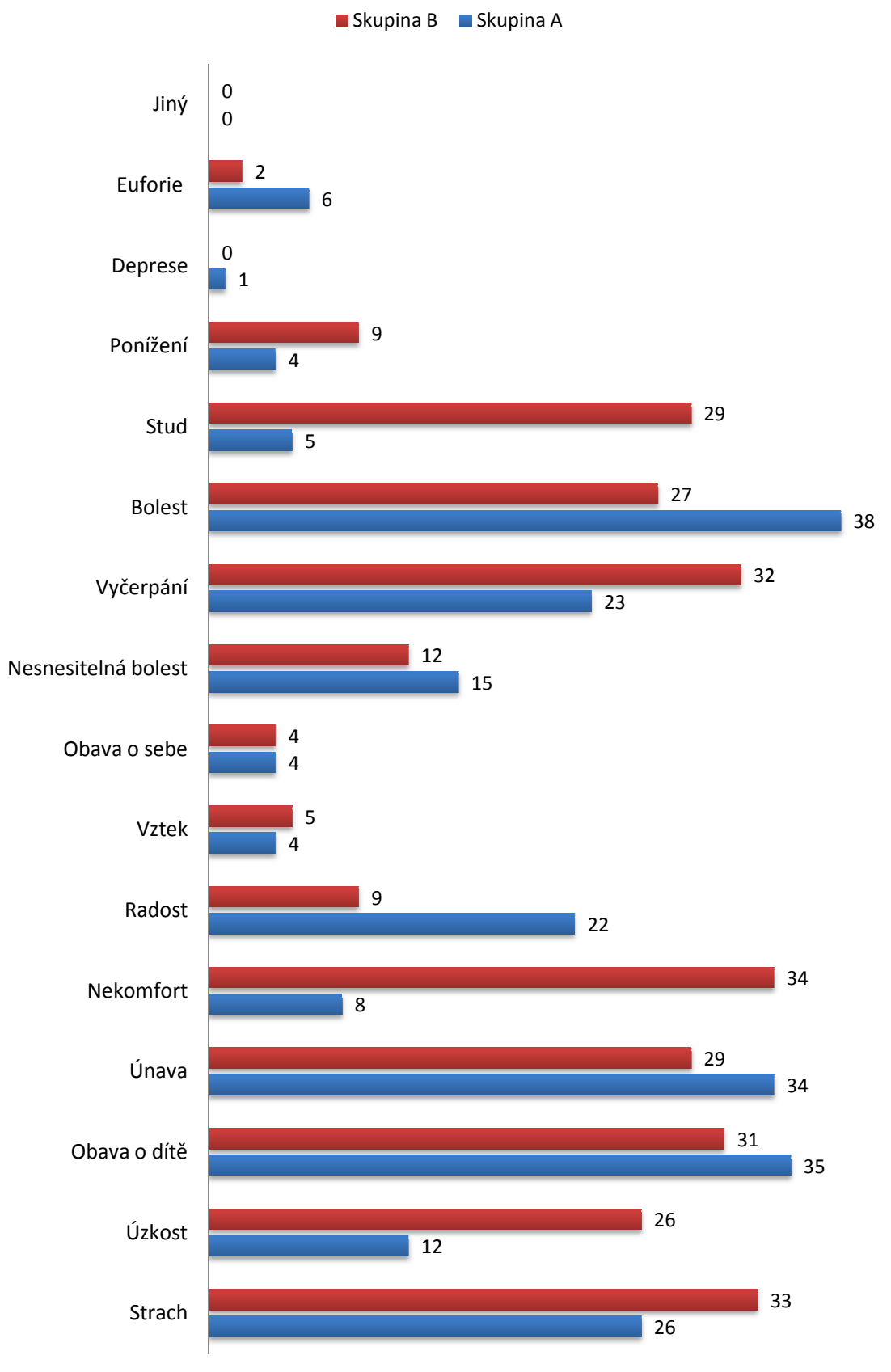
Četnost dalších emocí u skupiny A je uvedena v tabulce č.16 a grafu č. 9.

Ve skupině B respondentky nejčastěji uváděly, pocit nekomfortu 34 (45,9%) případů, dále strach ve 33 (44,6%) případech a jako třetí nejčetnější bylo uváděno vyčerpání 32 (43,2%) případů.

Četnost dalších emocí u skupiny B je uvedena v tabulce č.16 a grafu č. 9.



### Graf č. 9 (počet žen)



### Otázka č. 13: Co se dělo v prvních dvou hodinách po porodu?

- a) Dítě jsem měla u sebe
- b) Dítě jsem neměla u sebe

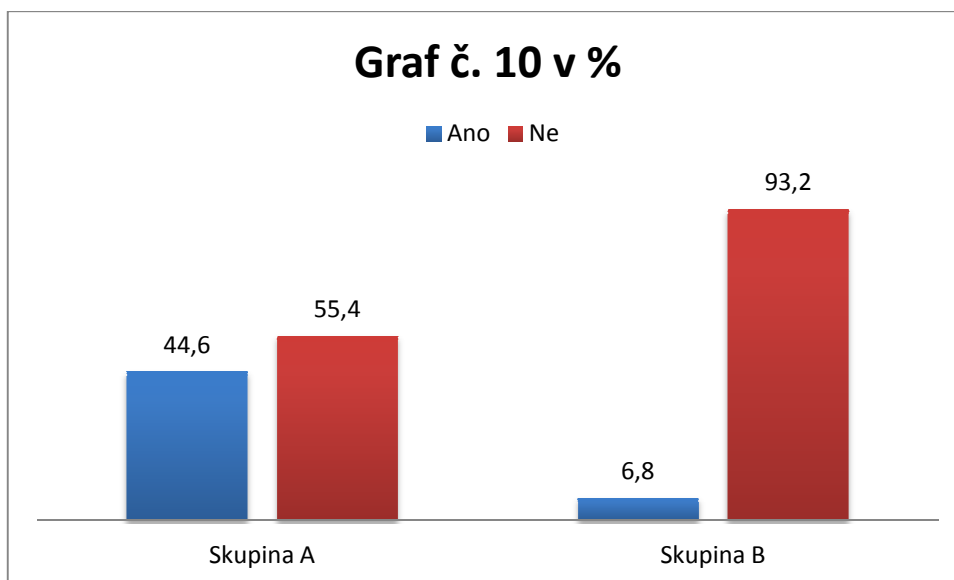
Tabulka č. 17: Skupina A a B

	Ano	Ne
<b>Skupina A</b>	33	41
<b>Skupina B</b>	5	69

Otázka číslo 13 byla zaměřená na průběh prvních dvou hodin po porodu. Zajímalo mě, zda byl podporován první kontakt matky a dítěte nebo zda byly ženy od dětí odloučeny.

Ve skupině A mělo dítě u sebe v prvních dvou hodinách po porodu 33 (41,6%) žen, zbylých 41 (55,4%) žen dítě u sebe nemělo.

Ve skupině B mělo u sebe dítě v prvních dvou hodinách po porodu pouze 5 (6,8%) žen, zbylých 69 (93,2%) žen dítě u sebe nemělo. Tabulka č.17, graf č. 10.



### Otázka č. 14: Kdy jste poprvé kojila?

- a) Dítě bylo přiloženo ihned po porodu
- b) Během 12 hodin po porodu
- c) Jiná možnost \_\_\_\_\_

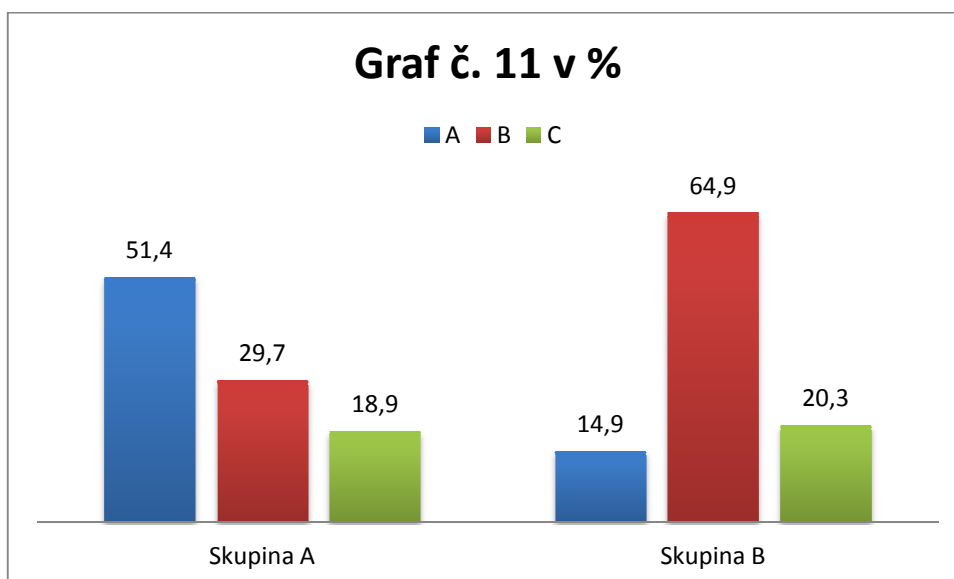
Tabulka č. 18: Skupina A a B

	A	B	C
<b>Skupina A</b>	38	22	14
<b>Skupina B</b>	11	48	15

Otázka č. 14 řešila problematiku prvního přiložení dítěte k prsu. U skupiny A bylo v 38 (51,4%) případech dítě přiloženo ihned po porodu, ve 22 (29,7%) případech bylo přiloženo do 12 hodin po porodu. Zbýlých 14 (18,9%) respondentek uvedlo jinou možnost, v 9 z těchto 14 případů bylo dítě přiloženo do 24 hodin od porodu, ve 4 případech do 48 hodin od porodu a jedna žena nekojila vůbec.

Ve skupině B bylo dítě přiloženo ihned po porodu v 11 (14,9%) případech. Do 12 hodin od porodu bylo dítě přiloženo u 48 (64,9%) žen a odpověď C (jiná možnost) volilo 15 (20,3%) žen. U 10 žen z těchto 15 bylo dítě přiloženo do 24 hodin od porodu, tři ženy uvedly interval 48 hodin a 2 ženy nekojily vůbec.

Údaje obou skupin uvádí tabulka č. 18 a graf č. 11.



### Otázka č. 15: Měla jste problémy s kojením?

- a) Ano, potřebovala jsem poradit
- b) Ne, kojení jsem zvládla sama
- c) Potřebovala jsem radu, ale nebyla mi poskytnuta

Tabulka č. 19: Skupina A a B

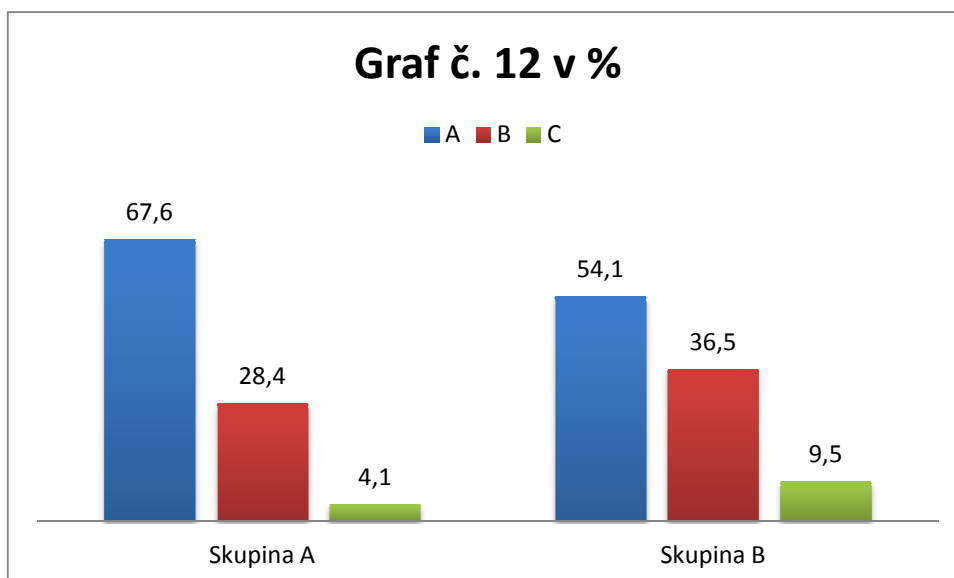
	A	B	C
<b>Skupina A</b>	50	21	3
<b>Skupina B</b>	40	27	7

Otázka č. 15 řeší problematiku kojení. Zda bylo ženám poskytnuto dostatek informací a rad, které jim pomohly úspěšně zvládnout kojení.

Ve skupině A potřebovalo poradit s kojením 50 (67,6%) žen, 21 (28,4%) žen zvládlo kojení bez pomoci, 3 (4,1%) ženy radu potřebovaly, ale nebyla jim poskytnuta.

Ve skupině B byly výsledky následující. 40 (54,1%) žen potřebovalo radu, 27 (36,5%) žen zvládlo kojení bez větších obtíží a rady, 7 (9,5%) žen radu potřebovaly, ale nebyla jim poskytnuta.

Výsledky obou skupin uvádí tabulka č. 19 a graf č. 12 v procentuálním vyjádření.



### Otázka č. 16: Měla jste dostatek srozumitelných informací již před porodem?

ANO NE

Tabulka č. 20: Skupina A a B

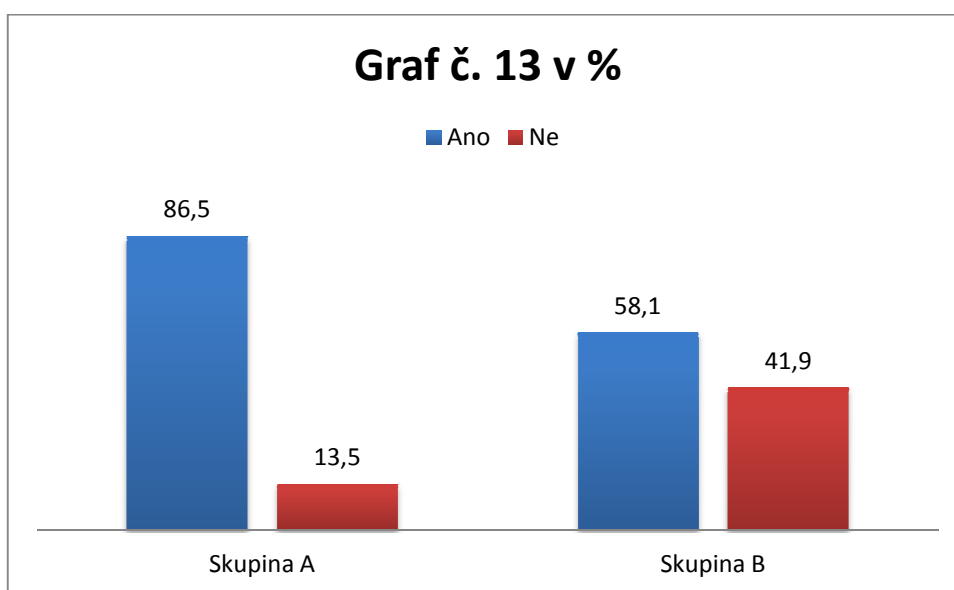
	Ano	Ne
Skupina A	64	10
Skupina B	43	31

Otázka č. 16 byla zaměřena na to, zda ženy měly dostatek informací o porodu, kojení apod. již před porodem.

Ve skupině A uvedlo 64 (86,5%) žen odpověď ANO a 10 (13,5%) žen odpověď NE.

Ve skupině B byly výsledky téměř shodné u obou odpovědí. 43 (58,1%) žen uvedlo možnost ANO a měly dostatek srozumitelných informací již před porodem. 31 (41,9%) žen uvedlo odpověď NE, tudíž neměly dostatek informací před porodem.

Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 20 a procentuální vyjádření výsledků je uvedeno v grafu č. 13.



**Otázka č. 17: Bylo Vám poskytnuto dostatek informací o kojení, péči o dítě, péče o porodní poranění?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Dostatek informací jsem měla pouze o: \_\_\_\_\_

Tabulka č. 21: Skupina A a B

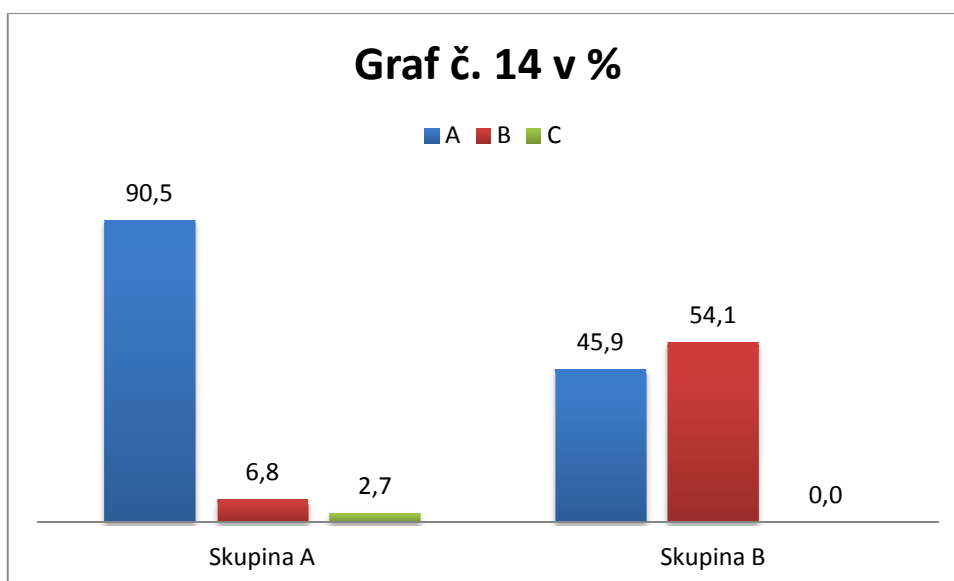
	A	B	C
<b>Skupina A</b>	67	5	2
<b>Skupina B</b>	34	40	0

Tato otázka se zabývala informovaností žen o kojení, péči o porodní poranění, péči o dítě v období po porodu.

Ve skupině A uvedlo 67 (90,5%) žen odpověď A, tudíž měly dostatek informací. Odpověď B byla volena v 5 (6,8%) případech, odpověď C volily 2 (2,7%) respondentky a uvedly, že dostatek informací měly pouze o kojení.

Ve skupině B zvolilo odpověď A 34 (45,9%) respondentek, 40 (54,1%) respondentek uvedlo odpověď B čili nedostatečnou informovanost. Odpověď C nebyla v této skupině volena vůbec.

Výsledky uvádí tabulka č 21 a graf č. 14 v procentuálním vyjádření.



### Otázka č. 18: Jak jste zvládla péči o dítě po propuštění z nemocnice?

- a) Péči jsem zvládla bez problémů
- b) Péče byla obtížná, musela jsem vyhledat pomoc
- c) Byla mi poskytnuta rada od odborníka
- d) Jiná možnost \_\_\_\_\_

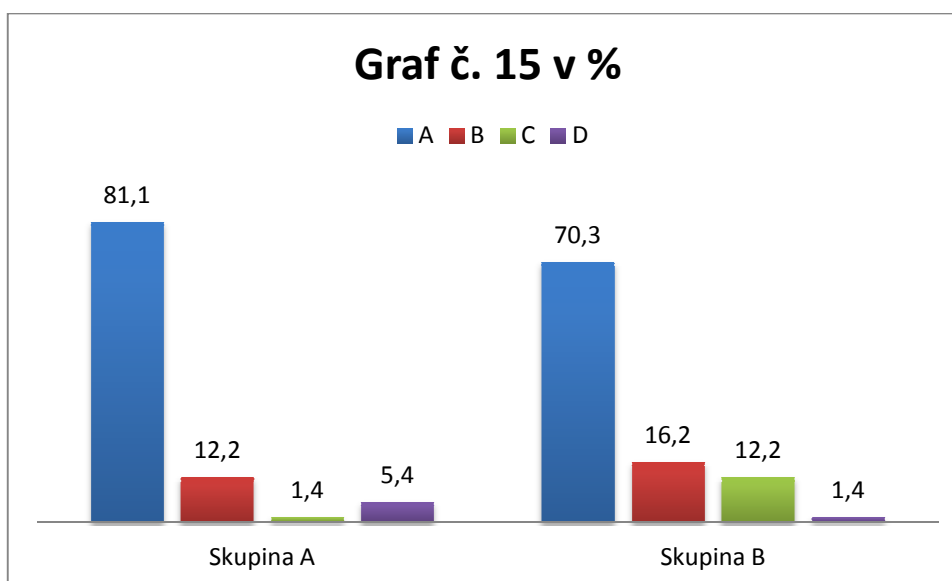
Tabulka č. 22: Skupina A a B

	A	B	C	D
<b>Skupina A</b>	60	9	1	4
<b>Skupina B</b>	52	12	9	1

Péče o dítě po propuštění z porodnice je v domácím prostředí již plně na ženě. Proto mne zajímalo, jak ženy péči po propuštění zvládaly.

Ve skupině A zvolilo 60 (81,1%) žen možnost A – péči jsem zvládla bez problémů, 9 (12,2%) žen volilo odpověď B a vyhledaly pomoc, dále 1 (1,4%) respondentka uvedla odpověď C – vyhledala jsem pomoc odborníka, a 4 (5,4%) ženy zvolily možnost D – jiná možnost, a o radu žádaly své maminky, sestry, které již mají s péčí o děti zkušenost.

Ve skupině B zvolilo 52 (70,3%) žen možnost A – péči jsem zvládla bez problémů. Možnost B zvolilo 12 (16,2%) žen, odpověď C a radu odborníka zvolilo 9 (12,2%) žen. Odpověď D zvolila 1 (1,4%) respondentka a uvedla, že vyhledala pomoc porodní asistentky. Výsledky v grafické podobě uvádí tabulka č. 22 a graf č. 15.



**Otázka č. 19: Kdo Vám pomáhal s péčí o dítě? (Zakroužkujte i více odpovědí)**

- a) Partner
- b) Maminka, babička
- c) Kamarádka
- d) Jiná možnost \_\_\_\_\_

Tabulka č. 23: Skupina A a B

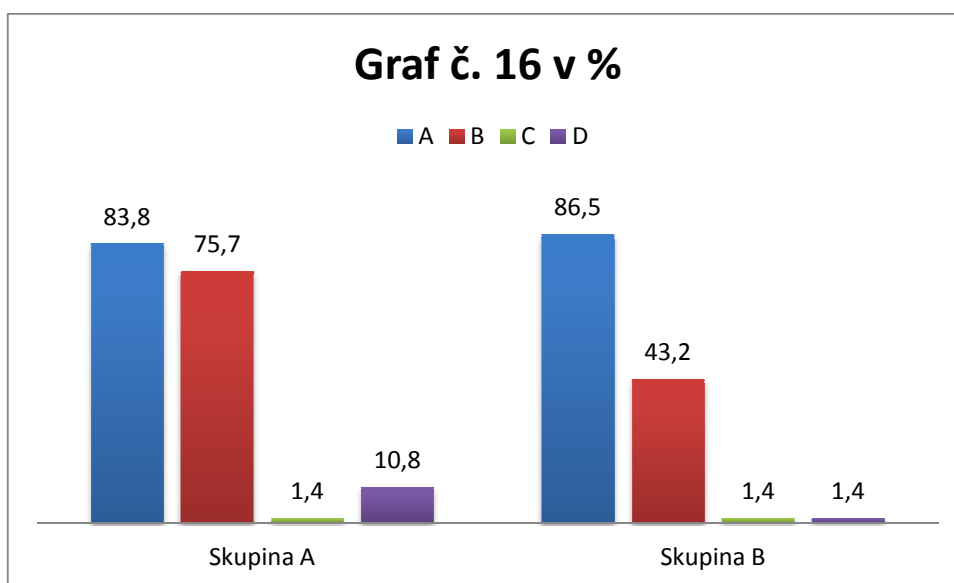
	A	B	C	D
<b>Skupina A</b>	62	56	1	8
<b>Skupina B</b>	64	32	1	1

Na dotaz, kdo nejčastěji pomáhal ženám s péčí o dítě, odpovídá otázka č. 19, ženy mohly zakroužkovat více odpovědí.

Ve skupině A uvedlo 62 (83,8%) žen možnost A – partner, 56 (75,7%) žen možnost B – maminka, babička, varianta C byla volena u 1 (1,4%) respondentky, jinou možnost zvolilo 8 (10,8%) respondentek, které uvedly, že s péčí jim pomáhala sestra (6 žen) nebo au-pair (2 ženy).

Ve skupině B byly výsledky následující. Možnost A uvedlo 64 (86,5%) žen, možnost B 32 (43,2%) žen, možnost C byla volena 1 (1,4%) ženou. Stejně tak možnost D 1 (1,4%) respondentka. Ta uvedla, že s péčí jí pomáhala sestra.

Tabulka č. 23, graf č. 16.





**Otázka č. 20: Prožívala jste některý z pocitů v období šestinedělí? (i více možností)**

<i>Poruchy spánku (nemohla jsem spát, často jsem se budila)</i>				<i>Nezájem o partnera</i>
<i>Apatie</i>	<i>Odmítání kojení</i>	<i>Sebepodceňování</i>	<i>Nenávist vůči sobě</i>	
<i>Strach či úzkost</i>	<i>Nechutenství</i>	<i>Přejídání se</i>	<i>Nenávist vůči okolí</i>	
<i>Podrážděnost</i>	<i>Vztek</i>	<i>Samota</i>	<i>Plačtivost</i>	
<i>Pocit selhání</i>	<i>Obava o zdraví dítěte</i>	<i>Vyčerpání</i>	<i>Izolace od okolí</i>	

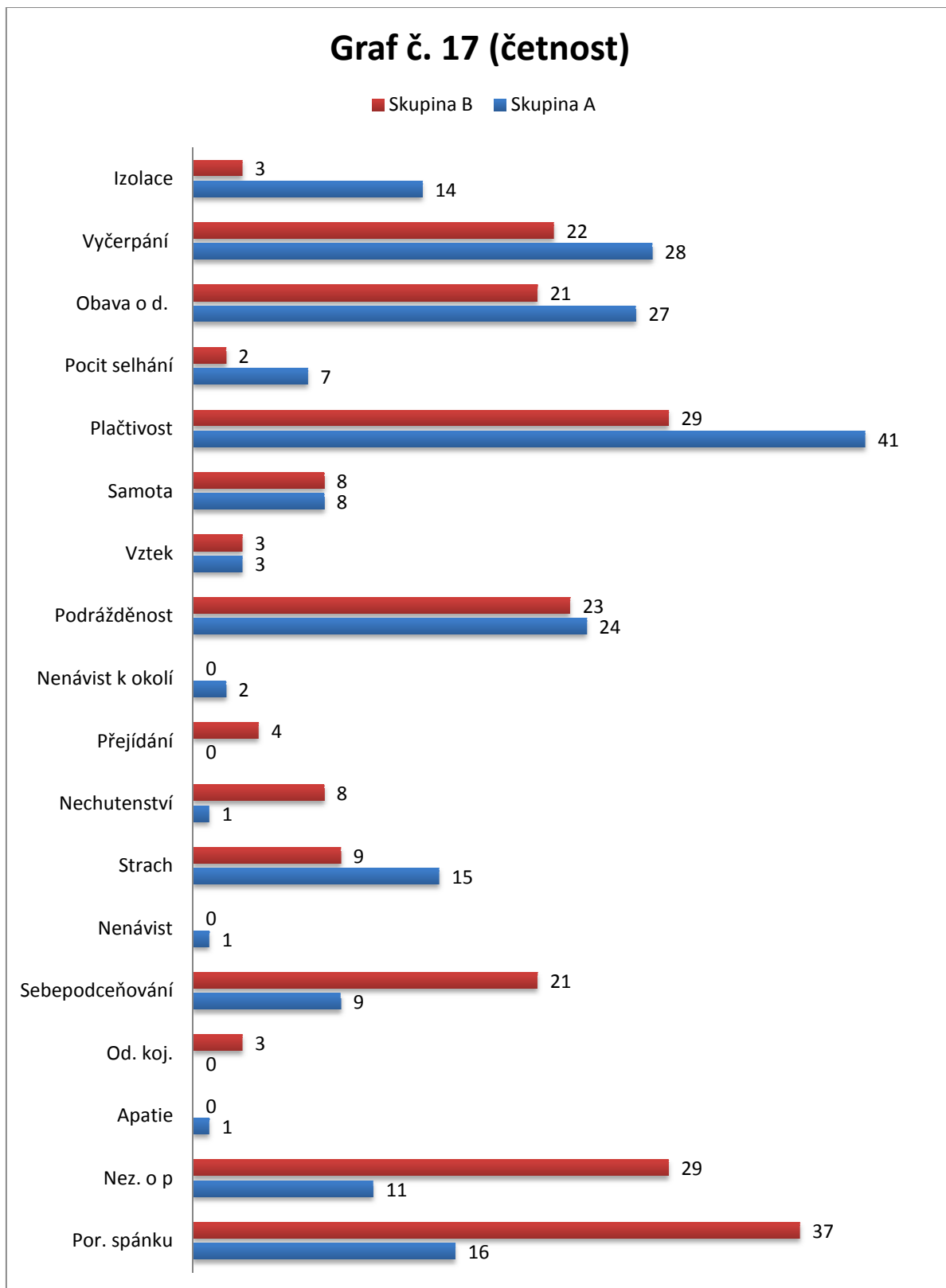
Tabulka č. 24: Skupina A a B

	Poruchy spánku	Nezájem o partnera	Apatie	Odmítání kojení	Sebepodceňování	Nenávist
<b>Skupina A</b>	16	11	1	0	9	1
<b>Skupina A v %</b>	21,6	14,9	1,4	0,0	12,2	1,4
<b>Skupina B</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	0	3	21	0
<b>Skupina B v %</b>	<b>50,0</b>	<b>39,2</b>	0,0	4,1	28,4	0,0
	Strach	Nechutenství	Přejídání	Nenávist k okolí	Podrážděnost	Vztek
<b>Skupina A</b>	15	1	0	2	24	3
<b>Skupina A v %</b>	20,3	1,4	0,0	2,7	32,4	4,1
<b>Skupina B</b>	9	8	4	0	23	3
<b>Skupina B v %</b>	12,2	10,8	5,4	0,0	31,1	4,1
	Samota	Plačtivost	Pocit selhání	Obava o d.	Vyčerpání	Izolace
<b>Skupina A</b>	8	<b>41</b>	7	<b>27</b>	<b>28</b>	14
<b>Skupina A v %</b>	10,8	<b>55,4</b>	9,5	<b>36,5</b>	<b>37,8</b>	18,9
<b>Skupina B</b>	8	<b>29</b>	2	21	22	3
<b>Skupina B v %</b>	10,8	<b>39,2</b>	2,7	28,4	29,7	4,1

Otázka č. 20 se věnovala pocitům, které ženy prožívaly po porodu, v období šestinedělí. Ve skupině A ženy nejčastěji uváděly plačtivost 41 (55,4%) žen, vyčerpání 28 (37,8%) žen, a obavu o dítě, 27 (36,5%) žen.

Ve skupině B jako nejčastější pocit v období po porodu ženy uváděly poruchy spánku - 37 (50%) žen, dále nezáměrem o partnera a plačtivost - 29 (39,2%) žen.

Četnost dalších pocitů je uveden v tabulce č. 24. a v grafu číslo 17.



### Otázka č. 21: Jak dlouho tyto pocity přetrvávaly?

- a) Týden po porodu
- b) Do konce šestinedělí
- c) Delší období, uveďte: \_\_\_\_\_
- d) Tyto pocity se u mne neprojevovaly

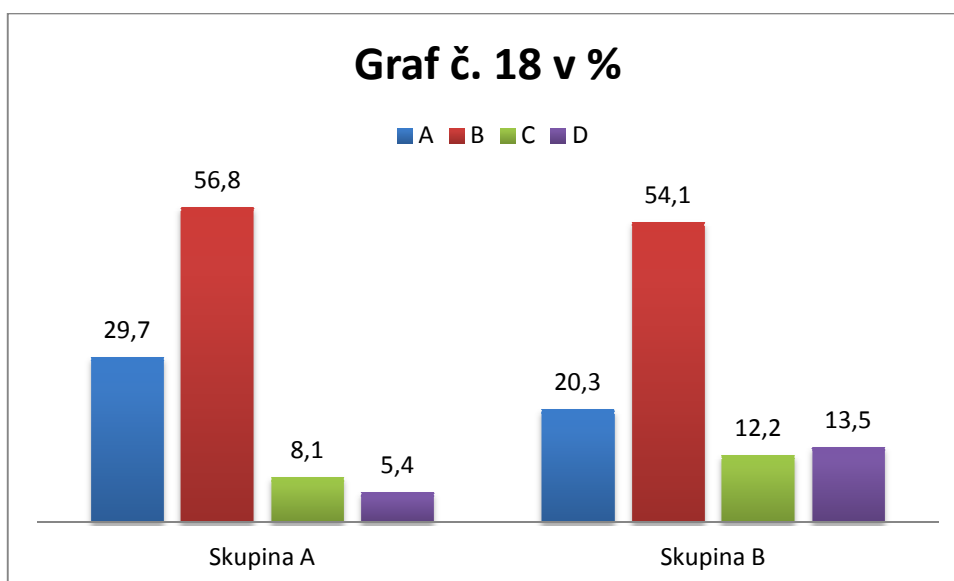
Tabulka č. 25: Skupina A a B

	A	B	C	D
<b>Skupina A</b>	22	42	6	4
<b>Skupina B</b>	15	40	9	10

Otázka číslo 21 navazuje na otázku předchozí, která se týkala pocitů ženy po porodu. V této otázce se ptám, jak dlouho tyto pocity přetrvávaly.

Ve skupině A uvedlo 22 (29,7%) žen odpověď A – týden po porodu, 42 (56,8%) žen uvedlo možnost B – do konce šestinedělí. Odpověď C – delší období, uvedlo 6 (8,1%) žen, z tohoto počtu uvedlo 6 žen období jeden rok, jedna žena 18 měsíců a poslední respondentka tyto pocity zažívala asi 36 měsíců. A u 4 (5,4%) respondentek se tyto pocity nevyskytovaly.

Ve skupině B uvedlo 15 (20,3%) respondentek odpověď A – týden po porodu. 40 (54,1%) respondentek uvedlo odpověď B – do konce šestinedělí. 9 (12,2%) respondentek uvedlo jinou možnost, 8 respondentek mělo tyto pocity asi 12 měsíců, jedna respondentka uvedla období 36 měsíců. U 10 (13,5%) žen se tyto pocity neprojevovaly. Výsledky uvádí tabulka č. 25 a graf č. 18.



### Otázka č. 22: Vyhledávala jste v období šestinedělí společnost?

- a) Ne, chtěla jsem být sama
- b) Ano, potřebovala jsem společnost

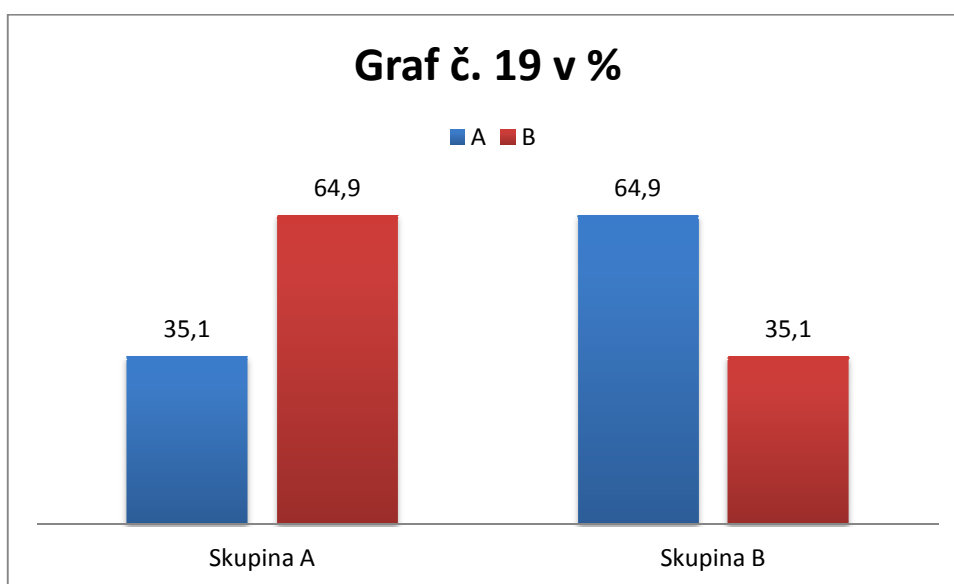
Tabulka č. 26: Skupina A a B

	A	B
Skupina A	26	48
Skupina B	48	26

Ve skupině A 48 (64,9%) žen společnost vyhledávalo a 26 (35,1%) žen uvedlo možnost A a společnost nevyhledávaly, trávily čas v domácím prostředí.

Ve skupině B jsou výsledky opačné. Ženy vyhledávaly společnost ve 26 (35,1%) případech. 48 (64,9%) respondentek chtělo být v období šestinedělí v domácím prostředí a společnost nevyhledávalo.

Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 26 a grafu č. 19.



### Otázka č. 23: Jak na Vás působilo nemocniční prostředí?

- a) Příjemné, cítila jsem se dobře
- b) Nepříjemné, necítila jsem se zde dobře
- c) Jiná možnost \_\_\_\_\_

Tabulka č. 27: Skupina A a B

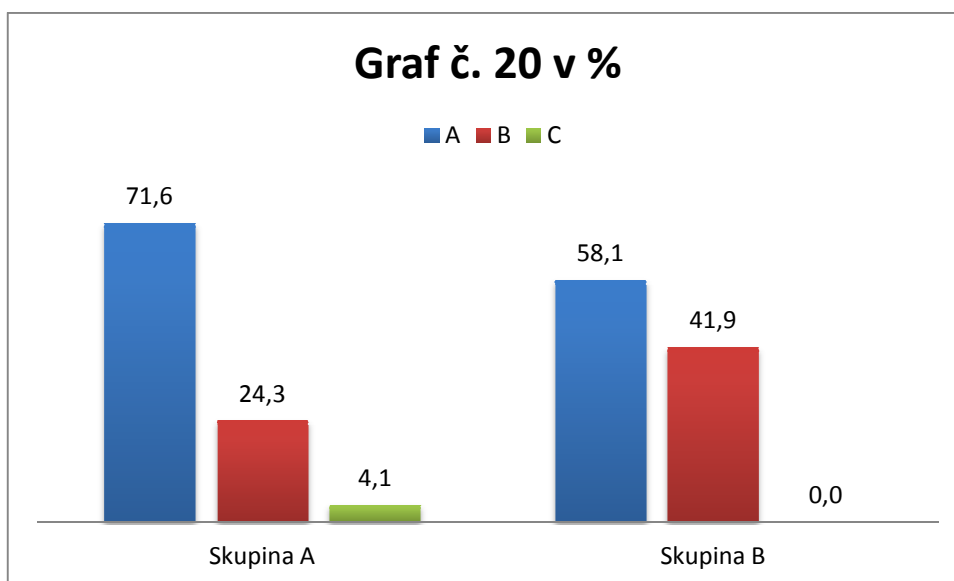
	A	B	C
<b>Skupina A</b>	53	18	3
<b>Skupina B</b>	43	31	0

Dvacátá třetí otázka hledá odpověď na dotaz působení nemocničního prostředí na rodičky.

Ve skupině A uvedlo 53 (71,6%) respondentek možnost A, tj. příjemné prostředí, cítila jsem se zde dobře. 18 (24,3%) respondentek odpověď B – nepříjemné, necítila jsem se zde dobře. 3 (4,1%) respondentky zvolily odpověď C – kde bylo uvedeno špatné vybavení nemocnice a nedostatek soukromí.

Ve skupině B se v nemocnici cítilo příjemně 43 (58,1%) respondentek. 31 (41,9%) žen nebylo s prostředím nemocnice spokojeno. Možnost C nebyla v této skupině využita.

Výsledky uvádí tabulka č. 27 a graf č. 20.



### Otázka č. 24: Jaký byl přístup zdravotnického personálu?

- a) Vstřícnost, ochota, podpora, snaha pomoci
- b) Neochota, nepříjemné vystupování
- c) Jiná možnost \_\_\_\_\_

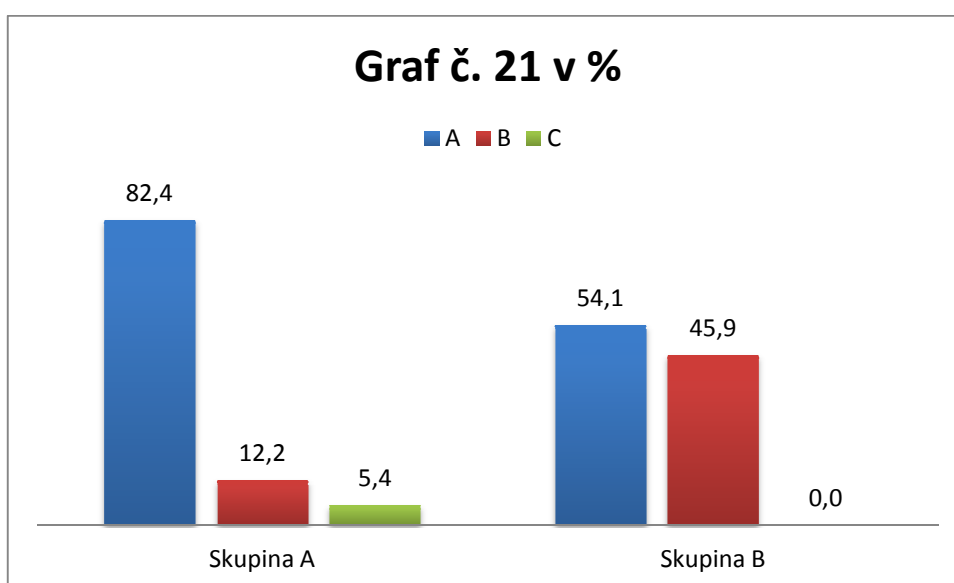
Tabulka č. 28: Skupina A a B

	A	B	C
<b>Skupina A</b>	61	9	4
<b>Skupina B</b>	40	34	0

Přístup k pacientům v nemocničním zařízení je velmi často diskutován. Také mě tedy zajímalo, jaký byl přístup personálu k hospitalizovaným ženám.

Skupina A uvádí v 61 (82,4%) případech spokojenost s přístupem zdravotnického personálu, 9 (12,2%) respondentek nebylo s přístupem zdravotnického personálu spokojeno. 4 (3,4%) ženy zvolily možnost C. Zde uvádí negativa v pohledu na lékařské vizity, které se jim zdají zbytečné a obtěžující, dále pak nízkou míru empatie a jedna respondentka uvedla, že nelze uvést přesnou odpověď, záleželo na sestře, která právě byla v zaměstnání.

Ve skupině B bylo 40 (54,1%) žen s přístupem zdravotnického personálu spokojeno. 34 (45,9%) žen s přístupem personálu spokojeno nebylo. Odpověď C nevyužila žádná respondentka skupiny B. Výsledky k otázce č. 24 uvádí tabulka č. 28 a graf č. 21.



### Otázka č. 25: Chtěla byste prožít Váš první porod za stejných podmínek?

- a) Ano, nic bych neměnila
- b) Ne, změnila bych: \_\_\_\_\_

Tabulka č. 29: Skupina A a B

	A	B
Skupina A	51	23
Skupina B	14	60

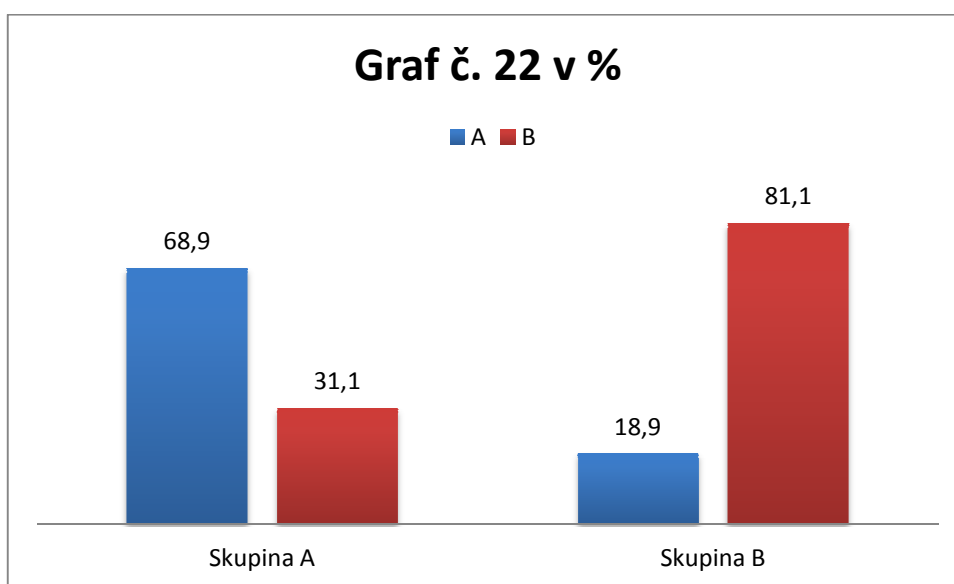
Ve skupině A bylo se svým prvním porodem spokojeno 51 (68,9%) žen. 23 (31,1%) žen nebylo s průběhem porodu spokojeno. Mezi nejčastěji uváděné odpovědi, co by ženy chtěly na porodu změnit patří:

- Nedostatek soukromí
- Možnost výběru polohy, použití epidurální analgezie, jiná porodní asistentka, bonding

Ve skupině B bylo se svým prvním porodem spokojeno 14 (18,9%) žen, zbylých 60 (81,1%) žen nebylo s průběhem porodu spokojeno. Ženy ve skupině B by nejraději změnily:

- Přítomnost partnera u porodu, poloha při porodu, nedostatek soukromí
- Jiná nemocnice, porodní asistentka, hezčí prostředí

Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 27 a grafu č. 22.



## 5 DISKUZE

První těhotenství a porod je pro každou ženu období, ve kterém dochází k mnoha změnám, to jak po stránce fyzické, psychické ale i po stránce sociální. Navíc je u každé maminky v očekávání prožívání náročných situací specifické. Žena odchází ze zaměstnání na mateřskou dovolenou, mění se její denní návyky, mění se hodnotový žebříček a středem její pozornosti se stává novorozenec. Každá žena na tuto situaci reaguje rozdílně a vyrovnává se s ní po svém. Pokud se nastávající rodiče na dítě těší a těhotenství je plánované, většinou nevznikají žádné negativní situace. Pokud se však žena na potomka netěší a těhotenství je neplánované, prožívá žena pocity, kdy přemýšlí, zda si dítě nechá, jak zvládne péči o dítě apod. V dnešní době se výrazně posunuje hranice, kdy ženy porodí své první dítě, ať už kvůli nutnosti dokončit vzdělání, pracovní kariéře, ekonomické situaci nebo nejistotě v partnerství. Ženy také v dnešní době často spoléhají na možnosti asistované reprodukce a v případě, že nemohou ve vyšším věku otěhotnět, jsou pro ně tyto metody záchranou. O tomto jsem se přesvědčila i ve svém výzkumu. Ženy, které rodily před více jak 15 lety, své první dítě porodily okolo 23 roku věku, kdežto ženy, které rodily v posledních pěti letech, svoje první dítě porodily až okolo 28 roku života (tabulka č. 4 a 5, graf č. 1). Klesá také porodnost. Ženy které rodily před více jak 15 lety měly, ve srovnání s ženami, které rodily v období posledních pěti let, více dětí. Tři děti mělo ve skupině mladších respondentek pouze 5 žen oproti skupině rodiček rodících před více jak 15 lety, zde mělo 3 děti 16 respondentek (graf č. 1).

### **Výzkumná otázka č. 1: Projevovaly se u žen, které nenavštěvovaly předporodní kurzy častěji obavy z porodu?**

Z otázky č. 4 a 5 vyplývá, že ženy, které rodily před více jak 15 lety, neměly možnost navštěvovat předporodní kurzy v tak velké míře jako ženy, jež rodily v posledních 5 letech. Je však zajímavé, že i když ženy rodící v posledních 5 letech měly možnost kurzy psychoprofylaktické přípravy navštěvovat, využilo této možnosti pouze 39 respondentek ze 74. Po vyhodnocení otázky č. 4 a 5 se ukazuje, že u žen, nenavštěvujících předporodní kurzy se negativní emoce neobjevovaly častěji než u žen, které kurzy navštěvovaly. Zaujalo mne, že u žen, které rodily před více jak 15 lety se



obavy z porodu vyskytovaly méně často, a to i přesto, že neměly možnost navštěvovat kurzy psychoprofylaktické přípravy. Toto může být způsobené také tím, že dříve nebylo možné o těhotenství a porodu získat tolik informací z médií a internetu, kde jsou často informace více či méně pravdivé a mohou být zdrojem obav, které ženy v těhotenství a při porodu pociťují.

### **Výzkumná otázka č. 2: Prožívaly ženy navštěvující předporodní kurzy porod emocionálně lépe?**

Po vyhodnocení otázky číslo 4 a 12 (tabulka č. 16, graf č. 9, týkající se pocitů při porodu jsem došla k závěru, že účast na předporodních kurzech nemá vliv na emocionální prožívání porodu. I ženy, které nenavštěvovaly kurzy prožívaly při porodu radost snad i ve větší četnosti než ženy, jež kurzy navštěvovaly. U skupiny respondentek, které rodily před více jak 15 lety se tyto údaje nedají srovnat, jelikož kurzy navštěvovaly pouze dvě ženy (tabulka č. 7, graf 2). Větší vliv na emoce při porodu má spíše samotný průběh porodu, jeho délka nebo případné komplikace, které se při porodu vyskytnou.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaký doprovod nejčastěji volily k porodu ženy, které rodily před více než 15 lety a ženy, které rodily v posledních 5 letech?**

Otázka číslo 6 se týkala doprovodu k porodu. Ženy, které rodily v posledních 5 letech nejčastěji volily podle očekávání jako doprovod k porodu partnera, deset respondentek k porodu doprovod nechtělo, šesti respondentkám nebyl doprovod k porodu umožněn i přestože by si přály mít s sebou u porodu doprovod, jedna žena zvolila k porodu doprovod soukromé porodní asistentky, která ji provázela celým těhotenstvím. (tabulka č.9, graf č. 4). Pro ženy, jež rodily před více jak 15 lety, nebyla možnost doprovodu při porodu ještě takovou samozřejmostí jako je dnes, a proto byla většina žen u porodu bez doprovodu, nicméně pokud by to bylo možné, většina žen by si přála mít při porodu partnera. Toto vyplývá z odpovědí na otázku 25, kde na otázku co by ženy chtěly změnit na svém prvním porodu, bylo nejčastější odpovědí přítomnost partnera při porodu (tabulka č. 27, graf č. 22).

#### **Výzkumná otázka č. 4: Byl doprovod u porodu pro ženy přínosem?**

Po vyhodnocení otázky číslo 6 (tabulka č. 10, graf č. 5) týkající se spokojenosti s doprovodem při porodu odpovědělo 90% žen, že doprovod při porodu pro ně byl přínosem a oporou. Myslím, že v situaci, kdy je partner přítomen u porodu, je důležitá vzájemná důvěra partnerů a pár by se měl na přítomnosti u porodu dobře poradit. Jedná se totiž o okamžik, který je pro oba partnery velmi intimní, a pokud se žena rozhodne, že muže při porodu nechce, měl by toto rozhodnutí respektovat, stejně tak jako by měla žena respektovat muže, který nechce být při porodu. Často jsem se ve své praxi na porodním sále setkala s tím, že žena se nedokázala před partnerem uvolnit a celá situace byla velmi nepříjemná. Proto je tedy nutné a dobré téma přítomnosti partnera u porodu mezi sebou dobře prodiskutovat.

#### **Výzkumná otázka č. 5: Prožívaly ženy, které rodily před více než 15 lety více negativních emocí než ženy, které rodily v posledních 5 letech?**

Této problematice se věnovala otázka číslo 12 (tabulka č. 16, graf. č. 9), respondentky měly na výběr z 16 možných emocí a pocitů, včetně možnosti, kde bylo možno uvést jiný pocit, který nebyl uveden v tomto výčtu, této možnosti ale nebylo ani v jedné skupině respondentek využito. Výčet tedy obsahuje 13 položek, které mají negativní charakter. U osmi položek z těchto třinácti je vždy vyšší četnost u žen, které rodily před více jak 15 lety. Nejvyšší četnost má položka celkový nekomfort, strach, vyčerpání a stud. Toto může být spojeno s tím, jak bylo dříve přistupováno k ženám na porodním sále. Nedostatek soukromí, neosobní přístup, nebylo také dovoleno jít v průběhu porodu, žena musela ležet na porodním lůžku bez možnosti volně měnit polohy, jak je to zavedeno v dnešní praxi. K pocitu studu mohly také přispět výkony, které se dříve rutinně prováděly u všech žen, a to například holení pubického ochlupení či rutinní podávání očistného klyzmatu. Závěrem lze tedy říci, že ženy rodící před více jak 15 lety, prožívaly více negativních emocí ve srovnání s ženami, které rodily v posledních pěti letech.

**Výzkumná otázka č. 6: Pokud nebylo ženám umožněno využití úlevových a alternativních metod, měly by o ně v případě možnosti zájem?**

Na tuto otázku jsem se respondentek dotazovala v otázce číslo 11 (tabulka č. 15, graf č. 8). Ve skupině respondentek, které rodily v uplynulých pěti letech, byly alternativní metody nabízeny ve většině případech. Střídání poloh a využití sprchy či balonu bylo nabízeno ve více jak 60% případů, léky na tišení bolesti byly nabízeny méně. Skupině respondentek B, byly tyto metody nabízeny velmi málo, střídání poloh uvedlo pouze 6 žen, sprcha a balon byly nabídnuty 14 ženám a léky na tišení bolesti byly nabídnuty pouze 4 ženám. 60 respondentek ze 74 uvedlo, že by o tyto metody v případě možnosti měly zájem a rády by je využily. Z tohoto výsledku je tedy zřejmé, že dnešní přístupy k porodu by ženy, jež rodily před více než patnácti lety uvítaly a rády by je při svém porodu využily. Domnívám se, že by u mnohých žen využití těchto metod vedlo k lepšímu zážitku z porodu.

**Výzkumná otázka č. 7: V jakém intervalu od porodu bylo dítě nejčastěji přiloženo k prsu u žen, které rodily v posledních 5 letech, a u žen, které rodily před více než 15 lety?**

Přiložení dítěte k prsu v prvních dvou hodinách po porodu a časný kontakt matky a dítěte je pro obě strany přínosem. Dítě získává pocit jistoty a bezpečí a lépe se adaptuje na přechod z prostředí dělohy do vnějšího světa. Pro ženu je stimulace bradavek při prvním přiložení podnětem k sekreci hormonu oxytocinu, ze zadního laloku hypofýzy, který napomáhá časnému zavínování dělohy. Tímto tématem se zabývá otázka č. 14 (tabulka č. 18, graf č. 11). Ve skupině respondentek, které rodily v uplynulých pěti letech bylo dítě přiloženo ihned po porodu u 38 žen, ve druhé skupině pouze u 11 žen. Do dvanácti hodin od porodu bylo dítě přiloženo ve skupině A u 12 respondentek a ve skupině B u 48 respondentek. Zbylé respondetky v obou skupinách poprvé kojily až po více než 20 hodinách od porodu, tři respondetky nekojily vůbec. Z odpovědí žen vyplývá, že ty, které rodily v uplynulých pěti letech, měly dítě k prsu přiloženo dříve než ženy rodící před více jak patnácti lety.

Je ale zarážející, že v dnešní době, kdy je podporován bonding a časný kontakt dítěte s matkou, bylo ve skupině A ihned po porodu přiloženo pouze 38 novorozenců. Snad to může být spojeno s komplikacemi při porodu nebo jinou skutečností, která toto nedovolovala.

### **Výzkumná otázka č. 8: Měly ženy dostatek informací o kojení, péči o dítě, péči o porodní poranění?**

Dostatečná informovanost o kojení, péči o porodní poranění apod. přispívá podle mého názoru ke spokojenějšímu průběhu šestinedělí a poporodní adaptaci. Na informovanost žen jsem se dotazovala v otázce č. 17 (tabulka č. 21, graf č. 14). Výsledky se u obou skupin respondentek výrazně lišily. Ve skupině A byla informovanost žen výrazně vyšší než u žen skupiny B, kde dostatečnou informovanost uvedlo pouze 34 žen. Tento výsledek může být také dán hůře formulovanou otázkou, jelikož pojem dostatek informací je zavádějící a každá žena ke své spokojenosti potřebuje více či méně informací. I přesto si myslím, že ženy jsou v dnešní době informované lépe než ženy, které rodily před více než 15 lety, a výsledek výzkumu bych potvrdila. Změnil se přístup personálu v nemocnicích, také již výše zmíněná média mohou poskytnout dostatek informací, které je ale nutné pečlivě vybírat.

### **Výzkumná otázka č. 9: Měly ženy rodičí v uplynulých pěti letech častěji problémy s kojením?**

Ženy, které přivedly dítě na svět v uplynulých pěti letech, vyhledávaly radu a pomoc při kojení nepatrně častěji než ženy, které rodily před více než 15 lety. Tento rozdíl bych nepovažovala za významný a tuto otázku bych uzavřela tím, že ženy skupiny A neměly s kojením problémy častěji jak respondentky skupiny B. K této výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 15 (tabulka č. 19, graf č.12).

### **Výzkumná otázka č. 10: Jaké pocity se u žen nejčastěji vyskytovaly v období šestinedělí?**

V otázce číslo 20 (tabulka č. 24, graf č. 17) bylo ženám nabídnuto 18 možností, kde mohly vyjádřit pocity, s nimiž se setkávaly v období šestinedělí. Výsledky se ve skupině

A i B liší. U žen ve skupině A byly nejčastěji uváděny tyto pocity – plačtivost, vyčerpání, obava o dítě, podrážděnost. Ve skupině B jsou nejčastější pocity – poruchy spánku, nezájem o partnera, plačtivost, sebedoceňování, vyčerpání a obava o dítě. Výše uvedené pocity, které ženy zvolily ve více jak 25% případech.

**Výzkumná otázka č. 11: Jak dlouho přetrvávaly negativní pocity v šestinedělí u žen, které rodily před více než 15 lety a u žen, které rodily v posledních 5 letech?**

Otázka č. 21 ( tabulka č. 25, graf č. 18) se věnuje délce trvání negativních pocitů v šestinedělí. V literatuře se cituje, že pocity jako je plačtivost, sebedoceňování, změny nálad, smutek apod. se vyskytují asi u 80% žen po porodu a trvají asi do 10. dne od porodu – jedná se o tzv. poporodní blues. Pokud příznaky přetrvávají déle, mohlo by se jednat o poporodní depresi, což je stav, který vyžaduje řešení nebo intervenci lékaře. V otázce č. 21 byly výsledky u obou skupin téměř shodné a ženy nejčastěji uváděly, že negativní pocity přetrvávaly do konce období šestinedělí (více než 55% respondentek). Tímto by ženy splňovaly podmínky pro zvažování počátku poporodní deprese, jelikož ale nebylo možné z dotazníku zjistit, zda se po celou dobu šestinedělí vyskytovaly všechny uvedené příznaky nebo například jen poruchy spánku, které mohou být zapříčiněné buzením se k dítěti. Do konce šestinedělí příznaky přetrvávaly ve skupině A u 22 respondentek a ve skupině B u 15 respondentek. 15 (skupina A - 6, skupina B - 9 žen) respondentek uvedlo, že příznaky přetrvávaly delší období, a to od období do 12 měsíců od porodu po 36 měsíců od porodu, zde by již byla podle mého názoru na místě konzultace s odborníkem, který by potvrdil nebo vyloučil možnost vzniku poporodní deprese. U 4 respondentek skupiny A a 10 respondentek skupiny B se žádný z příznaků nevyskytoval. Jelikož jsou výsledky téměř vyrovnané, není možné určit, u které skupiny přetrvávaly příznaky delší dobu.

**Výzkumná otázka č. 12: Byly s přístupem personálu a hospitalizací více spokojeny ženy, které rodily před více než 15 lety, nebo ženy, které rodily v posledních 5 letech?**

Touto problematikou se zabývám v otázkách číslo 23 (tabulka č. 27, graf č. 20) a otázka 24 (tabulka č. 28, graf č. 21). Přístup personálu ovlivňuje ve velké míře prožívání hospitalizace a vzpomínky na porod. Pokud má žena dobré zkušenosti s personálem, bude většinou na průběh hospitalizace vzpomínat v dobrém.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že s přístupem personálu a prostředím nemocnice byly více spokojeny respondentky, které rodily v uplynulých 5 letech. Tento výsledek přisuzuji větší profesionalitě personálu a lepší vybavenosti nemocnic, novým postupům, apod. Nelze ovšem udělat na tomto výzkumu obecný závěr a je možné, že kdybych tento výzkum realizovala v jiném kraji či městě, dostalo by se mi jiných výsledků.

**Výzkumná otázka č. 13: Co by nejčastěji chtěly změnit na svém prvním porodu ženy, které rodily před více než 15 lety a ženy které rodily v posledních 5 letech?**

Odpověď nám přinese otázka dotazníku č. 25 (tabulka č. 29, graf č. 22). Je zde vidět jednoznačný rozdíl mezi skupinou žen, které rodily v uplynulých pěti letech, a skupinou žen, které rodily před více než 15 lety. Skupina A byla spokojena ve více než 50 případech a na porodu by nechtěla nic měnit. Naopak ve skupině B je vidět značná nespokojenost. Zde uvedlo 60 respondentek, že by při porodu rády změnily některé okolnosti. Nejčastěji by si ženy skupiny B přály mít doprovod u porodu (partnera), dále by ženy rády využily sprchu, možnost změny polohy, vybraly by si jinou porodní asistentku či zvolily úplně jinou nemocnici. Z tohoto výsledku by se dal vyvodit závěr, že ženy které rodily v uplynulých pěti letech byly o něco spokojenější než ženy, které rodily před více než patnácti lety.

## 6 ZÁVĚR

Při zpracování této práce jsem se zaměřovala na pocitové a emocionální prožívání porodu u žen, které rodily v uplynulých pěti letech, a u žen, které rodily před více než patnácti lety. Druhá kategorie žen byla přibližně na věkové hranici, kdy rodila moje maminka, byla jsem zvědavá jaké změny sebou doba přináší. To jak v přístupu personálu, informovanosti žen nebo, zda ženy rodící dříve prožívaly jiné pocity než v dnešní době. Bylo velmi obtížné tuto problematiku v dotazníku postihnout a při zpracování praktické části mě napadaly další a další otázky, které bych ráda ženám položila. Bohužel bych asi přesáhla rozsah diplomové práce a na dotazník o čtyřiceti otázkách by mi málokterá žena ráda odpověděla. Spokojila jsem se tedy s informacemi, které jsem získala. Byla jsem mile překvapená, že se ženy často rozepisovaly o všech svých porodech, i přestože informace, které jsem chtěla získat, byly orientované na první porod ženy. Každopádně se mi dostalo několik srovnání. Často byly ženy se svým prvním porodem méně spokojené, hlavně ve starší skupině respondentek, a bylo hezké sledovat, jak si u druhého či třetího porodu snažily vytvořit a zajistit podmínky, jež jim negativní pocity z předchozího porodu pomohly napravit.

Již na začátku psaní diplomové práce jsem se domnívala, že starší ženy dříve rodící, budou se svým prvním porodem méně spokojené, budou prožívat více negativních emocí jak při porodu, tak v období šestinedělí. Tato domněnka se mi potvrdila zvláště po zpracování poslední otázky dotazníku, kdy naprostá většina žen chtěla něco změnit na svém prvním porodu. Ať už se jednalo o přítomnost partnera u porodu, která byla uváděna nejčastěji, možnost využití alternativních metod či úplně jiný výběr porodnice. Zaujala mne také odpověď jedné z respondentek, která uvedla, že dříve ani nepřemýšlela, že by porod mohl probíhat jinak, nastavené standardní postupy nedovolovaly možnost volby a až nyní ženy zjišťují, jaké možnosti by při porodu mohly využít. Potvrdilo se také moje očekávání, že zážitek z porodu ovlivnil i přístup zdravotnického personálu, který často nebyl moc vstřícný.

Velkým přínosem při zpracovávání tohoto tématu byla moje praktická zkušenost z porodního sálu. Jelikož jsem seznámena s dnešními postupy a trendy v porodnictví, bylo pro mě snazší se v dané problematice orientovat. Sama jsem byla často přítomna u porodu, kdy žena měla přesně naplánovaný průběh porodu a chtěla dodržet svůj

porodní plán, kde odmítala například episiotomii, očistné klyzma apod. Často žena porodní plán vytvářela pouze na základě informací z internetu a neznala všechna pro a proti daných metod. Záleželo tedy na personálu, aby ženu dostatečně informoval a podal jí relevantní informace, které v mnoha případech pomohly změnit její rozhodnutí a daný postup byl pro ni i dítě pozitivem.

V každém případě pro mne bylo zpracování tohoto tématu velmi přínosné. Zpracováním teoretické části jsem získala nové informace, které mi budou při výkonu profese porodní asistentky velmi nápomocny, a snad na základě těchto informací dokážu poskytnout ženám dostatečné množství rad, díky kterým bude jejich těhotenství a porod zážitkem, na nějž budou velmi rády vzpomínat.

*„Žena je hádankou, dítě jejím rozluštěním“.*

*Victor Hugo*



## 7 SOUHRN

Diplomová práce na téma Emoce gravidní ženy je pojata jako teoreticko - praktická. Teoretická část je rozdělena na několik částí. V první části se věnuji obecně pojmu emoce. Je zde uveden vývoj emocí, jejich dělení a funkce. Další část se věnuje těhotenství a porodu, včetně plánování rodičovství, a různým formám alternativních metod v porodnictví, jako je ambulantní porod, bonding nebo přítomnosti dudy u porodu. Poslední třetí část teoretického úseku se zabývá problematikou šestinedělí, jeho průběhu a prožívání. V neposlední řadě je zde obsažena kapitola o poruchách psychiky v šestinedělí – poporodní blues, poporodní deprese a poporodní psychóza, což jsou poruchy, které je nutno umět od sebe odlišit a v případě potřeby včas zahájit kroky, které ženě pomohou vrátit se zpět do normálního psychického stavu.

Ve výzkumné části je pomocí dotazníků srovnáváno emocionální prožívání gravidity u žen, které rodily v uplynulých pěti letech, a u žen, které rodily před více než 15–25 lety. Dotazník obsahuje 25 otázek, které se týkají samotné přípravy na těhotenství, prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí. Výsledky jsou vyhodnoceny pomocí MS Office Excel a jsou prezentovány v podobě tabulek a grafů.

## **8 SUMMARY**

Emotions of the gravid women are conceived as theoretical – practical. The theoretical part is divided into a several parts. The first part deals with the general concept of emotion. In the first part I am dealing in general with the concept of emotion. The next section is devoted to pregnancy and childbirth including planning parenthood and various forms of the alternative methods in obstetrics such as outpatient childbirth, box or the presence of a doula during labor. The last part of the theoretical section deals with the puerperium, its progress and experience. Last but not least, there is included a chapter on disorders of the psyche in the puerperium - postpartum blues, postpartum depression and postpartum psychosis, which are the disorders, that we should be able to distinguish and if necessary, initiate timely action to help the woman to return to normal psychological state. In the research one part is with the help of the questionnaires compared the emotional experience of women pregnancy who had given birth in the past five years and in women who had given birth more than 15-25 years ago.

The questionnaire contains 25 questions to the individual preparation for the pregnancy, experience pregnancy, childbirth and the puerperium.

The results are evaluated using MS Office Excel and are presented in the tables and graphs.

## 9 SEZNAM LITERATURY

### Monografie

1. ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8640-3.
2. ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 97880247130382010.
3. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno: ERA, 2008. ISBN 978-80-7366-114-4.
4. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. přepracované vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 978-80-3715-185-0.
5. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
6. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8303-X.
7. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8303-X.
8. JUŘÍČKOVÁ, Věra. *Úvod do psychologické teorie*. 1. vyd. Opava: Optys, 2009. ISBN 978-80-85819-75-5.
9. KLIMENT, Pavel. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Středisko distančního vzdělávání, 2001. ISBN neuvedeno.

10. KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví*. 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2011. ISBN 80-706-7603-5.
11. MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9589-0.
12. MACHAČ, Miloš, Helena MACHAČOVÁ a Jiří HOSKOVEC. *Emoce a výkonnost*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1985. ISBN neuvedeno.
13. MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 978-807-4360-145.
14. NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšířené vyd. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
15. NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.
16. NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1290-7.
17. NICOLSON, Paula. *Poporodní deprese*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-716-9938-1.
18. NOCIAR, Alois. *Základy psychológie*. Bratislava, 2007. ISBN 978-80-89271-23-8.
19. PAŘÍZEK, Antonín, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Kniha o těhotenství a porodu: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 80-726-2411-3.

20. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. 1.vyd. Academia, 2007. ISBN 978-80-200-1499-3.
21. PRESTON, Penny. *Čekáme druhé dítě: kniha knih o mateřství*. 1. vyd. Praha: Fortuna Libri, 2011. ISBN 978-80-7321-576-7.
22. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
23. ROZTOČIL, Aleš, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Moderní porodnictví: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4719-412.
24. SLAMĚNÍK, Ivan. *Emoce a interpersonální vztahy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4733-111.
25. VÁGNEROVÁ, Marie a Jaroslava MACKŮ. *Vývojová psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8308-0.
26. WIDER, Jennifer. *Pozor! Jak se nezbláznit po porodu, aneb, Jak po narození dítěte získat zpět svou postavu, fyzické a duševní zdraví a obnovit sexuální život*. 1. vyd. Praha: Metafora. ISBN 978-80-7359-202-8.
27. ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 978-807-2622-573.

#### Články

1. Daly LE, Kirke PN, Molloy A, et al. Folate levels and neural tube defects. Implications for prevention. *JAMA* 1995; 274: 1698–1702.
2. Flemming K, Graham H, Heirs M, Fox D, Sowden A (2013). Smoking in pregnancy: a systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *J Adv Nurs*. 69(5):1023-36.

## Elektronické monografie

1. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Vybrané kapitoly psychologie osobnosti* [online]. Olomouc: Katedra psychologie FF, 2013 [cit. 2014-03-01]. ISBN 978-80-244-3518-3. Dostupné z: [http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/ebooks/psychologie\\_osobnosti/-flipviewerxpress.html](http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/ebooks/psychologie_osobnosti/-flipviewerxpress.html).

## Elektronické periodika

1. HANUŠČÁKOVÁ, Petra. *Změny v psychice žen po porodu*. Sestra. [online]. roč. 2008, č. 10 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zmeny-v-psychice-zen-po-porodu-397849>.
2. HAVLOVÁ, Květa. *Kojení ovlivňuje chování dítěte*. Zdravotnické noviny. [online]. roč. 2011, č. 10 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kojeni-ovlivnuje-chovani-ditete-459849>.
3. PAULOVÁ, Magdalena. *Výhody kojení*. Pacientské listy. [online]. roč. 2010, č. 10 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/vyhody-kojeni-451959>.
4. PAVLÁTOVÁ, Eva. *Kojení – právo matky i dítěte*. Zdravotnické noviny. [online]. roč. 2010, č. 40 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kojeni-pravo-matky-i-ditete-454697>.

## Elektronické zdroje

1. Česká asociace duš [online]. 2013 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: [http://www.duly.eu/?page\\_id=4](http://www.duly.eu/?page_id=4)

2. PIŇOS, Miroslav. *Privátní psychologické služby* [online]. 2012. [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://www.pinos.cz/text08.html>
3. Přirozený porod. *Přirozený porod*. [online]. [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://www.propp.cz/cz/ambulantni-porod/index.html> .
4. ŠÍPEK, Antonín a Vladimír GREGOR. Vrozené vady .*Klinická genetika a její úloha v prevenci dědičných chorob a vrozených vývojových vad* [online]. 2013 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: [http://www.vrozene-vady.cz/primarni-prevence/pdf/Klinickagenetika\\_-a\\_jeji\\_uloha\\_v\\_prevenci\\_dedicnych\\_chorob\\_a\\_vad.pdf](http://www.vrozene-vady.cz/primarni-prevence/pdf/Klinickagenetika_-a_jeji_uloha_v_prevenci_dedicnych_chorob_a_vad.pdf)
5. TLÁSKAL, Petr. *Jak se stravovat, aby byl vývoj plodu optimální*. Vrozené vady. [online]. 2013 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://www.vrozene-vady.cz/primarni-prevence/index.php?co=vyziva>.

## **10 SEZNAM ZKRATEK**

cm- centimetr

HCG – human chorionic gonadotropin

EKG – elektrokardiogram

O<sub>2</sub> – chemická značka kyslíku

ČR – Česká republika



## 11 ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Jarmila Krausová
<b>Katedra:</b>	Katedra psychologie a patopsychologie
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Kamila Holásková Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Emoce gravidní ženy
<b>Název v angličtině:</b>	Emotions of pregnant woman
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se věnuje emocím ženy, a jak emocím v těhotenství v graviditě, při porodu i v šestinedělí. Je zde také obecně pojednáno o emocích. Dále je v teoretické části obsažena problematika vývoje plodu a těhotenství, kojení. Jsou zde také zahrnuty alternativní přístupy v porodnictví. Praktická část je zaměřena na srovnání prožívání celého těhotenství a porodu u žen, které rodily v uplynulých pěti letech a žen, které rodily před patnácti až dvaceti pěti lety.</p> <p>V závěru je uvedeno zhodnocení výsledků výzkumné části.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Emoce, těhotenství, porod, šestinedělí, kojení, poporodní blues, deprese
<b>Anotace v angličtině:</b>	The work deals with women emotions. Emotions during pregnancy, in pregnancy, during childbirth and the confinement. There is also a general discussion about emotions. Also in the theoretical part there is included the issue of fetal development and pregnancy, lactation. There are also included alternative approaches in obstetrics.

	<p>The practical part is focused on the experience of the whole pregnancy and childbirth. Women who had given birth in the past five years and women who gave birth fifteen to twenty-five years ago.</p> <p>In the conclusion is the evaluation of the results of the research part.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Emotions, pregnancy, childbirth, confinement, breastfeeding, postpartum blues, depression
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 - Dotazník
<b>Rozsah práce:</b>	83 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

## **12 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Dotazník

## Vážené maminky,

jmenuji se Jarmila Krausová a jsem absolventkou oboru **porodní asistentka** a nyní pokračuji ve studiu oboru *Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy* na univerzitě Palackého v Olomouci. Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma **Emoce gravidní ženy**, které mne velmi zajímá. Chtěla bych Vás tedy požádat o vyplnění krátkého anonymního dotazníku, který se bude vztahovat k Vašemu **prvnímu** porodu.

Za ochotu a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku Vám děkuji.

Pokyny k vyplnění:

- *Vybranou možnost zakroužkujte*
- *V místě pro volnou odpověď vypište vaši odpověď*

- 1) Kolik je Vám let? \_\_\_\_\_
- 2) Ve kterém roce jste poprvé rodila? \_\_\_\_\_
- 3) Kolik máte dětí? \_\_\_\_\_

**Vyplňte prosím údaje související s Vaším prvním porodem:**

- 4) **Navštěvovala jste předporodní kurzy?**
  - c) Ano
  - d) Ne
- 5) **Pociťovala jste v průběhu těhotenství obavy z porodu?**
  - c) Ano
  - d) Ne
- 6) **Kdo byl po čas porodu Vaším doprovodem?**
  - e) Neměla jsem doprovod, nebylo mi to umožněno
  - f) Nechtěla jsem doprovod
  - g) Partner/manžel
  - h) Jiný doprovod (dula, soukromá porodní asistentka, apod.) \_\_\_\_\_
- 7) **Pokud jste měla při porodu doprovod, byl pro Vás přínosem, oporou?**
  - c) Ano
  - d) Ne
- 8) **Jak dlouho jste byla hospitalizovaná? \_\_\_\_\_ dní**
- 9) **Jak jste zvládla odloučení a pobyt v cizím prostředí?**
  - e) Pobyt v cizím prostředí mi nedělá problémy
  - f) Cítila jsem se sama, pociťovala jsem úzkost a stesk po domově
  - g) Díky častým návštěvám jsem pobyt zvládala bez problémů
  - h) Jiná možnost \_\_\_\_\_

**10) Jak probíhal Váš porod?**

- f) Přirozený, nekomplikovaný
- g) Přirozený s komplikacemi (klešťový porod, velké porodní poranění, dlouhý porod)
- h) Císařský řez – akutní
- i) Císařský řez plánovaný
- j) Jiný porod (do vody, porodní stolička, apod.)\_\_\_\_\_

**11) Bylo Vám při porodu umožněno:**

*Střídání poloh* ANO NE

*Využití sprchy, balonu, apod.* ANO NE

*Léků na tlášení bolesti* ANO NE

*Pokud Vám nebylo umožněno využít výše uvedené metody, měla byste o ně zájem?* ANO NE

**12) Jaké jste prožívala pocity během porodu? (zakroužkujte více možností)**

- Strach - Úzkost - Obava o zdraví dítěte - Únava
- Celkový nekomfort (hlad, žízeň) - Radost - Vztek
- Obava o svůj život - Nesnesitelná bolest - Vyčerpání
- Bolest - Stud - Ponížení - Deprese - Euforie

Jiný pocit:\_\_\_\_\_

**13) Co se dělo v prvních dvou hodinách po porodu?**

- c) Dítě jsem měla u sebe
- d) Dítě jsem neměla u sebe

**14) Kdy jste poprvé kojila?**

- d) Dítě bylo přiloženo ihned po porodu
- e) Během 12 hodin po porodu
- f) Jiná možnost \_\_\_\_\_

**15) Měla jste problémy s kojením?**

- d) Ano, potřebovala jsem poradit
- e) Ne, kojení jsem zvládla sama
- f) Potřebovala jsem radu, ale nebyla mi poskytnuta

**16) Měla jste dostatek srozumitelných informací již před porodem?**

ANO NE

**17) Bylo Vám poskytnuto dostatek informací o kojení, péči o dítě, péče o porodní poranění?**

- d) Ano
- e) Ne
- f) Dostatek informací jsem měla pouze o:\_\_\_\_\_

**18) Jak jste zvládla péči o dítě po propuštění z nemocnice?**

- e) Péči jsem zvládla bez problémů
- f) Péče byla obtížná, musela jsem vyhledat pomoc
- g) Byla mi poskytnuta rada od odborníka
- h) Jiná možnost \_\_\_\_\_

**19) Kdo Vám pomáhal s péčí o dítě? (Zakroužkujte i více odpovědí)**

- e) Partner
- f) Maminka, babička
- g) Kamarádka
- h) Jiná možnost \_\_\_\_\_

**20) Prožívala jste některý z pocitů v období šestinedělí? (i více možností)**

Poruchy spánku (nemohla jsem spát, často jsem se budila)	Nezájem o partnera		
Apatie	Odmítání kojení	Sebepodceňování	Nenávist vůči sobě samé
Strach či úzkost	Nechutenství	Přejídání se	Nenávist vůči okolí
Podrážděnost	Vzteky	Samota	Plačtivost
Pocit selhání	Obava o zdraví dítěte	Vyčerpání	Izolace od okolí

**21) Jak dlouho tyto pocity přetrvávaly?**

- e) Týden po porodu
- f) Do konce šestinedělí
- g) Delší období, uveďte: \_\_\_\_\_
- h) Tyto pocity se u mne neprojevovaly

**22) Vyhledávala jste v období šestinedělí společnost?**

- c) Ne, chtěla jsem být sama
- d) Ano, potřebovala jsem společnost

**23) Jak na Vás působilo nemocniční prostředí?**

- d) Příjemné, cítila jsem se dobře
- e) Nepříjemné, necítila jsem se zde dobře
- f) Jiná možnost \_\_\_\_\_

**24) Jaký byl přístup zdravotnického personálu?**

- d) Vstřícnost, ochota, podpora, snaha pomoci
- e) Neochota, nepříjemné vystupování
- f) Jiná možnost \_\_\_\_\_

**25) Chtěla byste prožít Váš první porod za stejných podmínek?**

- c) Ano, nic bych neměnila
  - d) Ne, změnila bych:
-